

7

# Cuidado Multidisciplinario de la Salud **BUAP**

Año 4, Número 7 • Diciembre 2022 - Mayo 2023  
ISSN: 2954-4319 • [www.cmsj.buap.mx](http://www.cmsj.buap.mx)



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería

**BUAP**®



# Cuidado multidisciplinario de la salud BUAP

Año 4 • Número 7 • Diciembre 2022 a Mayo 2023  
ISSN: 2954-4319 • [www.cmsj.buap.mx](http://www.cmsj.buap.mx)

## BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

María Lilia Cedillo Ramírez  
**Rector**

José Manuel Alonso Orozco  
**Secretaria General**

Luis Antonio Lucio Venegas  
**Dirección General de Publicaciones**

## FACULTAD DE ENFERMERÍA

Erika Pérez Noriega  
**Directora**

Yara Gracia Verónica  
**Secretaria Académica**

Francisco Javier Báez Hernández  
**Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado**

## CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP

Erika Pérez Noriega  
**Directora de la Revista**

Erick Alberto Landeros Olvera  
**Editor Ejecutivo**

Rosa María García Aguilar  
**Editora de Redacción**

Francisco Javier Báez Hernández  
**Secretario Científico**

Verónica Miriam Barrón Pérez  
Jair Eric Vázquez Torres  
José Gabriel Montes Sosa  
**Comité Jurídico y Ética**

Erick Landeros Olvera  
Rosa María Galicia Aguilar  
**Coordinadores**

Paul Aguilar Sánchez  
René Bautista Castillo  
Norma Ofelia Huerta Sánchez  
**Traducciones**

Dulce María Avendaño Vargas  
**Gestión editorial en Open Journal System (OJS)**

**CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP.** Año 4. N° 7, Diciembre de 2022 a Mayo de 2023, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 [www.cmsj.buap.mx](http://www.cmsj.buap.mx). Editor Responsable: Dr. Erick Landeros Olvera [cmsj\\_editor.enfermeria@rd.buap.mx](mailto:cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx), Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: 2954-4319. Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Mtra. Erika Pérez Noriega, fecha de última modificación, 14 de diciembre de 2022.



# Cuidado multidisciplinario de la salud BUAP

Año 4 • Número 7 • Diciembre 2022 a Mayo 2023  
ISSN: 2954-4319 • [www.cmsj.buap.mx](http://www.cmsj.buap.mx)

## CONSEJO EDITORIAL NACIONAL

Milton Carlos Guevara Valtier  
Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL),  
Facultad de Enfermería, Nuevo León, México

Sylvia Claudine Ramírez Sánchez  
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),  
Coordinación de Investigación en Salud, México

Teresa Margarita Rodríguez Jiménez  
UDGVirtual, Universidad de Guadalajara (UDG), Jalisco, México

María Olga Quintana  
Universidad de Sonora, Sonora, México

Edna Judith Nava González  
Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública (UANL),  
Nuevo León, México

Francisco Báez Hernández  
Profesor Investigador BUAP,  
Facultad de Enfermería, Puebla, México

María Verónica del Rosario Hernández Huesca  
BUAP-Directora General de Estudios de Posgrado,  
Puebla, México

Elizabeth Martínez Buenabad  
BUAP-Instituto de las Ciencias Sociales y Humanidades,  
Puebla, México

Eduardo Monjaraz Guzmán  
BUAP-Instituto de Fisiología, Puebla, México

## CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

Manuel Amezcua Martínez  
Presidente de la Fundación INDEX

Carmen Aidé Fernández Rincón  
Universidad del Quindío, Colombia

José Ramón Martínez Riera  
Universidad de Alicante, España

Gloria Mabel Carrillo  
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

María Helena Palucci Marziale  
University of Sao Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Brasil

Afaf I. Meleis  
University of Pennsylvania School of Nursing,  
Department Family and Community Health, EUA

Robin Whitmore  
Yale School of Medicine

Fawcett Jacqueline  
University of Massachusetts Boston, EUA

Marie Luise Friedemann  
Profesora Emérita, Universidad Internacional de Florida, EUA

**CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP.** Año 4. N° 7, Diciembre de 2022 a Mayo de 2023, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 [www.cmsj.buap.mx](http://www.cmsj.buap.mx). Editor Responsable: Dr. Erick Landeros Olvera [cmsj\\_editor.enfermeria@rd.buap.mx](mailto:cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx), Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: 2954-4319. Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Mtra. Erika Pérez Noriega, fecha de última modificación, 14 de diciembre de 2022.

# Índice

Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP  
Año 4 • Número 7 • Diciembre 2022 - Mayo 2023  
ISSN 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

## EDITORIAL

- 5** **Enfermería Iberoamericana. Un reto y una oportunidad**  
José Ramón Martínez-Riera

## INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

- 10** **Dialéctica del pensamiento reflexivo y crítico alrededor del cuidado profesional de enfermería**  
Beatriz Elizabeth Martínez-Talavera & Jessica Belen Rojas-Espinoza

- 28** **Rasgos del apetito y su relación con los hábitos de alimentación e IMC en adolescentes**  
Diana Cristina Navarro-Rodríguez, Milton Carlos Guevara-Valtier,  
Velia Margarita Cárdenas-Villarreal, María de los Ángeles  
Paz-Morales & Silvia Guadalupe Soltero-Rivera

## ESTUDIOS DE CASO Y PROCESO

- 42** **Factores de riesgo de COVID-19 en el personal de enfermería de un Hospital Guatemalteco del Seguro Social**  
María Yecenia Rivera-Estrada, Rosario Yadira Puac-Cano &  
Laura María Grajeda-Díaz

# Editorial

**Enfermería Iberoamericana. Un reto y una oportunidad**

**Iberoamerican Nursing. A challenge and an opportunity**

**Enfermagem Ibero-Americana. Um desafio e uma oportunidade**

José Ramón Martínez-Riera  0000-0002-4926-6622

Universidad de Alicante, España,  
Enfermero y profesor titular.

“Siempre parece imposible hasta que se hace”.  
Nelson Mandela<sup>1</sup>

La pandemia de la COVID-19 ha venido a demostrar que los problemas de salud son generales y que trascienden al ámbito local, nacional e incluso internacional, para situarse en una dimensión transnacional que dé respuesta a la Salud Global, desde esta perspectiva, se debe tender a una Salud Global con visión Iberoamericana. En este sentido, cabe destacar la importancia de una preservación nacional de los derechos desde una justicia global y equitativa, con un enfoque holístico que promocióne una nueva conciencia global, para enfrenrar la desigualdad social a través de un sistema integral de salud que incorpore al movimiento ciudadano desde su participación activa en la toma de decisiones, de tal manera que se equilibren las relaciones de poderes (causas estructurales, relaciones internacionales, determinación social de salud, cambios institucionales), con el fin de lograr un efecto global que se articule con la perspectiva local (Franco, 2016).

Este planteamiento de salud global encaja perfectamente con el paradigma enfermero centrado en la atención integral, integrada e integradora a personas, familias y comunidad, lo que convierte a las enfermeras en profesionales de primer orden a la hora de dar respuestas en este sentido que va más allá de la enfermedad para situarse en los problemas de salud en los que, además, intervienen de manera muy significativa los determinantes sociales que a su vez se articulan con los Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) a la hora de afrontar y dar respuestas integrales.

Tomando como base este planteamiento y teniendo en cuenta la oportunidad que un contexto

---

<sup>1</sup> Abogado, activista contra el apartheid, político y filántropo sudafricano que presidió el gobierno de su país de 1994 a 1999.



geográfico y cultural, como el iberoamericano que comparte dos lenguas, español y portugués, representando la mayor potencia lingüística del mundo con más 762 millones de nativos entre ambas lenguas, considero que dicha oportunidad debemos transformarla en un reto colectivo para lograr la construcción y consolidación de un contexto iberoamericano de Enfermería, tanto desde la perspectiva de la generación y difusión de conocimiento científico que permita desarrollar y fortalecer la ciencia/disciplina enfermera, como desde la articulación de saberes, habilidades y aptitudes de cuidados profesionales enfermeros que consoliden y fundamenten la atención específica enfermera adaptándola a dicho macrocontexto y a las especificidades de los meso y microcontextos que lo componen, que lejos de identificarse como una dificultad deben integrarse como una fortaleza derivada del enriquecimiento compartido.

Todo ello teniendo en cuenta que la globalización de la que ya participábamos antes de la pandemia, si bien es cierto que facilita la interdependencia no es menos cierto que supone una clara amenaza para las condiciones de salud como consecuencia del calentamiento global, la pobreza, la enfermedad y las inequidades entre otras, que obligan a definir y concretar un espacio de salud global que escape o, cuanto menos, minimice, dichas amenazas, desde planteamientos de resiliencia que contribuyan a crear espacios saludables.

Durante mucho tiempo el contexto anglosajón y todo lo que del mismo nos llegaba a ambos lados del atlántico nos producía una gran fascinación y lo acogíamos con gran entusiasmo, no siempre acompañado del necesario análisis que permitiese identificar si sus planteamientos y postulados eran asumibles y adaptables a nuestra realidad social, cultural, económica... lo que con mucha frecuencia suponía su fracaso al no responder ni a las necesidades sentidas ni a las demandas de las personas, las familias y la comunidad para las que supuestamente se consideraban útiles, por una parte, ni a la realidad científico-profesional de las enfermeras al situarse, en la mayoría de las ocasiones, tan solo en el ámbito teórico y constituir más, un elemento de distancia e incluso confrontación con las enfermeras que prestan cuidados directos, que de cohesión y coherencia para su actividad profesional, agrandando lo que se conoce como la brecha entre teoría y práctica (Martínez, 2022).

Esta permanente mirada unidireccional distraía, por otra parte, la atención hacia la necesidad de generar nuestras propias respuestas en forma de teorías enfermeras, abordajes poblacionales, planes de cuidados... provocando una notable desertización científica que nos situaba en una posición de subsidiariedad con relación a la potente producción anglosajona y a una mimetización de sus aportaciones que en muchas ocasiones ni entendíamos ni encajaba en el afrontamiento que precisaban los problemas de salud que se nos presentaban.

Warren Buffett<sup>2</sup> dice que “sólo cuando baja la marea se sabe quién nadaba desnudo”. Y eso es

---

2 Warren Edward Buffett (Omaha, Nebraska, 30 de agosto de 1930) es un inversor y empresario estadounidense.





precisamente lo que ha pasado con la pandemia, que cuando se ha retirado es cuando ha dejado al descubierto las desnudeces de los sistemas de salud, en forma de grandes carencias producto, fundamentalmente, de los modelos sanitarios caducos, asistencialistas, medicalizados, hospitalcentristas, fragmentados y centrados casi exclusivamente en la enfermedad, que no han sido capaces de responder con eficacia y eficiencia al tsunami pandémico de la COVID-19 ni a sus consecuencias y efectos colaterales posteriores.

Las evidentes desigualdades e inequidades, se vieron exponencial y dolorosamente incrementadas por efecto de unas respuestas exclusivamente medicalizadas que obviaron la visión comunitaria y limitaron la libertad ciudadana como único remedio posible a la ferocidad vírica, lo que se demostró como un claro error con consecuencias muy negativas para las poblaciones más desfavorecidas y sin que se tuviesen en cuenta planteamientos participativos como los que se propusieron desde diferentes ámbitos científico-profesionales de enfermería (Martínez & Grass, 2021).

El sufrimiento, el dolor y la muerte, dieron paso a la esperanza de las vacunaciones y con ellas a la, al menos en apariencia, recuperación de una normalidad que dejaba muchas dudas y un contexto de cuidados al que hasta la fecha no se ha dado respuesta con los cambios de modelo y organización que precisan las organizaciones sanitarias para lograrlo o al menos intentarlo. Las posteriores comisiones y reuniones de expertos para evaluar y proponer medidas de reparación y renovación tan solo quedaron en una apuesta política y mediática, un intento de reparación de los políticos y una mera declaración de intenciones que el tiempo se ha encargado de diluir hasta casi su desaparición, para volver a reforzar los modelos previos a la pandemia y con ellos a la ineficacia e ineficiencia de los mismos, agravada por la tensa posición de muchas/os profesionales de la salud.

La guerra de Ucrania vino a amortiguar los efectos de la pandemia, al menos en cuanto a su atención y presencia en la memoria colectiva. Pero vino también a incrementar una situación en la que las poblaciones vulneradas, que no tan solo vulnerables (Morais & Monteiro, 2017), sufrían de manera mucho más intensa y desgarradora los efectos de la crisis generada por el conflicto bélico añadidos a los ya padecidos por la pandemia. Los índices de pobreza y desigualdad han aumentado de manera muy significativa en todo el mundo y con ellos la necesidad de cuidados que no están siendo atendidos.

A todo ello hay que añadir el desgaste que las/os profesionales de la salud en general, pero muy particularmente las enfermeras, sufrieron y que se intentó mitigar con la lamentable y equivocada estrategia de considerarles héroes y heroínas. Su sufrimiento y la falta de un reconocimiento que vaya más allá de las palabras, por bien intencionadas que estas puedan ser, no son suficientes para paliar las deficiencias que los sistemas de salud a través de sus decisores tienen con relación a las enfermeras (Davis *et al.*, 2021; García *et al.*, 2020).



La falta de una clara institucionalización de los cuidados profesionales que los pongan en valor. La identificación como profesionales autónomos y con capacidad de decisión. La ausencia de voluntad política para situar a las enfermeras en puestos clave de responsabilidad que permita planificar acciones y estrategias de cuidados son tan solo algunos de los factores que provocan una eficaz y eficiente respuesta a ese panorama de cuidados que es común a todo el contexto iberoamericano. Contexto en el que, entre otros, podemos identificar como aspectos relevantes de cuidados, el perfil de una gran parte de la población actual que se caracteriza por la comorbilidad, edad avanzada, fragilidad clínica y autonomía limitada. La polimedicación como factor de riesgo de primera magnitud que tiene su nicho principal en las personas con cronicidad. El modelo de atención curativa, de contactos episódicos y centrado en procesos agudos que dista mucho de ser el adecuado para las personas con problemas de salud complejos y a sus familias y la propia comunidad en que se integran.

En consecuencia, la respuesta a la atención en dicho contexto de cuidados pasa por un enfoque integral, integrado e integrador a través de intervenciones de promoción de la salud, y no tan solo preventivas y mucho menos curativas, la intersectorialidad y la implicación activa de la comunidad.

Para hacer frente a esta situación, sin duda, se requiere de apuestas y respuestas colectivas que pasen por un análisis en profundidad de la misma y una planificación rigurosa de las respuestas de cuidados profesionales enfermeros a aportar. Ello significa, por tanto, un liderazgo claro y decidido de las enfermeras que sitúe, por una parte, a los cuidados enfermeros en el lugar relevante que les corresponde, lo que significa rescatarlos del imaginario común que los sigue localizando de manera tópica y casi exclusiva en el ámbito doméstico, la subsidiariedad y ligados a la mujer. Pero también debe suponer un compromiso e implicación firmes y decididos de las enfermeras en el fortalecimiento científico de sus cuidados.

Lograrlo supone configurar un espacio enfermero amplio, homogéneo, que no exento de especificidad, articulado y coordinado, con un lenguaje común y desde un paradigma propio en el que la salud y la atención integral, integrada e integradora a las personas, las familias y la comunidad, se sitúen en el centro de todo nuestro interés y dedicación. Desde la generación de conocimiento científico que aporte evidencias que alimenten a las intervenciones enfermeras para que las mismas sean de calidad sin perder la calidez. En definitiva, disponer y proponer el tiempo y espacio, dedicación y técnica, ciencia y sabiduría, conocimiento teórico y praxis que nos rescaten de la identificación, como profesionales exclusivamente tecnológicos que de nosotros hacen las instituciones y que limitan, cuando no impiden, los valores humanísticos de nuestro rasgo cuidador que permite situar la atención al nivel de la dignidad humana. Contraponer tecnología con humanismo no tan solo es un gran error, sino que supone la pérdida de nuestra esencia profesional. La técnica es importante, sin duda, pero hay que saber situarla en cada caso donde corresponde, sin que ello signifique tener que elegir entre esta y el humanismo de los cuidados.





No se trata de una quimera, no de un sueño imposible. Es una oportunidad y un reto que las enfermeras iberoamericanas debemos asumir con decisión y determinación para hacerlo posible y dar respuesta a lo que de nosotras se espera por parte de las poblaciones a las que atendemos.

Es nuestra obligación ética hacerlo, sería nuestro fracaso como enfermeras no trabajar en su construcción. El desafío no es ser diferentes, sino ser consecuentes.

Debemos ser referentes y líderes profesionales, pero también referentes y líderes sociales a través de nuestros cuidados como bien intangible, es decir, de aquello que las enfermeras y solo las enfermeras estamos en condición de aportar para mejorar y preservar la salud global.

## Referencias

- Davis, M. A., Cher, B. A. Y., Friese, C. R., Bynum, J. P. W. (2021). Association of US Nurse and Physician Occupation With Risk of Suicide. *JAMA Psychiatry*, 78(6), pp. 651-658. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0154>
- Franco-Giraldo, A. (2016). Salud global: una visión latinoamericana. *Rev Panam Salud Publica*, 39(2), pp. 128-136. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n2/128-136/#>
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 94(23), e1-e20, e202007088. <https://medes.com/publication/152295>
- Martínez-Riera, J.R. (16 de octubre de 2022). Contexto Iberoamericano vs Contexto Anglosajón De teorías, lenguas y otras formas de dominación. *Blog Enfermeras Comunitarias*. <http://efyc.jrmartinezriera.com/2022/10/16/contexto-iberoamericano-vs-contexto-anglosajon-de-teorias-lenguas-y-otras-formas-de-dominacion/>
- Martínez-Riera, J.R. & Gras Nieto, E. (2021). Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enferm. Clin.*, 31(S. 1), pp. 24-28. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>
- Morais, T. C. A. de & Monteiro, P. S. (2017). Conceptos de vulnerabilidad humana e integridad individual para la bioética. *Rev Bioét.*, 25(2), pp. 311-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**Cuidado  
Multidisciplinario  
de la Salud BUAP**

## Dialéctica del pensamiento reflexivo y crítico alrededor del cuidado profesional de enfermería

### Dialectics of reflective and critical thinking around of professional nursing care

### Dialética do pensamento reflexivo e crítico em torno do cuidado profissiona de enfermagem


Martínez-Talavera, Beatriz Elizabeth  0000-0002-4179-6215

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia,  
Estado de México, México. Maestra en Enfermería Quirúrgica.  
[talavera.be@gmail.com](mailto:talavera.be@gmail.com)

Rojas-Espinoza, Jessica Belen  0000-0003-4444-0123

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia.  
Estado de México, México. Doctora en Ciencias de la Salud.  
[jessica700@hotmail.com](mailto:jessica700@hotmail.com)

**Recibido:** 09 de noviembre de 2022; **Aceptado:** 03 de diciembre de 2022.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual   
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## RESUMEN

**Introducción.** Actualmente, la enfermería establece como una de sus necesidades el brindar un cuidado basado en evidencias; sin embargo, es necesario considerar que se requieren habilidades de orden superior como el pensamiento reflexivo y crítico como la base para innovar en el ejercicio profesional.

**Objetivo.** Caracterizar la relación dialéctica de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico. Evidenciar la propuesta teórica donde la toma de decisiones, liderazgo y autonomía, son constructos dependientes de esta forma de pensamiento.

**Metodología.** Investigación-acción, con enfoque cualitativo basado en el método



crítico-dialéctico, se entrevistaron a 20 profesionales de enfermería del área quirúrgica. Esta investigación está organizada en tres fases (diagnóstica, intervención y evaluación), para el análisis de las tres fases se aplicó el análisis de contenido basado en la categorización axial donde el núcleo es la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico y los sub núcleos: toma de decisiones, liderazgo y autonomía.

**Resultados.** Entre los testimonios de la fase diagnóstica, se advierte cómo los participantes justifican su toma de decisiones de acuerdo con la experiencia, su liderazgo es ejercicio desde el conocimiento y la habilidad, mientras que la autonomía es un proceso de reconocimiento que reciben del equipo multidisciplinario. Posterior al seminario el hallazgo principal es la modificación en la percepción de este pensamiento y la vinculación que hacen con estos constructos para mejorar su ejercicio profesional pensionándose como agentes de cambio en la forma de explicitar, con colegas, estudiantes y pacientes un cuidado basado en este proceso de pensamiento.

**Conclusiones.** Se requiere modificar la preconcepción del cuidado que brinda el profesional en el ámbito quirúrgico extendiendo un puente entre las actividades técnicas/tecnológicas y las de acompañamiento y confort a través de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.

**Palabras clave:** dialéctica, cuidado, pensamiento, cuidado quirúrgico, autonomía profesional. (DeCS)

## ABSTRACT

**Introduction.** Currently, Nursing establishes as one of its needs to provide evidence-based care, however, it is necessary to consider that higher-order skills such as reflective and critical thinking are required as the basis for innovating in professional practice.

**Objective.** Characterize the dialectical relationship of the application of reflective and critical thinking in professional nursing care in the surgical field. Evidencing the theoretical proposal where decision making, leadership and autonomy are constructs dependent on this way of thinking.

**Methodology.** Research-action, with a qualitative approach based on the critical-dialectical method, 20 nursing professionals from the surgical area were interviewed. This research is organized in three phases (diagnosis, intervention, and evaluation). For the analysis of the three phases, content analysis based on axial categorization was applied, where the core is the application of reflective and critical thinking and the sub-cores: decision-making, decisions, leadership, and autonomy.

**Results.** Among the testimonies of the diagnostic phase, it is noted how the participants justify their decision-making according to experience, their leadership is exercised from knowledge and ability, while autonomy is a recognition process that they receive from



the multidisciplinary team. After the seminar, the main finding is the modification in the perception of this thought and the link they make with these constructs to improve their professional practice, becoming agents of change in the way of explaining, with colleagues, students and patients, a care based on this thought process.

**Conclusions.** It is necessary to modify the preconception of the care provided by the professional in the surgical field, extending a bridge between the technical/technological activities and those of accompaniment and comfort through the application of reflective and critical thinking.

**Keywords:** Dialectical, care, thinking, surgical care, professional autonomy. (DeCS)

## RESUMO

**Introdução.** A enfermagem atualmente estabelece como uma de suas necessidades o cuidado baseado em evidências, porém, é preciso considerar que habilidades de ordem superior como o pensamento reflexivo e crítico são necessárias como base para inovar na prática profissional.

**Objetivo.** Caracterizar a relação dialética da aplicação do pensamento reflexivo e crítico no cuidado profissional de enfermagem no campo cirúrgico. Evidenciando a proposta teórica onde tomada de decisão, liderança e autonomia são constructos dependentes desta forma de pensar.

**Metodologia.** Pesquisa-ação, com abordagem qualitativa baseada no método crítico-dialético, foram entrevistados 20 profissionais de enfermagem da área cirúrgica. Esta pesquisa está organizada em três fases (diagnóstico, intervenção e avaliação). Para a análise das três fases foi aplicada a análise de conteúdo baseada na categorização axial, onde o núcleo é a aplicação do pensamento reflexivo e crítico e os subnúcleos: decisão -tomada de decisões, liderança e autonomia.

**Resultados.** Entre os depoimentos da fase diagnóstica, nota-se como os participantes justificam sua tomada de decisão de acordo com a experiência, sua liderança é exercida a partir do conhecimento e habilidade, enquanto a autonomia é um processo de reconhecimento que recebem da equipe multidisciplinar. Após o seminário, a principal constatação é a modificação na percepção desse pensamento e o vínculo que fazem com esses construtos para aprimorar sua prática profissional, tornando-se agentes de mudança na forma de explicar, com colegas, alunos e pacientes, um cuidado pautado neste processo de pensamento.

**Conclusões.** É necessário modificar o preconceito do cuidado prestado pelo profissional no campo cirúrgico, estendendo uma ponte entre as atividades técnico-tecnológicas e as de acompanhamento e conforto por meio da aplicação do pensamento reflexivo e crítico.



**Plavras Chave:** Dialético, cuidado, pensamento, cuidado cirúrgico, autonomia profissional. (DeCS)

## Introducción

Este artículo toma de referencia lo establecido por la Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE) alrededor del pensamiento reflexivo y crítico descrito en la investigación multicéntrica titulada “Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en los estudiantes de enfermería: situación Iberoamérica”, dicha investigación dio como resultado una noción de concepto sobre el Pensamiento Reflexivo y Crítico el cual es definido como un “Proceso de razonamiento complejo, sistemático, dialógico y deliberado, auto dirigido y orientado a la acción, cuyo fin primordial es elegir, con base en procesos intelectuales y afectivos (cognitivos, experienciales e intuitivos), las mejores opciones de respuestas que favorezcan la solución de problemas de Enfermería, en contextos bien definidos y de acuerdo a los postulados éticos de la profesión” (Cárdenas *et al.*, 2014, p. 50).

A partir de esta concepción es importante resaltar que, en el campo de la enfermería quirúrgica o perioperatoria, tiene una clara inclinación fisiopatológica y técnica plagada de procedimientos. Sin embargo, algunas obras importantes para el conocimiento de la enfermería quirúrgica han propuesto la necesidad del dominio de estas habilidades de reflexión crítica, por ejemplo la obra de “Enfermería medicoquirúrgica pensamiento crítico en la atención del paciente”, refiere como uno de sus primeros apartados el “pensamiento crítico es el proceso de enfermería”, dicho apartado inicia con la descripción general y conceptualización del pensamiento crítico de donde se puede destacar dos características. En primer lugar, las que están en el nivel de “conocimientos adquiridos por el profesional de enfermería” (Lemone & Burke, 2009) y la práctica constante que requiere este pensamiento basado en actitudes y habilidades del profesional de enfermería.

De manera consiguiente, destaca la independencia ante la toma de decisiones clínicas basadas en este pensamiento y juicios sólidos, así como ser disciplinado en forma que no se detenga en respuestas fáciles, sino que continúe considerando alternativas, también la creatividad y la confianza de uno mismo (Cárdenas *et al.*, 2015); y dentro de las habilidades se menciona el pensamiento divergente, el razonamiento, la aclaración y la reflexión.

Con este ejemplo, se demuestra que en la ciencia de enfermería en general y en sentido específico para el área quirúrgica/ perioperatoria se ha procurado por el dominio del pensamiento reflexivo crítico y la aplicación de este, en la atención y el cuidado de los pacientes, donde es fun-



damental en este punto establecer que la reflexión si bien puede ser considerada una habilidad, es reconocido que en el planteamiento del pensamiento reflexivo y crítico es un proceso cíclico complejo donde la reflexión permite la crítica y la crítica la reflexión para culminar en la acción dirigida.

De esta forma se debe hacer que este proceso de pensamiento sea explícito en el otorgamiento del cuidado, toda vez que se ve como algo intrínseco, pero principalmente opacado por la rutina, la técnica y las costumbres de repetición anacrónica, por ello es fundamental caracterizar los testimonios, percepciones y experiencias del profesional de enfermería sobre la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado de enfermería en el ámbito peroperatorio.

Es importante reconocer que la exigencia de una práctica reflexiva y basada en evidencias, es una necesidad latente que aún carece de estrategias que concreten esta como la herramienta fundamental para la innovación y mejores prácticas de otorgamiento de cuidados de enfermería, así como de demostrar ante otras profesiones el nivel de competencia y responsabilidad en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería, lo que se traduce como el dominio por parte de los profesionales de enfermería ante la formulación de juicios clínicos y razonamiento diagnóstico.

En el mismo orden de ideas, Cárdenas *et al.* (2015, p. 37) propone que este pensamiento en el campo de enfermería “es el puente de unión entre la parte más artística de la enfermería y aquellos elementos asociados con el campo de la ciencia; procurando así, una mayor calidad en la prestación de los cuidados”. De esta manera el desarrollo y fomento de este pensamiento, es un asunto que requiere solución y propuestas que permitan entender el proceso de aplicación de manera explícita en cada una de las actividades de los profesionales de enfermería, el empleo de este pensamiento inicia en la formación y posteriormente en el ejercicio laboral a través de los procesos de atención de enfermería, el cual permite acrecentar y proyectar de manera objetiva el uso y aplicación de este pensamiento.

Por lo tanto la propuesta principal de este artículo es evidenciar que para la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico se requiere de tres constructos: liderazgo, autonomía y toma de decisiones, como elementos que permiten evidenciar en enfermería que este tipo de pensamiento, no solo es un acto cognitivo dentro del plano mental y por lo tanto no debe ceñirse solo al razonamiento diagnóstico propio del otorgamiento del cuidado de enfermería, fenómeno descrito y argumentado ampliamente en el “Estado del Arte del Pensamiento Reflexivo y Crítico en Enfermería” elaborado por Cárdenas *et al.* (2014).

Cuando se consideran estos tres constructos como la evidencia de un proceso de pensamiento reflexivo y crítico dichos constructos se han considerado como la evidencia genuina del dominio de este tipo de pensamiento, es decir, todo profesional de enfermería que es capaz de de-





mostrar y tomar el liderazgo que requiere la profesión dentro de un equipo multidisciplinario, además de participar activamente ante la toma de decisiones en el cuidado de la salud del paciente, dando como resultado la proyección de profesionales de enfermería autónomos e independientes.

Es necesario reconocer que el contexto de la enfermería y el otorgamiento del cuidado con frecuencia es invisibilizado, es decir, cuidar o preocuparse de alguien, acompañarle en su experiencia de salud-enfermedad, son acciones *intangibles y hasta subjetivas*. Sobre todo, en el área quirúrgica esto representa un gran obstáculo, ya que para quienes no reconocen la labor de enfermería en esta área, le otorgan el protagonismo a la cirugía y el procedimiento de anestesia totalmente dependientes de la medicina.

Sin embargo, en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería como bien lo refiere Yamaguchi ([2004] citado por Hamlin *et al*, 2010) todo cuidado perioperatorio requiere que las enfermeras posean un *aplomo técnico* para dominar la amplia variedad de equipos y materiales que se utilizan como auxiliares para proveer cuidados al paciente. Ante esta afirmación es importante reconocer que para quienes desconocen el ámbito quirúrgico y dentro de un modelo tradicionalista suele contribuir a la percepción estereotipada de los enfermeros y enfermeras instrumentistas y/o circulantes quienes solo llevan a cabo actividades técnicas y de asistencia.

Así se ha identificado en el área quirúrgica un conflicto aparente entre la actividades de cuidado y las técnicas, al tiempo que se incrementa la complejidad de la tecnología, fenómeno que llega a distanciar a las enfermeras de su pacientes y erosionar el cuidado que este recibe, siendo este un fenómeno peculiar que sucede en la enfermería quirúrgica, cuando el profesional de enfermería domina el componente técnico-tecnológico se le atribuye un reconocimiento y respeto profesional ante el equipo quirúrgico (Hamlin *et al*, 2010).

Ante este panorama el otorgamiento de cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico, el profesional de enfermería experimenta tensiones ante la dualidad de ser cuidadora y técnica (Hamlin *et al*, 2009).

Siendo necesario establecer una relación dialéctica del pensamiento reflexivo y crítico y el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería, con la intención de mejorar el ejercicio profesional y el estatus de enfermería desde una perspectiva epistemológica y social como se describe a continuación.

Ante el argumento teórico anteriormente planteado, el objetivo de esta investigación es: Caracterizar la relación dialéctica de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en al cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico. Evidenciar la propuesta teórica donde la toma de decisiones, liderazgo y autonomía, son constructos dependientes de esta forma de pensamiento.



## Metodología

Se cataloga como un estudio de intervención-acción, considerando que parte de un diagnóstico, se planifica y aplica una intervención y concluye en una evaluación que valoró las evidencias, testimonios, percepciones y actitudes del profesional de enfermería alrededor de la aplicación de este tipo de pensamiento.

El abordaje metodológico fue de tipo cualitativo, precisando la caracterización de la relación dialéctica entre el pensamiento reflexivo y crítico y el cuidado de enfermería, en el entendido que los estudios cualitativos, según Krause (1995), conllevan una tendencia hacia la dilución de los límites entre las diferentes disciplinas científicas sobre todo sociales. Además de mostrar un enfoque holístico sobre el objeto de estudio, de esta manera este abordaje metodológico permite describir las características alrededor de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.

Esta metodología cualitativa en combinación con la teoría crítica-constructivista tiene el propósito de generar acciones que trasformen el entorno o el objeto de estudio, además de romper con el esquema de las interpretaciones convencionales (Gamboa-Araya, 2011), como las que se tienen alrededor del cuidado de enfermería en el ámbito quirúrgico.

El universo de estudio fueron las enfermeras(os) que laboran en el área quirúrgica en hospitales de segundo y/o tercer nivel de atención a la salud, públicos o privados. La población de estudio estuvo conformada por 20 enfermeras (os), elegidos de acuerdo con los siguientes criterios: adscripción en el área quirúrgica de un hospital de segundo o tercer nivel de atención, con una experiencia en el área quirúrgica igual o mayor a dos años, se consideró al personal de los diferentes turnos (matutino, vespertino, nocturno y especial), con grado académico igual o superior a licenciatura y que aceptaran de manera voluntaria participar en el estudio.

Para la recolección de datos, en la etapa de diagnóstica, se utilizó como instrumento una guía de entrevista semiestructurada a profundidad conformada por 13 preguntas construida de acuerdo con el núcleo: aplicación del pensamiento reflexivo y crítico; y los sub núcleos: liderazgo, autonomía, toma de decisiones, siguiendo la propuesta metodológica de Strauss & Corbin (2002).

Se utilizó el método de análisis de contenido, el cual inicio con la transcripción literal de los audios de cada una de las sesiones, mediante el análisis a través de la lectura crítica, donde se eliminan muletillas del texto y se corrige la redacción colocando signos de puntuación. La técnica fue la categorización axial, utilizando como herramienta metodológica la construcción de una matriz axial, la cual clasifica los testimonios en núcleos y sub núcleos de análisis ya mencionados, además consideraron los testimonios durante la intervención y al final de la sesión.



En este punto es necesario precisar que la intervención tiene como propósito principal, permitir que los profesionales de enfermería vinculen los constructos: liderazgo, autonomía y toma de decisiones, como elementos indispensables para la aplicación de un pensamiento reflexivo y crítico. Así el programa el seminario con duración de una semana en donde se desarrollaron temas como:

1. Pensamiento reflexivo y crítico e importancia en enfermería en el cuidado
2. Liderazgo, autonomía y toma de decisiones
3. Aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado.

En esta etapa de la investigación el objetivo fue la sensibilización, concientización, así como el desarrollo y fomento de conocimiento, habilidades y actitudes para la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico en el otorgamiento del cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico.

Para la planeación se contó con la colaboración y aprobación de las coordinadoras de la Red Iberoamérica de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE), región México y profesoras de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMex, el programa del seminario fue presentado y aceptado con la jefa de enseñanza del Centro Oncológico Estatal (COE) del Instituto de Seguridad Social de Estado de México y Municipios (ISSEMyM), con un valor curricular de 25 horas curriculares, avalado por la RIIEE. Las temáticas fueron impartidas por investigadoras e integrantes de la RIIEE región México, consideradas expertas en el desarrollo y fomento del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería, al finalizar cada sesión se otorgó constancia de presentación de temática, así como al finalizar todo el curso.

Derivado de este seminario, los momentos de la evaluación fueron: permanente o de proceso y final o sumatoria, enfocado a recuperar reflexiones alrededor de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, así como también describir e interpretar los cambios documentados en las actitudes y percepciones alrededor de este tipo de pensamiento.

### Aspecto bioético

Esta investigación encuentra su fundamentación ética en el Reglamento de la General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el título segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capítulo I, acorde con el Artículo 13: “En toda investigación en la que el ser



humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar” (DOF, 2022); Artículo 16: “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice” (DOF, 2022).

Así mismo de acuerdo con Artículo 17, se clasifica como una investigación sin riesgos, toda vez que se no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

De acuerdo con lo propuesto en los artículos 20, 21 y 22 (DOF, 2022), se le otorgó un consentimiento informado a cada participante en las fases correspondientes de esta investigación con las debidas características que describen los artículos antes mencionados.

## Resultados y Discusión

Para realizar el análisis del núcleo: Aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, se han propuesto tres elementos de manera escalonada: 1) Toma de decisiones, 2) Liderazgo y 3) Autonomía; se considera el primero toda vez que, de esta toma de decisiones, así como la responsabilidad, reflexión y crítica que les confiere son considerada la base para poder acceder a un ejercicio de liderazgo y con ello alcanzar una autonomía, a continuación, se describen los hallazgos en el primer subnúcleo.

También es importante que esta presentación de resultados respeta la metodología de la investigación acción presentando las tres fases: A) Diagnóstico, B) Intervención, C) Evaluación.

### A. Diagnóstico

#### 1) Toma de decisiones

Según Stacey *et al.*, (2010, p. 170), “la toma de decisiones en salud es un fenómeno de naturaleza compleja y multivariada”, hecho que considera que esta habilidad es imprescindible en la práctica independiente de enfermería, en el sentido que la durante el ejercicio profesional y el otorgamiento del cuidado la enfermera (o) se presenta frente a “dilemas que surgen cuando se tienen dos o más alternativas que presentan condiciones de incertidumbre para actuar bien en el campo de la enfermería”(Guillamet & Jerez, 2001). Así en la práctica diaria de enfermería tiene una connotación básica y hasta superficial para atender un problema o una situación imprevista, cómo se describe a continuación:



... nosotros siempre tomamos nuestras decisiones, no tenemos que esperar que alguien nos diga qué hacer o cómo hacerlo cuando ya sabes, no hay necesidad, eso si la experiencia siempre te permite tomar decisiones alguien nuevo en el área o sin experiencia seguro no sabrá cómo actuar o que decisiones tomar” (E-1).

En quirófano es muy importante y fundamental tomar decisiones, sobre todo cuando las cirugías se complican, y no puedes estar preguntando, pero siempre que has tenido una experiencia similar te permite tomar mejor las decisiones, por ejemplo, en una tiroidectomía, puede suceder y ha sucedido que, en la disección rasguen la vena yugular o la arteria... cuando no sabes lo que va a pasar, pues no preparas el material, y entonces el paciente empieza a sangrar, todo se complica y tu trabajo como instrumentista no está siendo eficiente ni eficaz, son las experiencias las que te permiten tomar mejores decisiones, (E-6).

También consideran que la concentración y la tensión son elementos claves para la toma de decisiones:

En la toma la decisión la concentración que tienes o la atención que estas prestando en el procedimiento quirúrgico, por ejemplo a mí en una ocasión, la jefa de quirófano me dice -oye, ¿te puedes quedar a otra cirugía?, tenemos un paciente de una hernia-, no pregunté más, yo asumí que era una hernia inguinal o umbilical, e hice mi hoja de menú solicitando todo mi material para este procedimiento y era un hernia discal en la columna... pero la falta de concentración y el no pensar las cosas antes de ejecutarlas creo que te lleva actuar y tomar decisiones equivocadas y no tan certeras, entonces es evidente que para las decisiones que se deben tomar en la cirugía se debe pensar de esta manera (E-5).

Entre los discursos se aprecia una clara inclinación por la experiencia como el elemento base para tomar decisiones; sin embargo, falta generar un discusión entre colegas, como lo refiere la NANDA [2020] también recomienda realizar discusiones con los colegas de enfermería y con el área de experiencia para llegar a un juicio crítico basado en evidencias (Herdman, 2015), toda vez que estos espacios de discusión son lo que hacen falta en el ejercicio profesional de enfermería, donde se puedan debatir ideas y compartir saberes. Además de la experiencia dentro de los discursos también se encuentran relación con un proceso de razonamiento reflexión y crítica para la solución de problemas:

Considero que a veces el reflexionar viene después de haber actuado, muchas veces en situaciones de urgencia actúas, con lo que sabes, pero después piensas que a lo mejor tu decisión no fue la mejor, que pudiste hacer mejor las cosas, yo creo que siempre es después cuando te



pones a pensar y a criticar lo que dijiste y lo que hiciste, en el momento actúas, pero eso sirve por que mañana seguro harás las cosas de manera diferente (E-18).

Estos argumentos parecen tener certeza desde el pensamiento de Habermas (2002), quien menciona que el pensamiento crítico visto desde la práctica sirve como el piloto para el “desarrollo de una conciencia crítica, orientada a la emancipación y la autonomía de la persona y la comunidad, con el propósito del mejoramiento de la experiencia individual y social” (Minguez-Moreno y Siles, 2014: 599). Con la idea de Habermas hacia la emancipación se adecuan bien los subnúcleos de este análisis el liderazgo y la autonomía.

## 2) Liderazgo

En la mayoría de las definiciones de liderazgo se hace referencia a las características personales a la influencia que esta puede tener y el rol que se debe ejercer dentro del grupo, así como los estilos de liderazgo (Pucheu, 2009); sin embargo, en esta investigación no se analiza el liderazgo desde esa perspectiva realmente se busca una relación del liderazgo y el pensamiento reflexivo y crítico como lo planteó Habermas desde el conocimiento emancipatorio, además Guerrero-Núñez y Cid Hernández, quienes consideran el liderazgo como un concepto necesario en enfermería y como un deber ético producto de la profesionalización del cuidado (Guerrero-Núñez y Cid-Hernández, 2015).

Los testimonios de los profesionales entrevistados parecen demostrar que **sí** tienen liderazgo y lo consideran un elemento fundamental en la práctica que les permite trabajar de manera transversal con el equipo de salud y lo cual es reconocido por los profesionales de enfermería como se describe a continuación:

Somos líderes cuando cuidamos al paciente en todo momento; por ejemplo, cuando se le rompió el guante, al médico o contaminó el campo, entonces le dices al médico voy a cambiar su guante porque está roto, se tiene que cambiar ese campo porque ya se contaminó, entre otras. Es demostrar frente al equipo que estas instrumentando y estás cuidado a tu paciente, lo estás protegiendo de una infección (E-11).

El liderazgo debe ser una combinación de elementos como análisis y experiencia, para tomar decisiones. Un líder toma decisiones, dentro de su área. Así, en quirófano se conforma un equipo transversal con tareas bien definidas(E-20).





Como se observa en estos comentarios el pensamiento crítico parece ser un elemento importante para el ejercicio del liderazgo y es que según Guerrero-Núñez y Cid-Hernández (2015:131) “para ejercer el liderazgo se requiere la aplicación del pensamiento crítico en la toma de decisiones, resolución de conflictos y también en la gestión del cuidado con estándares de calidad. El liderazgo como habilidad humana que fortalece la dirección y la gestión se constituirá en la condición para que la enfermera y su equipo alcancen los objetivos del sistema de cuidados”.

### 3) Autonomía

Para Karadağ *et al.* (2007, p. 372) la “autonomía significa que los profesionales tienen el control sobre sus funciones en el lugar de trabajo”. En cuanto a la autonomía la consideran como el reconocimiento que te puede otorgar el equipo de salud:

Recuerdo una ocasión con el doctor, en cardiología en una cirugía, el pasaba al paciente y nos presentábamos corroborábamos datos del paciente y te preguntaba como enfermera y sabiendo que tú eres la que provees de todo en la sala, te decía - ¿podemos empezar enfermera? -, esa parte de tomarte en cuenta, claro que refleja el liderazgo y la autonomía ante el equipo de salud (E-1).

Así mismo reconocen que es algo que se adquiere con la experiencia y con el respeto que ofrezcan otros profesionales, y que es algo que debe defenderse en el profesionalismo de enfermería:

Considero que la autonomía es algo que te ganas y que debes defender, al igual que el ser líder, los médicos están acostumbrados a decirte que hacer, pero si tú te posicionas y de manera respetuosa le haces saber que en tu área tu eres la experta, ellos ya no te cuestionan y te respetan, pero si tu dejas que ellos sigan ordenando y la enfermera obedeciendo, ahí no hay ni autonomía, ni liderazgo y mucho menos toma de decisión (E-4).

Derivado de los resultados de la etapa diagnóstica se puede advertir que los profesionales de enfermería reconocen la importancia de un pensamiento reflexivo y crítico, además de considerar necesario y evidente que actualmente la enfermería posee liderazgo, autonomía y puede tomar sus propias decisiones las cuales vincula con el conocimiento, experiencia y el proceso cognitivo de análisis y reflexión, siendo este el único constructo que vincula con el pensamiento reflexivo y crítico. Sin embargo, es necesario que mediante un seminario los profesionales de enfermería en el área quirúrgica puedan identificar que la autonomía y el liderazgo no son condiciones que dependan de factores externos como el equipo multidisciplinario, por el contrario, los profesionales



de enfermería deben vincular el liderazgo y la autonomía como la expresión genuina de un proceso de pensamiento reflexivo y crítico, en el entendido que este permite una vinculación entre la parte más artística y pragmática de la enfermería.

## B. Intervención

El objetivo principal de este semanario fue que los que los asistentes consideren la toma de decisiones, liderazgo y autonomía como constructos dependientes de la aplicación del pensamiento reflexivo y crítico. Las temáticas ya fueron descritas en la metodología.

La estrategia didáctica utilizada fue la exposición oral y el trabajo grupal en lectura de artículos, para identificar y realizar una autocrítica de las actitudes cotidianas en el otorgamiento del cuidado, y la pregunta dirigida impartidas por investigadoras expertas en el área educativa y en el pensamiento reflexivo y crítico.

En el desarrollo, la sesión se basa en generar en los asistentes al seminario un proceso de autorreflexión y autocrítica, para reconocer el aprendizaje de este pensamiento, en vista de la relación entre la enfermera y el cirujano para obtener información, se inició con la lectura de artículos que describen un panorama desalentador en cuanto a estos tres aspectos: califican a la práctica de enfermería como una actividad de repetición e intuición que no recurre a un proceso de pensamiento, el otro asegura que enfermería no ejerce y no desarrolla el liderazgo ni la autonomía en su práctica cotidiana, es claro que estos artículos son ediciones anteriores al año 2000, donde claramente se justifica el contexto en que fueron escritos, posterior a esta lectura para generar discusión y conocer las experiencias de los asistentes. La sesión culmina con la presentación y clase expositiva por parte de la experta la cual explica a través de la **Figura 1**, donde los asistentes identificaron los tres elementos, y la vinculación de estos para el desarrollo y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico.



**Figura 1.** Pensamiento reflexivo y crítico.



**Fuente:** con base en Cárdenas, 2015.

### C. Evaluación

Producto de la discusión generadas en la semana de intervención, los profesionales de enfermería identificaron de primera instancia cuáles son sus experiencias en relación con estos tres elementos

Para tomar decisiones se debe tener experiencia y conocimiento y si lo hacemos y más en situaciones de urgencia y cuando tu personal de apoyo es novato o cuando estas en jornada especial trabajando con residentes o internos las decisiones son nuestra responsabilidad, por ejemplo, yo en mi servicio y como supervisor en Tococirugía, tengo que decirle al residente - ¿ya revisó la dilatación de la paciente?, ¿qué espera para pasarla a sala?... , claro tomamos decisiones de lo que sabemos y conocemos, porque si a mí me cambiaran a terapia intensiva o pediatría u otra servicio mis decisiones no sería tan buenas (A-6).



El liderazgo es una de las cosas que siempre se han trabajado en enfermería sobre todo si tiene cargos como jefes de servicio; sin embargo, como ya lo vimos, otros profesionales no miran estas habilidades en nosotros, y tampoco los pacientes... se trata de hablar de lo que hacemos informar sobre los cuidados y cómo estos van evolucionando, pero siempre es más fácil esperar que alguien más lo haga por nosotros (A-5).

La autonomía desde mi perspectiva va depender del profesionalismo y de cómo queremos hacer nuestra labor cada día, considero que hay dos formas, una donde puedes esperar que siempre alguien te diga que hacer o hacer rutinas esperando indicaciones médicas, y además eso te mantiene en una zona de confort, como ya lo vimos hacer lo mismo sin criterio, o podemos asumir la responsabilidad y las consecuencias de nuestros actos decisiones y eso sería la autonomía (A-1).

Estos argumentos muestran que la enfermería y el ejercicio ha evolucionado y quizá se requiere fortalecer la emancipación del conocimiento, en este sentido Luengo-Martínez *et al.* (2017, p. 140) reconocen que “el profesional de enfermería debe avanzar en el logro de elevados niveles de profesionalismo, obtener plena autonomía profesional, publicar y comunicar los resultados de sus investigaciones, lo que a su vez le va a otorgar autonomía por los conocimientos que esto implica, y participar activamente en organizaciones profesionales que demuestren un sentido gremial, de ayuda a sus afiliados, que aglutinen a sus colegas para trabajar por objetivos comunes relacionados con necesidades sentidas por sus miembros”.

Al final de esta intervención se ha logrado el objetivo de la misma los asistentes han logrado vincular estos constructos como producto de la aplicación de este tipo de pensamiento y como evidencia se recopilaron algunas experiencias de la aplicación de este pensamiento a partir de estos tres constructos ejemplo:

Cuando en el quirófano el anestesiólogo sale y miras el electro del paciente y está alterado, yo tomo la decisión de atender al paciente porque tengo el conocimiento y esto lo estoy aplicando de manera breve (A-3).

No es una experiencia, pero ahora entiendo que el poder reflexionar mis actos, actitudes, puedo tomar mejores decisiones y tener autonomía. Siempre basada en conocimiento, lo que me da seguridad y puedo llevar a cabo cuidados de calidad (A-2).



Considero que si mejorara mi capacidad del pensamiento reflexivo y crítico podría tomar mejores decisiones y ser más autónoma profesionalmente y con ello ser un profesional empoderado (A-10).

Derivado de la impartición de un seminario los asistentes se consideraron promotores de este pensamiento asumiendo la responsabilidad de aplicarlo de manera recurrente en sus actividades diarias, y además de compartir con sus compañeros de las áreas laborales y con los estudiantes a partir de un ejemplo y no de una repetición acrítica, se comprometen a despertar en las nuevas generaciones este pensamiento a través de preguntas que permitan la discusión y no solo una respuesta.

También, identifican la toma de decisiones, la autonomía y el liderazgo como elementos de la aplicación de este pensamiento, los consideran el resultado de que un profesional crítico y reflexivo puede tomar decisiones, ejercer su liderazgo y demostrar su autonomía.

## Conclusión

Derivado de los resultados recopilados de esta investigación-acción. Es evidente que la necesidad de una práctica basada en evidencias, los profesionales de enfermería asumen la importancia del pensamiento reflexivo y crítico para vincular la teoría con la práctica y la toma de decisiones. Sin embargo, los constructos como liderazgo y autonomía no solo son cuestiones de poder que debemos defender, estos poseen un trasfondo sobre todo cuando se habla de estos como elementos para dar visibilidad al cuidado profesional de enfermería en el ámbito quirúrgico. Hecho que tiene un efecto dominó en el contexto social, es decir beneficia del desarrollo profesional y el impacto social que siempre ha buscado la profesión dentro del mundo social.

En este sentido, el pensamiento reflexivo y crítico se convierte en la herramienta para el impulso de la enfermería desde un ámbito epistemológico y social que convergen en el desarrollo e impulso del cuerpo de saberes de enfermería y sobre todo la aplicación de los constructos como toma de decisiones, liderazgo y autonomía. Constructos que han sido forjados durante generaciones de enfermeras y enfermeros, pero que no se han concretado en el impacto y reconocimiento social que le pertenecen a enfermería como ciencia del cuidado.



## Referencias

- Cárdenas-Becerril, B. L., Arana-Gómez, B., García-Hernández, M. L. (2014). *Desarrollo del pensamiento Reflexivo y crítico en los estudiantes de enfermería en México: Un análisis retrospectivo (1995-2012)*. Academia Nacional de Enfermería.
- Cárdenas-Becerril, B. L., Monroy, R. A., Arana, G. B. & García-Hernández, L. M. (2015). Importancia del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 23(1), pp. 35-41. <http://www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/issue/view/9/2015%206>
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2022). *Reglamento de la General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Gobierno de México. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Gamboa-Araya, R. (2011). El papel de la teoría crítica en la investigación educativa y cualitativa. *Rev. Elec. Diag. Edu.*, 11(21), pp. 48-64. <http://revistas.umce.cl/index.php/dialogoseducativos/article/view/1079>
- Guerrero-Nuñez, S., Cid-Henríquez, P. (2015). Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Rev. Aquichan*, 15(1), pp. 129-140. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3511/pdf>
- Guillamet, A. & Jerez, J. (1999). *Enfermería Quirúrgica. Planes de Cuidados*. Springer Verlag Ibérica.
- Hamlin, L., Richardson-Tench, M., Davies, M. (2010). *Enfermería perioperatoria, texto introductorio*. El Manual Moderno.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S. & North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Eds). (2015). *NANDA Internacional: Diagnósticos de Enfermería Internacionales. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Elsevier.
- Karadağ, A., Hisar, F. & Elbaş, N. Ö. (2007). The level of professionalism among nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(4), pp. 371-374. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00195.x>
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de Posibilidades y Desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, pp. 19-39. [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23896w/inv\\_cualitat\\_krause.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23896w/inv_cualitat_krause.pdf)
- Lemone, P. & Burke, K. (2009). *Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico e la asistencia del paciente* (Vol. 1). Pearson.
- Luengo-Martínez, C. Paravic-Klijn, T. & Burgos-Moreno, M. (2017). Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería Univesitaria*, 14(2), pp. 131-142. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.001>





- Minguez-Moreno, I. & Siles, J. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Revista Aquichan*, 14(4), pp. 594-604. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.13>
- Pucheu, A. (2009). Liderazgo de enfermeras supervisoras: ¿Cómo influyen sobre las enfermeras clínicas? *Horiz Enferm.*, 20(1), pp. 13-26. <http://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12708/11308>
- Stacey, D., Légaré, F., Pouliot, S., Kryworuchko, J. & Dunn, S. (2010). Shared decision-making models to inform an interprofessional perspective on decision making: a theory analysis. *Patient Education and Counseling*, 80(2), pp. 164-72. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.015>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación. Técnica y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

## Rasgos del apetito y su relación con los hábitos de alimentación e IMC en adolescentes

### Appetite traits and their relationship with eating habits and BMI in adolescents

### Características do apetite e sua relação com hábitos alimentares e IMC em adolescentes

Navarro-Rodríguez, Diana Cristina  000-0002-5857-0773

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería,  
Monterrey, Nuevo León, México. Maestra en Administración en Enfermería,  
Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería.  
[diananavarro\\_06@hotmail.com](mailto:diananavarro_06@hotmail.com)

\*Guevara-Valtier, Milton Carlos  0000-0001-72913931

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey,  
Nuevo León, México. Doctor en Educación, Subdirector Administrativo  
y Docente de Tiempo Completo. \*Autor corresponsal.  
[carlos\\_valtier7@hotmail.com](mailto:carlos_valtier7@hotmail.com)

Cárdenas-Villarreal, Velia Margarita  0000-0001-9315-3193

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería,  
Monterrey, Nuevo León, México. Doctora en Ciencias de Enfermería,  
Docente de Tiempo Completo.  
[velia.cardenasvl@uanl.edu.mx](mailto:velia.cardenasvl@uanl.edu.mx)

Paz-Morales, María de los Ángeles  0000-0002-4111-8449

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey,  
Nuevo León, México. Doctora en Educación, Docente de Tiempo Completo.  
[maria.pazmr@uanl.edu.mx](mailto:maria.pazmr@uanl.edu.mx)

Soltero-Rivera, Silvia Guadalupe  0000-0002-8657-8748

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey  
Nuevo León, México, Doctora en Ciencias de Enfermería, Docente de Tiempo Completo.  
[silviasoltero1972@hotmail.com](mailto:silviasoltero1972@hotmail.com)

**Recibido:** 04 de noviembre de 2022; **Aceptado:** 02 de diciembre de 2022.



## RESUMEN

**Introducción.** La obesidad es una enfermedad epidémica con impacto sobre la morbimortalidad, calidad de vida y costos generados al sistema de salud. En México, el 24.7% de los adolescentes mostró sobrepeso y 18.2% obesidad. El objetivo fue estimar la relación entre los rasgos del apetito con los hábitos de alimentación e IMC en adolescentes con normopeso y sobrepeso.

**Metodología.** Diseño correlacional. Participaron 518 adolescentes entre 15 y 19 años seleccionados por conveniencia. Se empleó una cedula de datos, cuestionario Adult Eating Behaviour Questionnaire y Health Behaviour in School-aged Children en español. Se utilizó el SPSS v.25 para estadística descriptiva e inferencial con el coeficiente de Rho de Spearman.

**Resultados.** Edad promedio de 16.83 años, 24.1% tenían sobrepeso, 55.8% fueron mujeres, 45.2% perteneció a un nivel socioeconómico medio. Se encontró relación negativa entre los rasgos del apetito de sobrealimentación emocional ( $r_s = -.13$ ,  $p < .01$ ), respuesta a la saciedad ( $r_s = -.16$ ,  $p < .01$ ) y actitud remilgosa ( $r_s = -.16$ ,  $p < .01$ ) con los hábitos de alimentación de los adolescentes. La respuesta a los alimentos mostró relación negativa con el IMC de los participantes con  $r_s = -.09$ ,  $p < .05$ .

**Conclusiones.** Los rasgos del apetito de sobrealimentación emocional, respuesta a la saciedad y actitud remilgosa se relacionaron negativamente con los hábitos de alimentación. Asimismo, la respuesta a los alimentos mostró relación negativa con el IMC de los adolescentes. Se sugiere robustecer el estudio de los rasgos del apetito en la población adolescente y en el contexto mexicano.

**Palabras clave:** sobrepeso; obesidad; salud del adolescente; apetito; dieta (DeCS).

## ABSTRACT

**Introduction.** Obesity is an epidemic disease with an impact on morbidity and mortality, quality of life and costs generated to the health system. In Mexico, 24.7% of adolescents were overweight and 18.2% obese. The objective was to estimate the relationship between appetite traits and eating habits and BMI in adolescents with normal weight and overweight.

**Methodology.** Correlational design. 518 adolescents between 15 and 19 years old selected for convenience participated. A data card, Adult Eating Behavior Questionnaire and Health Behavior in School-aged Children in Spanish were used. SPSS v.25 was used for descriptive and inferential statistics with Spearman's Rho coefficient.

**Results.** Average age 16.83 years, 24.1% were overweight, 55.8% were women, 45.2% belonged to a medium socioeconomic level. A negative relationship was found between



emotional overeating appetite traits ( $r_s = -.13, p < .01$ ), satiety response ( $r_s = -.16, p < .01$ ) and picky attitude ( $r_s = -.16, p < .01$ ) with the eating habits of adolescents. The response to food showed a negative relationship with the BMI of the participants with  $r_s = -.09, p < .05$ .

**Conclusions.** The appetite traits of emotional overeating, satiety response, and picky attitude were negatively related to eating habits. Likewise, the response to food showed a negative relationship with the BMI of adolescents. It is suggested to strengthen the study of appetite traits in the adolescent population and in the Mexican context.

**Keywords:** overweight; obesity; adolescent health; appetite; diet (DeCS).

## RESUMO

**Introdução:** A obesidade é uma doença epidêmica com impacto na morbimortalidade, qualidade de vida e custos gerados ao sistema de saúde. No México, 24,7% dos adolescentes apresentavam sobrepeso e 18,2% obesidade. O objetivo foi estimar a relação das características do apetite com os hábitos alimentares e o IMC em adolescentes com peso normal e com sobrepeso.

**Metodologia:** Projeto correlacional. Participaram 518 adolescentes entre 15 e 19 anos selecionados por conveniência. Foi utilizado um cartão de dados, Questionário de Comportamento Alimentar para Adultos e Comportamento de Saúde em Crianças em Idade Escolar em espanhol. O SPSS v.25 foi utilizado para estatística descritiva e inferencial com coeficiente Rho de Spearman.

**Resultados:** Idade média de 16,83 anos, 24,1% com sobrepeso, 55,8% eram mulheres, 45,2% pertenciam ao nível socioeconômico médio. Uma relação negativa foi encontrada entre os traços emocionais de apetite excessivo ( $r_s = -.13, p < .01$ ), resposta à saciedade ( $r_s = -.16, p < .01$ ) e atitude exigente ( $r_s = -.16, p < .01$ ) com hábitos alimentares de adolescentes. A resposta à alimentação apresentou relação negativa com o IMC dos participantes com  $r_s = -.09, p < .05$ .

**Conclusões:** Os traços de apetite de excessos emocionais, resposta à saciedade e atitude exigente foram negativamente relacionados aos hábitos alimentares. Da mesma forma, a resposta à alimentação apresentou relação negativa com o IMC dos adolescentes. Sugere-se fortalecer o estudo dos traços de apetite na população adolescente e no contexto mexicano.

**Palavras chave:** sobrepeso; obesidade; saúde do adolescente; apetite; dieta (DeCS).



## Introducción

La prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó en los últimos años, dichas enfermedades inflaman, enferman, envejecen, discapacitan y deprimen a edades tempranas como lo es la adolescencia (Llanos-Escalona & Sánchez-Rico, 2021). La obesidad es reconocida por la Organización Mundial de la Salud [OMS] desde 1998 como una enfermedad epidémica, con gran impacto sobre la morbilidad, calidad de vida y costos generados al sistema de salud (Arrieta & Pedro-Botet., 2021). Sin embargo, enfrenta el reto de reconocerla como una enfermedad crónica que de continuarse conlleva a repercusiones patológicas, emocionales, neurocognitivas y sociales (Devaux & Vuik, 2019), de ahí la importancia de prevenir la obesidad en la adolescencia, pues, existe relación entre el índice de masa corporal [IMC] a los 18 y 28 años (Arriba-Muñoz *et al.*, 2016).

Este problema de salud se potencializó tras la emergencia sanitaria por Covid-19, que instituyó el distanciamiento social para la prevención de contagios, conllevando al decremento de la actividad física en los estudiantes, aumento a la exposición de horas pantalla (Guevara *et al.*, 2019) y mayor consumo de cereales, dulces y postres en el hogar (Costa *et al.*, 2021). Al respecto, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 en México reportó que el 26.8% de los adolescentes tuvieron sobrepeso y el 17% obesidad (Shamah-Levy *et al.*, 2021). Sin embargo, esta cifra incrementó en el 2021, ya que, de los 17, 107, 800 mujeres y hombres adolescentes entre 12 y 19 años que habitan en el país, el 24.7% mostró sobrepeso y el 18.2% obesidad, predominando la mujer en el sobrepeso -26.4% vs. 23.0%-, y el hombre en la obesidad -21.5% vs. 15%- (Shamah-Levy *et al.*, 2022).

Algunos de los factores modificables para prevenir la obesidad son realizar actividad física de manera frecuente y mantener hábitos de alimentación saludables (Formiguera, 2014; Koike *et al.*, 2018; Piña-Borrego *et al.*, 2015; Téllez, 2019). Además de ello, la literatura reporta relación entre los rasgos del apetito con los hábitos de alimentación e IMC de las personas, sobre todo en adultos. De ahí la importancia de estudiar dicha interacción en población adolescente para una mayor explicación del fenómeno en concordancia con la estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso y obesidad en adolescentes de México (Secretaría de Salud [SSA], 2013), que insta a reconocer la implicación emocional, social y tecnológica para prevenir la obesidad, mediante el fomento de la actividad física y hábitos de alimentación, entre otros.

En esta investigación, los rasgos del apetito se caracterizan por la predisposición que los adolescentes tienen hacia la comida, involucran la selección y consumo de alimentos, se clasifican en: respuesta a los alimentos, sobrealimentación emocional, disfrute de alimentos, respuesta a la saciedad, subalimentación emocional, actitud remilgosa y lentitud para comer (Hunot-Alexander *et al.*, 2019). La respuesta a los alimentos, se evalúa en función de la cantidad de alimentos de buen



sabor frente a los de peor sabor consumidos habitualmente, produce un deseo de comer tras la exposición de señales alimentarias atractivas. La sobrealimentación emocional, involucra un aumento del apetito auto informado en una serie de estados emocionales.

El disfrute de los alimentos, incluye el hambre, el deseo de comer y el disfrute de los alimentos. La respuesta a la saciedad, se mide a partir de la reducción de la ingesta de alimentos que se toma entre comidas. La subalimentación emocional, consiste en la disminución del apetito en una serie de estados emocionales. La actitud remilgosa, consiste en ser muy selectivo con la gama de alimentos que la persona acepta, y la lentitud para comer, involucra la percepción del tiempo que la persona tarda en comer, sobrepasando los 30 minutos de ingesta (Wardle *et al.*, 2001).

En atención a lo expuesto, los rasgos del apetito han sido poco explorado en los adolescentes, ya sea analizando los hábitos de alimentación e IMC como resultado final. En los adolescentes, los rasgos del apetito de capacidad de respuesta a los alimentos, disfrute de los alimentos y subalimentación emocional se relacionan positivamente con el consumo de alimentos, como, verduras, frutas, carne/pescado, lácteos, *snacks* y almidón/bocadillos, en tanto que, la actitud remilgosa se relaciona negativamente con la ingesta de alimentos saludables (Dominika *et al.*, 2021).

En cuanto a los rasgos del apetito e IMC, los investigadores se centraron en población adulta, reportando que la edad, sexo e IMC se relacionan con los rasgos del apetito (Hunot-Alexander *et al.*, 2019; Hunot-Alexander *et al.*, 2021; Zickgraf & Rigby, 2019). La capacidad de respuesta a los alimentos, disfrute de los alimentos y sobrealimentación emocional se relacionan positivamente con el IMC (Hunot-Alexander *et al.*, 2016; Hunot-Alexander *et al.*, 2021; Mallan *et al.*, 2017; Zickgraf & Rigby, 2019)

Por contrario, existe relación negativa entre la respuesta a la saciedad, subalimentación emocional y lentitud al comer con el IMC (He *et al.*, 2019; Mallan *et al.*, 2017). En el caso de la actitud remilgosa, no es clara la relación que tiene con el IMC, ya que algunos estudios no reportan relación entre ambos (Hunot-Alexander *et al.*, 2016; Zickgraf & Rigby, 2019) y otros, aseveran relación negativa entre la actitud remilgosa e IMC (He *et al.*, 2019; Mallan *et al.*, 2017). Con base en lo anterior, el objetivo fue estimar la relación entre los rasgos del apetito con los hábitos de alimentación e IMC en adolescentes con normopeso y sobrepeso.

## Metodología

Diseño correlacional, transversal. Se incluyó a adolescentes entre 15 y 19 años de una preparatoria pública con normopeso y sobrepeso, que tuvieron acceso a un dispositivo móvil o computadora



con conexión a internet disponible en el centro escolar. La muestra se calculó con nQuery Advisor 4.0 con significancia de .05, dando como resultado 518 participantes. Se recurrió al muestreo no probabilístico por conveniencia. Se empleó una cédula de datos que incluyó la edad, sexo, peso, talla y nivel económico. Los datos de peso y talla se obtuvieron mediante autorreporte (Díaz-García *et al.*, 2012; Osuna-Ramírez *et al.*, 2006). El nivel económico se midió con el cuestionario Family Affluence Scale [FA] en español, validado por Boyce *et al.* (2006).

Los rasgos del apetito se midieron a través del Adult Eating Behavior Questionnaire [AEBQ] en español, validado por Hunot-Alexander *et al.* en adolescentes (2019) y población mexicana (2021), constituido por siete dimensiones y 30 reactivos, de estos, cinco ítems están estructurados en dirección negativa. La escala de medición fue tipo Likert con cinco puntos (1 = muy en desacuerdo hasta 5 = muy de acuerdo). Para su valoración, primero se corrigieron los ítems con dirección negativa. Después, se realizó la sumatoria de los ítems de cada una de las dimensiones y con los puntajes brutos se calculó la media y desviación estándar correspondiente, por lo que, a mayor puntuación, mayor rasgo del apetito, correspondientemente.

Los hábitos de alimentación se midieron con el cuestionario Health Behaviour in School-aged Children [HBSC] en español, válido por la OMS (Moreno *et al.*, 2020), a través de dos preguntas, la primera, la frecuencia con la que los adolescentes consumen el desayuno diario (algo más que un vaso de leche o jugo de fruta) y el consumo semanal de los grupos de alimentos, por ejemplo: frutas, verduras, carne, pescado, leche/lácteos, cereales, papas fritas, dulces, bebidas energéticas y refresco/bebidas con azúcar con opciones de respuesta nunca, menos de una vez a la semana, una vez a la semana, 2-4 días a la semana, 5-6 días a la semana, una vez al día todos los días y todos los días más de una vez.

Posteriormente, los resultados fueron recodificados según las recomendaciones de ingesta para este grupo de edad, de manera que, los hábitos de alimentación obtuvieron puntajes de 0 a 24; luego se categorizó como sigue: 0-9 puntos = mal hábito. De 10-15 puntos = hábito regular. De 16-17 = hábito bien y de 18-24 = muy bien, es decir que, el adolescente desayuna diario y su frecuencia en el consumo de alimentos es ideal (Guevara-Ingelmo, 2014).

La investigación fue aprobada por los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. La información se documentó de manera electrónica Online para reducir la manipulación de documentos, siguiendo las medidas impuestas por la institución educativa para la prevención de contagio por Covid-19. Se utilizó el SPSS v.25 para estadística descriptiva e inferencial con el coeficiente de Rho de Spearman ( $r_s$ ) con nivel de significancia  $\alpha < .05$  (Castilla-Serna, 2011).



## Resultados

La edad promedio fue de 16.83 años,  $DE = 0.94$ , edad mínima 15 y máxima 19. El 24.1% (125) tenían sobrepeso. El 55.8% fueron mujeres. El 45.2% perteneció a un nivel socioeconómico medio. El rasgo del apetito con mayor promedio fue Subalimentación emocional con 14.96 puntos (Tabla 1).

**Tabla 1.** Estadística descriptiva variables de interés y prueba Kolmogorov-Smirnov.

Variable	Rango posible	Rango observado	X	DE	K-S <sup>a</sup>	p
Rasgos del apetito						
Respuesta a los alimentos	4-20	4-16	12.29	2.87	.09	.00
Sobrealimentación emocional	4-20	5-20	12.67	4.69	.06	.00
Disfrute de los alimentos	4-20	5-15	14.12	2.23	.12	.00
Respuesta a la saciedad	4-20	4-16	11.12	3.27	.08	.00
Subalimentación emocional	5-25	5-20	14.96	4.84	.06	.00
Actitud remilgosa	3-15	3-12	8.09	2.54	.09	.00
Lentitud para comer	4-20	6-14	11.88	2.08	.11	.00
Hábitos de alimentación						
	0-24	0-24	13.63	3.55	.08	.00

**Fuente:** Elaboración propia.

Nota. K-S= Kolmogorov-Smirnov.

<sup>a</sup> Corrección de significación de Lilliefors.

\*  $p < .05$ .

En los hábitos de alimentación, el promedio de días que los adolescentes desayunaron fue de 4.62 días por semana,  $DE = 2.33$ . El consumo semanal de los grupos de alimentos en los adolescentes se caracterizó porque la mayoría no siguió la recomendación del consumo diario. De manera global, considerando el desayuno diario y el consumo semanal de los grupos de alimentos, los hábitos de alimentación fueron regulares con el 54.6% (Tabla 2).

Se encontró relación negativa entre los rasgos del apetito de sobrealimentación emocional ( $r_s = -.13$ ,  $p < .01$ ), respuesta a la saciedad ( $r_s = -.16$ ,  $p < .01$ ) y actitud remilgosa ( $r_s = -.16$ ,  $p < .01$ )



con los hábitos de alimentación de los adolescentes. La respuesta a los alimentos mostró relación negativa con el IMC de los participantes con  $r_s = -.09$ ,  $p < .05$  (Tabla 3). El resto de las variables no mostraron relación significativa.

**Tabla 2. Hábitos de alimentación.**

Hábitos de alimentación	<i>n</i>	%
Mal	74	14.3
Regular	283	54.6
Bien	83	16.0
Muy bien <sup>a</sup>	78	15.1

**Fuente:** Elaboración propia con base en el cuestionario Health Behavior in School-aged Children.

Nota. *n* = 518 participantes.

<sup>a</sup> involucra desayunar diario y el consumo semanal de los grupos de alimentos recomendados.

**Tabla 3. Relación entre los rasgos de apetito con los hábitos de alimentación e IMC en adolescentes.**

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Respuesta a los alimentos	-								
2. Sobrealimentación emocional	.37**	-							
3. Disfrute de los alimentos	.41**	.18**	-						
4. Respuesta a la saciedad	.02	.20**	-.19**	-					
5. Subalimentación emocional	.40**	.05	-.06	.30**	-				
6. Actitud remilgosa	.01	.08	-.00	.22**	.04	-			
7. Lentitud para comer	-.10**	.04	-.10**	.20**	.02	.05	-		
8. Hábitos de alimentación	-.03	-.13**	.04	-.16**	-.06	-.16**	-.00	-	
9. IMC	-.09*	.06	-.08	-.05	.02	.02	.00	-.04	-

Nota. \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .



## Discusión

En esta investigación, dos de cada diez mostraron sobrepeso, semejante a lo reportado en la ENSANUT (Shamah-Levy *et al.*, 2022), con prevalencia de sobrepeso del 24.7%. Sin embargo, la prevalencia de normopeso reportada en la ENSANUT fue menor a este estudio, lo que puede deberse a que en la ENSANUT metodológicamente se incluyeron a adolescentes sin distinción de su peso corporal, es decir, normopeso, sobrepeso y obesidad, y dada la naturaleza de la presente investigación solo se incluyeron a adolescentes sin obesidad.

En cuanto al nivel económico, se encontró que cuatro de cada 10 adolescentes reportaron un nivel socioeconómico medio, cantidad inferior a la reportada en el estudio de Khan *et al.* (2020), quienes informaron que el 70% tuvo ingreso medio-bajo, tal diferencia, puede deberse a que la presente investigación se realizó en un lugar en específico, cuya matrícula de ingreso es caracterizada por la incorporación de población general a las carreras con ingreso bajo o medio, pues, los costos por estudiar en dicho lugar son inferiores en comparación con otros centros educativos. Además, Khan *et al.* (2020) incluyeron 74 estados y distintos centros escolares en su estudio.

En los hábitos de alimentación, los adolescentes desayunaron en promedio cuatro días a la semana y más de la mitad refirió no desayunar diario, cifra mayor a la reportada por Guevara Ingelmo *et al.* (2020), hecho que puede deberse a características contextuales, dado que en España las políticas de salud con enfoque en el mantenimiento de una alimentación saludable desde edades tempranas posiblemente sea un factor que explique esta diferencia; es decir, en el contexto europeo existen medidas en materia de alimentación que motivan a la ingesta de un desayuno diario nutricionalmente balanceado considerado un factor protector ante el incremento paulatino del índice de masa corporal y por consiguiente obesidad (Błaszczyk-Bebenek *et al.*, 2019).

Respecto al consumo de alimentos, se encontraron cifras menores a las reportadas por la ENSANUT, en la cual el 42.5% de los adolescentes consumieron frutas, 32.8% verduras y 46.5% lácteos, entre otros (Shamah-Levy *et al.*, 2022). El desapego a las recomendaciones mundiales sobre la frecuencia del consumo semanal del grupo de alimentos puede deberse a que los adolescentes tienden a seleccionar alimentos que son apetecibles, más que, su aporte nutricional (Scott *et al.*, 2019), incremento del costo de las frutas y verduras, disponibilidad de los alimentos en el hogar (Sato *et al.*, 2020) y publicidad de productos chatarra (Holmberg *et al.*, 2018; Kuss & Griffiths, 2017; Waring *et al.*, 2018).

En esta investigación los rasgos del apetito de sobrealimentación emocional, respuesta a la saciedad y actitud remilgosa se relacionaron negativamente con los hábitos de alimentación. Para contrastar estos resultados solo se identificó un estudio que abordó ambas variables en la población adolescente. La relación negativa encontrada en la actitud remilgosa coincide con Dominika



*et al.* (2021), quienes reportaron que a mayor actitud remilgosa, menor consumo de carne/pescado, lácteos y snacks, dada la falta de interés por probar nuevos alimentos.

Respecto al resto de rasgos del apetito, en esta investigación no se encontró relación significativa, en tanto que, Dominika *et al.* (2021) encontraron que la capacidad de respuesta a los alimentos, disfrute de los alimentos y subalimentación emocional se relacionaron positivamente con el consumo de alimentos, como, verduras, frutas, carne/pescado, lácteos, snacks y almidón/bocadillos (Dominika *et al.*, 2021). Tal discrepancia puede deberse a que, si bien las edades de los participantes de este estudio y de Dominika *et al.* (2021) fueron similares, en este último estudio los adolescentes no fueron seleccionados por alguna condición en específica como el IMC, además, para este estudio los hábitos de alimentación se conformaron por el desayuno diario y el consumo semanal de los grupos de alimentos.

En el caso del IMC, la respuesta a los alimentos mostró relación negativa con el IMC de los adolescentes, en tanto que, el resto de los rasgos del apetito no denotaron relaciones significativas. Esta información no pudo ser contrastada directamente con el IMC de los adolescentes del Reino Unido, población en la que inicialmente fue validado el instrumento de rasgos del apetito en este grupo de edad, sin embargo, los investigadores encontraron que la edad de los adolescentes influyó en la respuesta a los alimentos y disfrute de los alimentos. Además, el sexo en la sobrealimentación emocional, respuesta a la saciedad y lentitud para comer (Hunot-Alexander *et al.*, 2019).

Los resultados de este estudio difieren a lo reportado por otros investigadores, quienes encontraron que la respuesta a la saciedad, subalimentación emocional y lentitud al comer se relacionaron negativamente con el IMC (He *et al.*, 2019; Hunot-Alexander *et al.*, 2021; Mallan *et al.*, 2017). En tanto que, la capacidad de respuesta a los alimentos, disfrute de los alimentos y sobrealimentación emocional se relacionaron positivamente con el IMC (Hunot-Alexander *et al.*, 2016; Hunot-Alexander *et al.*, 2021; Mallan *et al.*, 2017; Zickgraf & Rigby, 2019). Las diferencias encontradas pueden deberse a la edad de los participantes, ya que, los investigadores centraron sus observaciones en la población adulta, pacientes postquirúrgicos de cirugía bariátrica o etapa mórbida de la obesidad.

Además, los rasgos del apetito se potencializan a medida que el adolescente crece (Hunot-Alexander *et al.*, 2019) y también, ha de considerarse algunos otros factores que intervienen en el desarrollo de los rasgos del apetito como lo son la genética (alelos cortos del gen FTO rs9939609), mutaciones genéticas de la Leptina, desregulación de la ínsula y amígdala cerebral, exposición a la lactancia materna, ambiente obesogénico y condicionamiento conductual, entre otros (Boutelle *et al.*, 2020).



## Conclusiones

Los rasgos del apetito de sobrealimentación emocional, respuesta a la saciedad y actitud remilgosa se relacionaron negativamente con los hábitos de alimentación. Asimismo, la respuesta a los alimentos mostró relación negativa con el IMC de los adolescentes. Se sugiere robustecer el estudio de los rasgos del apetito en la población adolescente y en el contexto mexicano.

## Agradecimientos

Al Instituto Mexicano del Seguro Social y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca para cursar el Doctorado en Ciencias de Enfermería.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

## Referencias

- Arriba-Muñoz, A. de, López-Úbeda, M., Rueda-Caballero, C., Labarta-Aizpun, J. I. & Ferrández-Longás, A. (2016). Valores de normalidad de índice de masa corporal y perímetro abdominal en población española desde el nacimiento a los 28 años de edad. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), pp. 6–14. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.20960/nh.388>
- Arrieta, F. & Pedro-Botet, J. (2021). Reconocer la obesidad como enfermedad: todo un reto. *Revista Clínica Española*, 221(9), pp. 544–546. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.08.003>
- Błaszczuk-Bebenek, E., Piórecka, B., Płonka, M., Chmiel, I., Jagielski, P., Tuleja, K. & Schlegel-Zawadzka, M. (2019). Risk Factors and Prevalence of Abdominal Obesity among Upper-Secondary Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(10), 1750, pp. 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101750>
- Boutelle, K. N., Manzano, M. A. & Eichen, D. M. (2020). Appetitive traits as targets for weight loss: The role of food cue responsiveness and satiety responsiveness. *Physiology and Behavior*, 224, pp. 1–20. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113018>
- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C. & Zambon, A. (2006). The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self-Report Measure. *Social Indicators Research*, 78, pp. 473–487. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-1607-6>
- Castilla-Serna, L. (2011). *Manual práctico de estadística para las ciencias de la salud*. Trillas.
- Cecchini, M. & Vuik, S. (2019). The Heavy Burden of Obesity. En Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Ed.), *The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention* (p. 240). OECD Health Policy Studies. <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>
- Costa, M. L., Costa, M. G. O., de Souza, M. F. C., da Silva, D. G., Vieira, D. A. D. S. & Mendes-Netto, R.



- S. (2021). Is physical activity protective against emotional eating associated factors during the covid-19 pandemic? A cross-sectional study among physically active and inactive adults. *Nutrients*, 13(11), 3861, pp. 1-15. <https://doi.org/10.3390/nu13113861>
- Díaz-García, J., González-Zapata, L. I. & Estrada- Restrepo, A. (2012). Comparación entre variables antropométricas auto reportadas y mediciones reales. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), pp. 112–118. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2012/2/art-3/>
- Guzek, D., Skolmowska, D. & Głabska, D. (2021). Associations between Food Preferences, Food Approach, and Food Avoidance in a Polish Adolescents' COVID-19 Experience (PLACE-19) Study Population. *Nutrients*, 13(7), 2427, pp. 1–13. <https://doi.org/10.3390/nu13072427>
- Formiguera, X. (2014). Concepto y causas de la obesidad. En *Comprender la obesidad* (pp. 1–12). Amat.
- Guevara-Ingelmo, R. M. (2014). *Estilos de vida relacionados con la salud de los adolescentes salmantinos*. [Tesis Doctoral]. Universidad Pontificia de Salamanca, SUMMA. Repositorio Institucional. <https://summa.upsa.es/viewer.vm?id=37033>
- Guevara-Ingelmo, R. M., Urchaga-Litago, J. D., García-Cantó, E., Tárraga-López, P. J. & Moral-García, J. E. (2020). Valoración de los hábitos de alimentación en Educación Secundaria en la ciudad de Salamanca. Análisis según sexo y curso escolar. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.*, 40(1), pp. 40–48. <https://doi.org/10.12873/401guevara>
- Guevara, R. M., Urchaga, J. D. & Sanchez-Moro, E. (2019). Horas de pantalla y actividad física de los estudiantes de Educación Secundaria. *European Journal of Health Research*, 5(2), pp. 133-143. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v5i2.184>
- He, J., Sun, S., Zickgraf, H. F., Ellis, J. M. & Fan, X. (2019). Assessing Appetitive Traits Among Chinese Young Adults Using the Adult Eating Behavior Questionnaire: Factor Structure, Gender Invariance and Latent Mean Differences, and Associations With BMI. *Assessment*, 28(3), pp. 877–889. <https://doi.org/10.1177/1073191119864642>
- Holmberg, C., Berg, C., Hillman, T., Lissner, L. & Chaplin, J. (2018). Self-presentation in digital media among adolescent patients with obesity: Striving for integrity, risk-reduction, and social recognition. *DIGITAL HEALTH*, 4, pp. 1–15. <https://doi.org/10.1177/2055207618807603>
- Hunot-Alexander, C., Arellano-Gómez, L., Smith, A. D., Kaufer-Horwitz, M., Vásquez-Garibay, E. M., Romero-Velarde, E., Fildes, A., Croker, H., Llewellyn, C. H., & Beeken, R. J. (2021). Examining the validity and consistency of the Adult Eating Behaviour Questionnaire-Español (AEBQ-Esp) and its relationship to BMI in a Mexican population. *Eating and Weight Disord*, 27, pp. 651-663. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01201-9>
- Hunot-Alexander, C., Beeken, R. J., Goodman, W., Fildes, A., Croker, H., Llewellyn, C., & Steinsbekk, S. (2019). Confirmation of the Factor Structure and Reliability of the Adult Eating Behavior Question-



- naire in an Adolescent Sample. *Frontiers in Psychology*, 10, 1991, pp. 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01991>
- Hunot-Alexander, C., Fildes, A., Croker, H., Llewellyn, C. H., Wardle, J. & Beeken, R. J. (2016). Appetitive traits and relationships with BMI in adults: Development of the Adult Eating Behaviour Questionnaire. *Appetite*, 105, pp. 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.024>
- Khan, S. R., Uddin, R., Mandic, S. & Khan, A. (2020). Parental and peer support are associated with physical activity in adolescents: Evidence from 74 countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(12), 4435, pp. 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124435>
- Koike, S., Richards, M., Wong, A. & Hardy, R. (2018). Fat mass and obesity-associated (FTO) rs9939609 polymorphism modifies the relationship between body mass index and affective symptoms through the life course: a prospective birth cohort study. *Translational Psychiatry*, 8, 62, pp. 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0110-1>
- Kuss, D. J. & Griffiths, M. D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14(3), 311, pp. 1–17. <https://doi.org/doi:10.3390/ijerph14030311>
- Llanos-Escalona, R. & Sánchez-Rico, C. (2021). *La obesidad: una muerte segura*. Barker & Jules.
- Mallan, K. M., Fildes, A., De, X., Garcia, P., Drzewdzon, J., Sampson, M. & Llewellyn, C. (2017). Appetitive traits associated with higher and lower body mass index: evaluating the validity of the adult eating behaviour questionnaire in an Australian sample. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 130, pp. 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0587-7>
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya I., Sánchez-Queija, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A. & Morgan, A. (2021). *Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en Andalucía* (p. 385). Ministerio de Sanidad. [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=7404](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7404)
- Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado, B., Campuzano, J. C. & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Pública de México*, 48(2), pp. 94–103. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48n2/29722.pdf>
- Piña-Borrego, C., Fernández-Fernández, M., Fonte-Rodríguez, N. & Piña-Rodríguez, L. K. (2015). Instrumento predictor de obesidad en adolescentes en el Policlínico Universitario “Manuel González Díaz”, 2013-2014. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(1), pp. 34–44. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.03.002>
- Sato, Y., Miyanaga, M., & Wang, D. H. (2020). Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in Japanese adolescents: A school-based study in Japan. *Int. J. Environ. Res. Public Health*,



- 17(15), 5550, pp. 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155550>
- Scott, S., Elamin, W., Giles, E. L., Hillier-Brown, F., Byrnes, K., Connor, N., Newbury-Birch, D. & Ells, L. (2019). Socio-Ecological Influences on Adolescent (Aged 10–17) Alcohol Use and Unhealthy Eating Behaviours: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Studies. *Nutrients*, 11(8), 1914, pp. 1–18. <https://doi.org/10.3390/nu11081914>
- Secretaría de Salud. (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276108/estrategia\\_sobrepeso\\_diabetes\\_obesidad.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276108/estrategia_sobrepeso_diabetes_obesidad.pdf)
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M. A., Gaona-Pineda, E. B., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C. & Rivera-Dommarco, J. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19: Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M. A., Gaona-Pineda, E. B., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C. & Rivera-Dommarco, J. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19. Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804\\_Ensa21\\_digital\\_4ago.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf)
- Téllez, C. (2019). Sistema de recompensa. En *Obesidad: Una enfermedad de salud mental* (pp. 492–1400). Autoedición.
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S. & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), pp. 963–970. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00792>
- Waring, M. E., Jake-Schoffman, D. E., Holovatska, M. M., Mejia, C., Williams, J. C. & Pagoto, S. L. (2018). Social Media and Obesity in Adults: a Review of Recent Research and Future Directions. *Current Diabetes Reports*, 18, 34, pp. 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11892-018-1001-9>
- Zickgraf, H. F. & Rigby, A. (2019). The Adult Eating Behaviour Questionnaire in a bariatric surgery-seeking sample: Factor structure, convergent validity, and associations with BMI. *Eur Eat Disord Rev*, 27(1), pp. 97–104. <https://doi.org/10.1002/erv.2628>



## Factores de riesgo de COVID-19 en el personal de enfermería de un Hospital Guatemalteco del Seguro Social

## COVID 19's risk factors in the nursing staff of the General Hospital from the Guatemalan Social Security Institute

## Fatores de risco da COVID-19 na equipe de enfermagem de um Hospital da Previdência Social da Guatemala

\*Rivera-Estrada, María Yecenia  0000-0002-1637-3624

Universidad del Valle de Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General de Quetzaltenango, Guatemala. Licenciada en Enfermería, Maestría en Enfermería, Maestría en Epidemiología. \*Autor corresponsal.  
[yeceniariveraestrada@gmail.com](mailto:yeceniariveraestrada@gmail.com)


Puac-Cano, Rosario Yadira  0000-0002-1716-8630

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General de Quetzaltenango, Guatemala. Licenciada en Enfermería; Maestría en enfermería, Maestría en Docencia Universitaria.  
[rpuac@hotmail.es](mailto:rpuac@hotmail.es)

Grajeda-Díaz, Laura María  0000-0001-5386-4839

Universidad del Valle de Guatemala, Facultad de Ciencias y Humanidades, Departamento de Epidemiología, Guatemala. Licenciada en Bioquímica y Microbiología, Maestría en Ciencias de la Salud Pública, Maestría en Bioinformática y Bioestadística.  
[lmgrajeda@uvg.edu.gt](mailto:lmgrajeda@uvg.edu.gt)

**Recibido:** 04 de noviembre de 2022; **Aceptado:** 01 de diciembre 2022.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual   
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

### RESUMEN

**Introducción.** La COVID-19, es una enfermedad ha afectado gravemente a la población y a los mismos profesionales de salud, expuestos durante el cuidado y contacto con pacientes, pero también con factores propios externos de la interacción social. Esta



situación se ha explorado en todas las latitudes del mundo; sin embargo, en Guatemala no ha sido clarificado en el personal de enfermería.

**Objetivo.** Describir la incidencia y los factores de riesgo asociados al contagio de la COVID-19 en el personal de enfermería de un hospital público de Guatemala.

**Metodología.** Estudio observacional, analítico, de casos y controles, de corte transversal y retrospectivo. Los datos fueron recolectados en el período de diciembre 2021 a febrero 2022, Se incluyeron dos grupos: uno con antecedentes de infección por COVID-19, integrado por 77 personas (Casos); y otro grupo sin la enfermedad, integrado por 88 personas (Controles), ambos grupos con características sociodemográficas equivalentes. Ambos grupos fueron conformados por el personal de 21 diferentes áreas de servicio y de 5 puestos laborales que conforman la profesión de enfermería

**Resultados.** Se obtuvo un aumento de la incidencia de 24.3 por cada 100 personas del personal de enfermería en el mes de febrero. Se identificó que el mayor riesgo que contrajera la enfermedad era ser auxiliar de enfermería y estar en la edad de 18 a 37 años, el ser de sexo femenino con un 86,4% de la población. Se evidencio la asociación sobre las características sociodemográficas, laborales, las variables relacionadas, aunque no significativamente para contraer la COVID-19. La vacuna en el personal de enfermería de Neumococo, se comportó como un factor protector o de beneficio, cuando el personal no se vacunó contra esta enfermedad.

**Conclusiones.** Por el comportamiento variable del SARS-COV-2 promover estudios en este campo son necesario para el profesional de enfermería.

**Palabras Clave** (DeCS). Enfermería, Factores de Riesgo, COVID-19.

## ABSTRACT

**Introduction.** COVID-19, is a disease that has seriously affected the population and the health professionals themselves, exposed during care and contact with patients, but also with external factors of social interaction. This situation has been explored in all parts of the world; however, in Guatemala it has not been clarified in the nursing staff.

**Objective.** Describe the risk factors associated with the spread of COVID-19 in the nursing staff of a public hospital in Guatemala.

**Methodology.** Observational, analytical, case-control, cross-sectional and retrospective study. Data were collected in the period from December 2021 to February 2022. Two groups were included: one with a history of COVID-19 infection, consisting of 77 people (Cases); and another group without the disease, made up of 88 people (Controls), both groups with equivalent sociodemographic characteristics. Both groups were made up of



staff from 21 different service areas and 5 jobs that make up the nursing profession

**Results.** An increase in incidence of 24.3 was obtained for every 100 people in the nursing staff in February. It was identified that the greatest risk that the disease contracted was being a nursing assistant and being at the age of 18 to 37 years, being female with 86.4% of the population. The association on the sociodemographic and labor characteristics, the related variables, although not significantly to contract COVID-19, was evident. The vaccine in the Neumococo nursing staff behaved as a protective or beneficial factor, when the staff was not vaccinated against this disease.

**Conclusions.** Due to the variable behavior of SARS-COV-2, promoting studies in this field are necessary for the nursing professional.

**Keywords:** Nursing, Risk Factors, COVID-19. (DeCS)

## RESUMO

**Introdução.** COVID-19, é uma doença que afetou seriamente a população e os próprios profissionais de saúde, expostos durante o atendimento e contato com os pacientes, mas também com fatores externos de interação social. Esta situação foi explorada em todas as partes do mundo; no entanto, na Guatemala, isso não foi esclarecido na equipe de enfermagem.

**Objetivo.** Descreva os fatores de risco associados à disseminação do COVID-19 na equipe de enfermagem de um hospital público na Guatemala.

**Metodologia.** Estudo observacional, analítico, de caso-controle, transversal e retrospectivo. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022. Dois grupos foram incluídos: um com histórico de infecção por COVID-19, composto por 77 pessoas (Casos); e outro grupo sem a doença, composto por 88 pessoas (Controles), ambos grupos com características sociodemográficas equivalentes. Ambos os grupos eram compostos por funcionários de 21 áreas de serviço diferentes e 5 empregos que compõem a profissão de enfermagem.

**Resultados.** Um aumento na incidência de 24,3 foi obtido para cada 100 pessoas na equipe de enfermagem em fevereiro. Foi identificado que o maior risco de contrair a doença era ser assistente de enfermagem e ter entre 18 e 37 anos, sendo mulher com 86,4% da população. A associação sobre as características sociodemográficas e trabalhistas, as variáveis relacionadas, embora não significativamente ao contrato de COVID-19, era evidente. A vacina na equipe de enfermagem de Neumococo se comportou como um fator protetor ou benéfico, quando a equipe não foi vacinada contra esta doença.

**Conclusões.** Devido ao comportamento variável do SARS-COV-2, são necessários estudos de promoção nesse campo para o profissional de enfermagem.

**Palavras chave:** Enfermagem, Fatores de Risco, COVID-19. (DeCS)



## Introducción

Los sistemas de salud de todo el mundo, se han visto afectados por la COVID-19; que dio inicio en China en el 2019 y que fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como pandemia (OMS, 2020). Desde la confirmación de los primeros casos en las Américas hasta el 22 de diciembre del 2022, se tenían 655.205.778 casos acumulados en la población general (Jhons Hopkins University, 2022).

En Centroamérica la situación no fue diferente, por ejemplo, en Guatemala durante el año 2021 la incidencia acumulada fue de 314,02 casos confirmados por cada cien mil habitantes de la población general, con una tasa de letalidad de 1,96%, y con 8,7848 fallecidos por coronavirus (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPA], 2021); específicamente, en el departamento de Quetzaltenango, se tuvo una incidencia acumulada de 4,232.7 casos por cien mil habitantes, con una letalidad del 2,9 % como lo afirma el (MSPA, 2021).

La COVID-19 ha afectado a toda la población; sin embargo, ha impactado con más severidad al personal de salud, quienes son los profesionales que brindan la seguridad en los servicios hospitalarios, están más expuestos durante la provisión de los cuidados dado que interactúan con pacientes positivos para la enfermedad (Moreno-Casbas, 2020). Así como lo encontrado por Porru, et al. (2022), quienes encontraron mayor tendencia de infecciones entre el personal de salud directamente involucrado en actividades clínicas en comparación con el personal administrativo. En Guatemala, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), el número de casos confirmados de la COVID-19 en trabajadores de la salud es de 8,642 y 65 defunciones reportadas de enero 2020 al 28 de octubre de 2021.

De acuerdo con la revisión de la literatura, algunos autores europeos han evidenciado que factores de riesgo como el sexo, la edad, los años de antigüedad, la categoría profesional y el lugar de trabajo tienen mayor fuerza de asociación con el contagio de COVID-19. Los resultados mostraron que el personal sanitario que se sitúa en la primera barrera en la lucha contra la COVID-19, constituye un colectivo con un alto riesgo de infección, donde enfermería mostró los riesgos más altos respecto a los profesionales de la salud que no tienen contacto con pacientes; por ejemplo, en hospitalización-Médico-Quirúrgico, Sociosanitario (Ciorba-Ciorba *et al.*, 2021). En el estudio sobre factores relacionados con el contagio por SARS-CoV-2 por Moreno-Casbas *et al.* (2020), con profesionales de la salud que trabajaban en atención a pacientes con COVID-19, identifican la gestión de la cadena de contagios, el uso y la adecuación en la disponibilidad de equipos de protección, así como la efectividad en la realización del lavado de manos, como factores relacionados con el contagio de los profesionales. De acuerdo con Calcoen, B. *et al.*, (2022), a pesar la inmunidad celular y



humoral residual inducida por la vacunación en trabajadores de la salud, existe una alta incidencia de infecciones emergentes de la variante del SARS-COV- 2, por lo que es necesario profundizar en la prevención del profesional sanitario.

Dado que actualmente no se cuenta con estadísticas a nivel nacional que brinden estimación de incidencia y asociación, es importante caracterizar los factores de riesgo determinantes de contagio para COVID-19, lo cual podría contribuir a mejorar los programas para la protección de profesionales sanitarios. Ante los argumentos expuestos, se plantea el siguiente objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados al contagio de la COVID-19 en el personal de enfermería de un hospital del seguro social de Guatemala.

## Metodología

Se trata de un estudio de casos y controles, en el que se evaluaron factores de riesgo relacionados a las medidas de seguridad aplicadas contra el COVID-19 por parte del personal de enfermería de un hospital del seguro social de Guatemala. Dicha unidad hospitalaria cuenta con las especialidades médicas de atención y servicios como lo son consulta externa, medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología y neonatología, fisiatría, psiquiatría, nefrología, odontología, oftalmología, reumatología, entre otras especialidades.

La población total fue de 552 colaboradores de enfermería de dicha institución hospitalaria. Los cargos con los que se desempeñan son de supervisor de enfermería, jefes de servicio, enfermeros graduados, auxiliar de enfermería, ayudantes de enfermería. El personal se divide en cinco áreas: emergencia y centro quirúrgico, pediatría, hospital COVID-19, encamamiento y área crítica, consulta externa y superintendencia.

## Criterios de Inclusión

Para el grupo de casos, fueron enfermeras y enfermeros que tuvieron una prueba de laboratorio positiva de SARS-CoV-2 (PCR o antígeno) entre diciembre del 2021 a febrero del 2022, los cuales se identificaron a través de los registros de control de personal. Para el grupo de controles, fue seleccionado el personal de enfermería que no había reportado prueba positiva de laboratorio (PCR-antígeno) en el mismo periodo de estudio que el grupo de casos. Se determinó el síntoma más frecuente y se aplicó el índice de Jaccard (Chung *et al.*, 2019).



## Instrumento

La encuesta virtual incluyó 65 variables sociodemográficas y laborales, las cuales estaban organizadas en siete secciones, en las cuales se incluyeron preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y laborales (como lo son edad, sexo, estado civil, cargo, ámbito laboral, consumo de tabaco), así como la utilización de medidas de protección institucional como fuera del área laboral; las respuestas a cada cuestionamiento fueron cerradas, abiertas y de selección múltiple. Se establecieron las medidas para evitar que fuese respondido más de una vez el instrumento por la misma persona. Procedimientos. Para la recolección de datos se empleó la técnica de encuesta virtual que se envió por el formulario Google Forms.

Para la socialización del estudio, se solicitó a jefes de enfermería de los diferentes servicios, entregar por medio de la plataforma virtual WhatsApp, el vínculo que direccionó al consentimiento informado de ser parte de la investigación y la encuesta de variables.

## Manejo de análisis de datos

Los datos obtenidos de la encuesta fueron ingresados a un software para identificar errores y realizar la depuración de la información. Para el análisis de los síntomas padecidos por el personal de enfermería por la COVID-19, con mayor co-ocurrencia, se determinó cuál fue el síntoma más frecuente y se aplicó el índice de Jaccard (Chung *et al.*, 2019), para medir la similitud entre los síntomas manifestados en las personas que padecieron la enfermedad. Se utilizó el software de análisis estadístico R 4.2.1, para la caracterización de las variables sociodemográficas y laborales, como lo son edad, sexo, estado civil, cargo, ámbito laboral, consumo de tabaco, se analizaron como potenciales factores de riesgo para adquirir el virus. Mediante el software de SPSS se calculó la prueba de Chi-Cuadrado y la estimación del Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza al 95%, simple y ajustado mediante regresión logística. Se calculó la incidencia a través del número de casos durante los meses de diciembre, enero y febrero; entre el número de personal que no enfermó en dicho periodo de tiempo.

## Consideraciones éticas

Se realizó el protocolo de investigación para el cual emitieron dictamen de aprobación por el Comité de Bioética del hospital donde se realizó el estudio (Oficio C/BIOETICA 03/2022). Para la protección de la confidencialidad y aplicación de principio de autonomía, se contó con un consentimiento informado, donde el participante seleccionó ser parte de la investigación (Rosa, Domínguez & Malpica, 2008).



## Resultados y Discusión

Participaron personal de enfermería de los diferentes servicios del hospital, de ellos 77 (57.03%), son del grupo de casos y 88 (21.1%) del grupo controles. Se determinó la incidencia de atención en el periodo de estudio: diciembre 0.54, enero 4.15 y febrero 24.3 por cada 100 personas del personal de enfermería. Las características sociodemográficas de casos y controles mostraron que la mayoría eran mujeres y con un rango de edad de 28 a 37 años (del 86,4%). El 50,6% del personal de enfermería que contrajo la enfermedad, fueron auxiliares de enfermería, así como el 42,3% de los casos correspondió al área de pediatría. Encontrando similitud con el estudio realizado sobre factores de riesgo de contagio de la Covid-19 en personal sanitario en España, donde se asoció significativamente al lugar de trabajo como lo fue pediatría, urgencias, quirófanos. El grupo de edad 40-50 años mostró una disminución de la probabilidad de enfermar del 42% como los hallazgos de Ciorba-Ciorba *et al.*, (2021). Se encontró que 97,6% de los encuestados se encontraba sin condición de hacinamiento en el trabajo y un 2,4% en hacinamiento medio. El estado civil de los casos eran casados con un 46,7% y de los controles eran solteros con el 53,4% Para complementar los datos sociodemográficos, se presenta la [Tabla 1](#).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra de estudio.

Variables	Casos		Controles	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Edad				
18-27	19	24,7	25	28,4
28-37	48	<b>62,3</b>	44	<b>50</b>
38-47	6	7,8	16	18,2
48 a más	4	5,2	3	3,4
Sexo				
Femenino	64	<b>83,1</b>	76	<b>86,4</b>
Masculino	13	16,9	12	13,6
Estado Civil				
Casado	36	46,7	28	31,8
Soltero	31	40,2	47	53,4
Unión libre	10	13,1	13	14,8
Cargo				
Ayudante de Enfermería	6	7,8	5	5,7
Auxiliar de Enfermería	39	<b>50,6</b>	53	<b>60,2</b>
Enfermera/o Graduada/o	25	32,5	23	26,1
Jefe de servicio	4	5,2	2	2,3
Supervisor	3	3,9	5	5,7
Servicio				
Emergencia y Centro quirúrgico	29	37,7	24	27,3
Pediatría	34	44,3	47	53,4
Servicio COVID	4	5,2	5	5,7
Hospitalización y área crítica	6	7,7	7	7,9
Superintendencia	4	5,2	5	5,7
Consumo de tabaco				
Eventualmente	25	32,4	31	35,2
Semanal	1	1,3	0	0
Nunca	51	66,3	57	64,8

**Fuente:** base de datos. Grupo Casos (n=77); Grupo Controles (n=88).



Para el análisis de los síntomas padecidos por el personal de enfermería por la COVID-19 con mayor co-ocurrencia, se identificó que dicho síntoma fue el dolor de cabeza, de mayor a menor frecuencia, las co-ocurrencias dolor de garganta, tos, dolor muscular, dolor por fiebre, dolor extremo. Otros síntomas cercanos al dolor, fueron el cansancio, pérdida del gusto, dolor de espalda, pérdida del olfato, rinorrea, escalofríos, diarrea, náuseas, disnea y vómitos (Tabla 2).

**Tabla 2.** Síntomas presentados en el personal de enfermería con COVID-19 (n=17).

Síntomas	Co-Ocurrencia	Índice de Jaccard	Frecuencia
Cefalea	48	0.696	.....
Dolor de garganta	46	0.667	.....
Tos	47	0.662	.....
Dolor muscular	43	0.623	.....
Fiebre	35	0.486	.....
Dolor extremo	33	0.465	.....
Cansancio	33	0.465	.....
Dolor espalda	28	0.406	.....
Augesia	28	0.394	.....
Anosmia	25	0.347	.....
Rinorrea	23	0.324	.....
Escalofríos	23	0.324	.....
Diarrea	21	0.304	.....
Náuseas	12	0.174	.....
Disnea	10	0.145	.....
Vómitos	8	0.116	.....

**Fuente:** base de datos Grupo Casos (n=77); Grupo Controles (n=88).

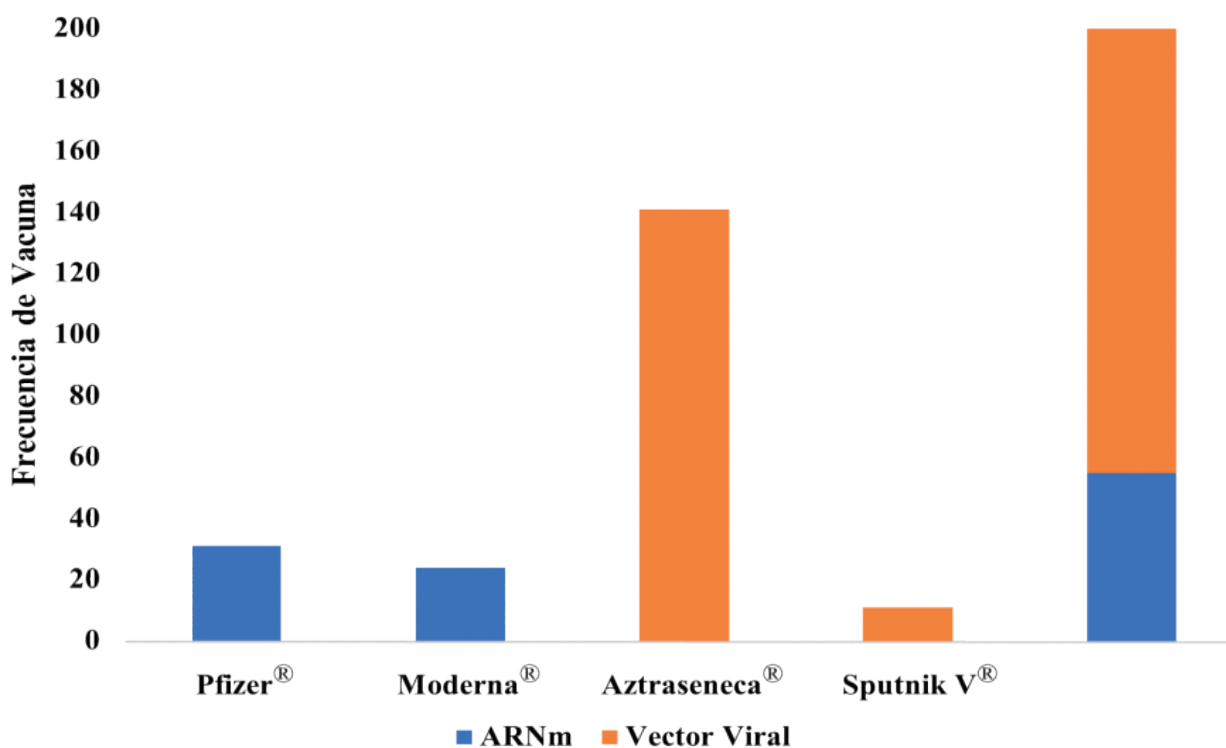




Se determinó que del 100% del personal de enfermería femenino que tuvo COVID-19, el 11.11% de ellas estaba embarazadas al momento de enfermar, de este el 57% se encontraba en el primer trimestre. De acuerdo con los datos brindados se evidenció que el 59.7% de los casos compartía vivienda con alguna persona que dio positivo a la enfermedad, el 19.6% permanecieron en una casa alquilada.

La **Figura 1**, en relación a las vacunas que fueron administradas al personal de enfermería contra la COVID-19, se identificó que el 92.12% le fueron administradas las vacunas relacionadas al Vector viral (virus genéticamente modificado), como lo son las vacunas de Astra Zeneca® y Sputnik V®. Al 33.33% de la muestra, se le administró vacunas ARNm (ácido ribonucleico mensajero o Fragmento de código genético del virus mensajero) como lo son las vacunas Pfizer® y Moderna®.

**Figura 2.** Gráfico de vacunas administradas al personal de enfermería contra la COVID-19



**Fuente:** Elaboración propia.



El personal de enfermería fue vacunado con diferentes vacunas y combinaciones contra el COVID-19. En la **Figura 1**, se muestran principalmente los dos tipos de vacuna y que en el personal de salud fueron administradas a través de 11 combinaciones de vacunas recibidas. En ella se identifica que la más empleada fue Astra Zeneca® recibida por un 64.2% de los encuestados. Luego, la combinación de las vacunas Astra Zeneca y Pfizer en un 10.3% y en la tercera posición de más frecuente, la combinación de las vacunas de Astra Zeneca y Moderna. El resto 18.2% incluyeron a la vacuna Sputnik V, y otras combinaciones con las vacunas.

Sin embargo, llama la atención que una persona de los casos no fue vacunada, mientras que en los controles todos contaban con al menos una dosis de vacuna. El 67,5% de los casos contaban con la tercera dosis de vacuna al momento de enfermar (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Dosis de vacunas administradas en el personal de enfermería.

Dosis de Vacuna	Casos		Controles	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Una dosis	4	5,2	1	1,1
Dos dosis	13	16,9	8	9,1
Tres dosis	52	<b>67,5</b>	67	<b>76,2</b>
Cuarta dosis	7	9,1	12	13,6
Ninguna	1	1,3	0	0

**Fuente:** base de datos. Grupo Casos (n= 77). Grupo Controles (n= 88).

El presente estudio buscaba identificar los factores de riesgo asociados al contagio del virus, donde se encuentran: En la Tabla 3, la variable tabaquismo durante el período de tiempo de diciembre del 2021 a febrero 2022, presentó un Odds Ratio de 2.32 (IC 95% 0.20-26.0), no obstante, el consumo de tabaco, no mostró diferencia estadísticamente significativa. Estos resultados son similares a los reportes de España, donde se describió el impacto de la pandemia por COVID-19 en el patrón de consumo de sustancias psicoactiva, dado que no existe evidencia de que fumar se relacione directamente con el contagio con SARS-Cov-2, situación que es contraria a la evidencia epidemiológica de que fumar duplica el riesgo a infecciones por virus y bacterias (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, et al., 2020).



Seguido de que el personal de enfermería compartió ambientes en la vivienda (servicio sanitario) presentó un Odds Ratio 1.38 (IC 95% 0.62-3.06), lo que significa que estas asociaciones no son estadísticamente significativas. En comparación al estudio realizado sobre factores de riesgo asociados a la infección por la Covid-19 (Valera F, et al 2021), se identificaron resultados similares sobre los factores protectores el estar vacunado contra el neumococo con un OR de 0.40 (IC 95% 0.20-0.83), lo cual es estadísticamente significativo. Sobre los datos obtenidos del total de personas encuestadas, un 55.2% indicaron practicar ejercicio, y respecto al consumo de alcohol, el 53.7% indicó que nunca ha bebido alcohol, 47.1%, lo ha hecho eventualmente y 1.09% de manera semanal.

**Tabla 4.** Factores de riesgo del personal de enfermería.

Factor de riesgo	Casos	Controles	p-valor	OR	IC 95%
Hacinamiento	1 (1.3)	3 (3.4)	0.379	0.373	(0.38-3.66)
Comparten el servicio sanitario	58 (75)	76 (86)	0.076	0.428	(0.21-1.07)
Enfermedades de base y toma medicamentos para su control	14 (18.2)	24 (27.3)	0.379	0.632	(0.22-1.76)
Vivienda.	16 (20.8)	14 (15.9)	0.418	1.386	(0.42-1.45)
Ejercicio	40 (51.9)	51 (57.9)	0.439	0.784	(0.78-0.42)
Fuma	2 (2.6)	1 (1.1)	0.483	<b>2.32</b>	(0.20-26.0)
Sexo (Femenino-Masculino)	13 (16.8)	12 (13.6)	0.562	1.286	(0.54-3.81)
Reutilización de la mascarilla	49 (63.6)	60 (68.1)	0.538	0.817	(0.42-1.55)
Frecuencia de exposición en lugares públicos	64 (83.1)	74 (84.0)	0.866	0.931	(0.40-2.12)
Vacunado con Neumococo	22 (28.6)	38 (43.2)	0.130	0.409	(0.20-0.83)
Vacunado con Hepatitis B	9 (11.7)	14 (15.9)	0.358	0.654	(0.26-1.62)
Vacunado contra la Influenza.	51 (66.2)	56 (63.3)	0.576	0.824	(0.41-1.62)

**Fuente:** base de datos. Grupo Casos (n=77); Grupo Controles (n=88).



Finalmente, un 86.59% de los encuestados, usó siempre la mascarilla, tanto en el trabajo, como en lugares públicos. En todo caso, el p-valor de Chi cuadrado indicó que, tanto en el trabajo como en lugares públicos, las frecuencias se mantienen. El tipo de mascarilla que se utilizó fue KN95 en ambos ambientes; sin embargo, con mayor proporción en el área de trabajo. A diferencia a la mascarilla quirúrgica, fue empleada en lugares públicos en mayor proporción que en el trabajo. Es decir, hubo cambios entre las proporciones de tipos y combinaciones de mascarillas empleadas tanto en lugares públicos como en el trabajo.

Respecto a las medidas de precaución universal tomadas por el personal de enfermería en el trabajo, se encontró un 15.8% que empleó gorro, careta, gafas, bata, zapatones, overol, guantes. Luego, un 10.9% utilizaron gorro, careta, bata, zapatones, guantes y, en tercer lugar, un 7.3% emplearon gorro, careta, gafas, bata, zapatones y guantes. El resto (66.1%) fueron diferentes combinaciones entre un 0.6% a un 6.7% de casos. Dentro de las combinaciones de equipo utilizado por el personal fuera del trabajo, la mascarilla fue la más utilizada (42.82%), seguida de la careta en un 14.63% y un 11.63% gorros. El resto de equipo, como guantes, zapatones y batas, con porcentajes menor al 7.32% a menos frecuencia, en este estudio no se pudo calcular el Odds Ratio para asociar el uso de EPP con el contagio por enfermedad por COVID-19 debido a que la totalidad de población, reportó usar equipo de protección personal cuando se requirió y según el nivel de riesgo. En todo caso, se puede indicar que hubo mayor precaución del personal cuando estuvo dentro del trabajo que cuando sale a áreas públicas.

El objetivo del estudio fue describir los factores de riesgo asociados al contagio de la COVID-19 en el personal de enfermería de un hospital del seguro social de Guatemala, la importancia de los hallazgos radica en identificar las circunstancias para fortalecer los procesos que permitan disminuir el contagio de la enfermedad COVID-19 en el personal de enfermería, principalmente por ser quienes brindan el cuidado y se encuentran directamente con el paciente que tiene la enfermedad.

Para determinar si la adherencia a medidas de distanciamiento son un factor de riesgo para contagiarse de COVID-19, en el personal de enfermería se analizaron y se buscó la asociación entre las variables sobre frecuencia de exposición en lugares públicos. En el caso del grupo que no hace ejercicio y el consumo de alcohol, de acuerdo al valor de Chi cuadrado no hubo significancia estadística. Sin embargo, llama la atención que las enfermeras y enfermeros que practican ejercicio, a pesar de que la media de tiempo de hacer ejercicio fue casi el doble de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, et al., 2021), no hubo significancia, posiblemente se deba a la desviación estándar, que condiciona una variabilidad alta de dedicación al ejercicio.

En otro orden de ideas, de acuerdo con Aguilar Gamboa, et al. (2021), indicaron que existe evidencia suficiente que muestra que el uso de equipos de protección personal, el lavado de manos y



el distanciamiento social, a la fecha son las principales medidas de defensa contra la infección. Al respecto, los hallazgos de este trabajo, fueron similares, dado que el valor estimado de Chi cuadrado fue estadísticamente significativo, existe una pequeña proporción de personal que en el trabajo, utiliza siempre mascarilla como parte del equipo de protección personal básico, pero no, en lugares públicos, por ejemplo, el uso de mascarilla tanto en lugares públicos como en el trabajo, aunque también existió personal de enfermería que no siempre usa la mascarilla en lugares públicos, pero en el trabajo la usó siempre. No obstante, a diferencia a la mascarilla quirúrgica, fue empleada en lugares públicos en mayor proporción que en el trabajo donde se utilizaba KN-95. Es decir, hubo cambios entre las proporciones de tipos y combinaciones de mascarillas empleadas tanto en lugares públicos como en el trabajo.

En relación a la frecuencia, el personal evita salir innecesariamente, se encontró que el porcentaje acumulado de 79.4% que incluye a las frecuencias de siempre y muchas veces (medidas preventivas) tuvo un valor alto y similar a los casos anteriormente analizados, tomando en cuenta las medidas de prevención para evitar el contagio por COVID-19 como lo describen (Romero-Saritama *et al.*, 2021). Se toman en cuenta las medidas de prevención brindadas por el centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC, *et al.*, 2020). Por otro lado, un 20.6% se encontraron en condiciones de vulnerabilidad de contagio con COVID-19 debido a la frecuencia con la que el personal asistió a reuniones sociales desde el inicio de la pandemia, incluyó haber interactuado con amigos, actividades religiosas, haber ingresado a centro comerciales, teatros y otros ambientes más.

Existió aumento de la incidencia de la enfermedad por COVID-19 en el mes de febrero la cual fue de 24.3 por cada 100 personas del personal de enfermería. Por lo que se debe de considerar la necesidad de continuar aplicando las prácticas de prevención, como el distanciamiento de 1.5 metros, la utilización de equipo de protección personal según el nivel de atención y proveer de espacios de alimentación que provean la distancia correspondiente.

Respecto a la protección inmunológica, se recomienda la administración de vacunas a todo el personal de salud, como la vacuna anual contra la gripe y las vacunas antineumocócicas conjugadas, puesto que dichas vacunas protegen contra infecciones que suponen una contribución importante a la mortalidad por causas respiratorias en las personas según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021; Espinoza-Mora, *et al.*, 2018).

Debido a que la estrategia aplicada fue de índole retrospectiva, se tuvo el cuidado de minimizar los sesgos que acompañan a este tipo de diseño. El concerniente al sesgo de selección de la muestra, se obtuvieron 77 casos y 88 controles, lo que permitió tener casi una proporción de 1 por 1, representativo de las diferentes áreas de cuidado del hospital. En el sesgo de información, donde se procuró estructurar una herramienta de encuesta y así reducir también el sesgo por memoria (Manterola & Otzen, 2015).



Una de las limitantes del estudio fue que no se contó con el total de la población a encuestar en casos; sin embargo, es representativa para el estudio, dado que fue calculada estadísticamente. En relación a la caracterización de los casos positivos, el encuestado era quien refería contar con un resultado de laboratorio positivo a SARS-CoV-2, por lo que existe la posibilidad que no se hayan incluido infecciones asintomáticas no detectadas oportunamente.

Los hallazgos podrían ser el principio de nuevos estudios relacionados con los resultados, sobre las medidas de protección y de relación de la vacuna de neumococo, como prevención a la COVID-19, así como la verificación de los factores que determinaron las medidas necesarias para disminuir el contagio de la enfermedad en el personal de salud.

Identificar los factores de riesgo asociados al contagio de la COVID-19 en el personal de enfermería de un hospital del seguro social de Guatemala.

Conclusiones. Se identificó como factor de riesgo de contagio a la COVID-19, la asociación entre las características sociodemográficas y laborales; aunque no significativamente para contraer el virus. La enfermedad mayoritariamente se presenta en el personal auxiliar de enfermería que contrajo la enfermedad y se encontraron en la edad de 18 a 37 años.

De las variables analizadas como sospechosas de factores de riesgo para COVID-19, solo la variable sobre vacunación de Neumococo, resultó estadísticamente significativa. Esta variable se comportó como un factor protector o de beneficio, cuando el personal no se vacunó contra esta enfermedad.

Los resultados del estudio, evidenciaron que las medidas de prevención y prácticas utilizadas por el personal de enfermería, fueron aplicadas adecuadamente según área de trabajo para disminuir el riesgo de contraer la enfermedad de COVID-19. Sin embargo, se evidenció la variación de las prácticas utilizadas fuera de lo laboral.

## Referencias

- Aguilar-Gamboa, F. R. & Suclupe-Campos, D. O. (2021). Utilidad y uso masivo de mascarillas frente a virus respiratorios: a propósito de la COVID-19. *Archivo Médico Camagüey*, 25(6). <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8262/4174>
- Calcoen, B., Callewaert, N., Vandenbulcke, A., Kerstens, W., Imbrechts, M., Vercruyse, T., Dallmeier, K., Van Weyenbergh, J., Maes, P., Bossuyt, X., Zapf, D., Dieckmann, K., Callebaut, K., Thibaut, H. J., Vanhoorelbeke, K., De Meyer, S. F., Maes, W. & Geukens, N. (2022). High Incidence of SARS-CoV-2 Variant of Concern Breakthrough Infections Despite Residual Humoral and Cellular



- Immunity Induced by BNT162b2 Vaccination in Healthcare Workers: A Long-Term Follow-Up Study in Belgium. *Viruses*, 14(6), 1257, pp. 1-22. <https://doi.org/10.3390/v14061257>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC]. (2020). *Medidas de prevención del COVID-19*. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>
- Ciorba-Ciorba, F. R., Flores-Benítez, J., Hernández-Iglesias, R., Inglés-Torruella, J. & Olona-Cabases, Ma. M. (2021). Factores de riesgo de contagio de la Covid-19 en personal sanitario. *APRL Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(4), pp. 370-382. <https://dx.doi.org/10.12961/aprl.2021.24.04.04>
- Chung, N.C., Miasojedow, B., Startek, M., Gambin, A. (2019). Jaccard/Tanimoto similarity test and estimation methods for biological presence-absence data. *BMC Bioinformatics*, 20(Suppl 15), 644, pp. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12859-019-3118-5>
- Espinoza-Mora, M. del R., Lazo-Páez, G. & Schauer, C. (2019). Inmunización en personal de salud. *Acta Médica Costarricense*, 61(1), pp. 6-12. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022019000100006&lng=en&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100006&lng=en&lng=es)
- Johns Hopkins University. (2021). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)*. Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPA]. (2021). *Situación de COVID-19 en Guatemala*. Gobierno de Guatemala. <https://tablerocovid.mspas.gob.gt/>
- Manterola, C. & Otzen, T. (2015). Los Sesgos en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3), pp. 1156-1164. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022015000300056>
- Moreno-Casbas, M. T., Abad-Corpa, E., Albornos-Muñoz, L., Casado-Ramírez, E., Camacho-Bejarano, R., Cidoncha-Moreno, M. A., Company-Sancho, M. C., Esteban-Sepúlveda, S., Feria-Raposo, I., González-María, E., González-Pisano, A. C., Iruzubieta-Barragán, F. J., Meijome-Sánchez, X. M., Moreno-Casbas, M. T., Muñoz Jiménez, D., Orts-Cortés, M. I., Pinilla-Navas, L., Rich-Ruiz, M., Rodríguez-Baz, P., Sánchez-López, D., M. Vidal-Thomàs, M. C. (2020). Factores relacionados con el contagio por SARS-CoV-2 en profesionales de la salud en España. Proyecto SANICOVI. *Enfermería clínica*, 30(6), pp. 360-370. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.021>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Encuesta OEDA-COVID: Impacto de la pandemia por Covid-19 durante el año 2020 en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial adictivo*. Ministerio de Sanidad, Secretaría del Estado de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Prevención y control de infecciones en los centros de*



atención de larga estancia en el contexto a la COVID-19: orientaciones provisionales, 21 de marzo de 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331643>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Evaluación de los factores de riesgo de enfermedad por el coronavirus de 2019 entre trabajadores de salud: Protocolo para un estudio de casos y testigos*, 26 de mayo de 2020. [https://www.who.int/es/publications/i/item/assessment-of-risk-factors-for-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)-in-health-workers-protocol-for-a-case-control-study](https://www.who.int/es/publications/i/item/assessment-of-risk-factors-for-coronavirus-disease-2019-(covid-19)-in-health-workers-protocol-for-a-case-control-study)
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Actualización Epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) - 30 de octubre de 2021*. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-30-octubre>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of Americas*. <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>
- Porru, S., Spiteri, G., Monaco, M. G. L., Valotti, A., Carta, A., Lotti, V., Diani, E., Lippi, G., Gibellini, D. & Verlato, G. (2022). Post-Vaccination SARS-CoV-2 Infections among Health Workers at the University Hospital of Verona, Italy: A Retrospective Cohort Survey. *Vaccines*, 10(2), 272, pp. 1-13. <https://doi.org/10.3390/vaccines10020272>
- Romero-Saritama, J. M., Simaluiza, J. & Fernandez, H. (2021). Medidas de prevención para evitar el contagio por la COVID-19: de lo cotidiano a lo técnico-científico. *Rev Esp Salud Pública*, 95, e202104051, pp. 1-14. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272021000100188&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100188&lng=es&tlng=es)
- Rosa, O., Domínguez, A. & Malpica, C. C. (2008). PRINCIPIOS BIOÉTICOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA. *Acta bioethica*, 14(1), pp. 90-96. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100012>
- Sabetian, G., Moghadami, M., Hashemizadeh Fard Haghighi, L., Shahriarirad, R., Fallahi, M. J., Asmarian, N. & Moeini, Y. S. (2021). COVID-19 infection among healthcare workers: A cross-sectional study in southwest Iran. *Virology Journal*, 18, 58, pp. 1-58. <https://doi.org/10.1186/s12985-021-01532-0>
- Valera-Felices, J. L., Gimeno-Cardells, A., Gimeno-Peribañez, M. Á., Díaz-Pérez, D., Miranda-Valldares, S. & Peña-Otero, D. (2021). Factores de riesgo asociado a la infección por SARS-CoV-2 entre los profesionales sanitarios de España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(3), pp. 397-404. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0971>
- Vera-Cohaila, B. A. (2021). Factores de riesgo para COVID-19 en el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, marzo-diciembre 2020. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(3), e1382, pp. 1-7. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n3.03>