

11

Cuidado Multidisciplinario de la Salud **BUAP.**

Año 6, Número 11 • Diciembre 2024 - Mayo 2025
ISSN: 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

BUAP®



Cuidado multidisciplinario de la salud **BUAP**

Año 6 • Número 11 • Diciembre de 2024 a Junio de 2025
ISSN: 2954-4319 • 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

Francisco Javier Báez Hernández
Director

Vianet Nava Navarro
Secretaria Académica

Miguel Angel Zenteno López
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Marcela Flores Merlo
Secretaria Administrativa

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP

Francisco Javier Báez Hernández
Director de la Revista

Erick Alberto Landeros Olvera
Editor Ejecutivo

Rosa María García Aguilar
Editora de Redacción

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 6, N° 11, Diciembre de 2024 a Junio de 2025, 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. Editor Responsable: Dr. Erick Landeros Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reservas 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, Dr. Francisco Javier Báez Hernández, fecha de última modificación, Noviembre de 2024.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.



Cuidado multidisciplinario de la salud BUAP

Año 6 • Número 11 • Diciembre de 2024 a Junio de 2025
ISSN: 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

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 Ribeirao 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

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

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP. Año 6, N° 11, Diciembre de 2024 a Junio de 2025, 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. Editor Responsable: Dr. Erick Landeros Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reservas 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, Dr. Francisco Javier Báez Hernández, fecha de última modificación, Noviembre de 2024.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Índice

Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP
Año 6 • Número 11 • Diciembre de 2024 a Junio de 2025
ISSN 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

EDITORIAL

6 Lo científico-político de la enfermería contemporánea: una mirada desde la ciencia de frontera

Ramiro Altamira-Camacho

INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

12 Relación de Depresión y Calidad de Vida en Mujeres con Diagnóstico de Cáncer de Mama

Karen Lizeth Castillo-Rojas, Clemente Cordero-Sánchez, María de las Mercedes Nuri Reyes-Vázquez, Monserrat Morales-Alducín, Natalia Ramírez-Girón

28 Distorsión en la percepción materna del peso en niños que acuden a guarderías del IMSS en la Frontera Norte de México

Anahí Zayna Almeida-Robles, María Concepción de Luna-López, Juana Trejo-Franco, Luis Flores-Padilla

46 Consumo de Tabaco y Dependencia a la Nicotina en Profesionales de Enfermería

Guillermo Castillo-Martínez, Luis Fernando Morales-Cruz, Jorge Luis Arriaga-Martínez, Teresa Aspera-Campos, Ricardo Lara-Pérez, Edgar Noé Morales-García

63 Asociación de la inteligencia emocional y el rendimiento académico en estudiantes de enfermería

Miriam Fajardo-Cerviño, Johana Abigail Servín-Camacho, Ana Karina Piedra-Rojas, Maricela Muñoz-Gómez, Ruth Magdalena Gallegos-Torres, Adriana Martínez-Díaz, Sarket Gizah Juárez-Nilo

80 Inserción laboral en los egresados de la licenciatura en Enfermería generación 2020 en Nayarit

Juan Daniel Robles-Padilla, Verónica Benítez-Guerrero, Juan Daniel Suárez-Máximo, Jailene Ramírez-González, Beatriz Alejandra Villareal-Flores

EVIDENCIA CIENTÍFICA

96 Modelo de permanencia de memoria incidental en familiar de primer grado descendiente de Alzheimer

Claudia Guadalupe Álvarez-Huante, Hilda Saray Contreras de la Fuente, María de Jesús Jiménez-González

ESTUDIOS DE CASO Y PROCESO

113 Proceso Enfermero aplicado a un paciente post COVID-19 con ansiedad y deterioro de la movilidad física

Román Vázquez-Ovado, Elizabeth Muñoz-Ortiz, Gerardo Torrers-Méndez

131 Proceso de Atención de Enfermería en Paciente con Síndrome de Fragilidad del Anciano

Ángel Gabriel Flores-Meléndez, Amayrami Yamileth Pérez-Méndez, Jonás Fentanes-Soto, Ilsa Vinalay-Carrillo, Leoncio Miguel Rodríguez-Guzmán

COMUNICACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

149 Narrativa de enfermería: la enfermedad terminal de Jesenia

Rosa del Rocío Pinargote-Chancay, Yasmin Alejandra Castillo-Merino, Lorena María Loo-Alvarado, Katherine Monserrate Villacreses-Merino

Editorial

Lo científico-político de la enfermería contemporánea: una mirada desde la ciencia de frontera

Ramiro Altamira-Camacho  0000-0003-3403-6901

Universidad Autónoma de Aguascalientes, Centro de Ciencias
de la Salud, Aguascalientes, México.

ramiro.altamira@edu.uaa.mx

La enfermería ha evolucionado significativamente, atravesando etapas marcadas por desarrollos científicos y transformaciones sociales y políticas (Martínez, 2024). Actualmente, se encuentra en una fase científico-político, que integra avances científicos con una creciente conciencia de las implicaciones políticas en la práctica de la enfermería. De acuerdo con la tendencia contemporánea del pensamiento enfermero, este editorial explora cómo lo político se manifiesta en la enfermería contemporánea, más allá del idealismo humanista que pregona un “cuidado humanizado” (Altamira, 2023), se utilizan enfoques de la sociología crítica, la evolución histórica de la enfermería y el psicoanálisis, como campo de estudio de la subjetividad. Se piensa a la enfermería como transdisciplinar o una ciencia de frontera.

La fase “científico-político” de la enfermería se beneficia de enfoques multidisciplinares que amplían su comprensión y práctica. De este modo busca responder problemas de salud complejos (transdisciplina). El psicoanálisis ofrece una perspectiva valiosa para explorar cómo lo político se entrelaza con la subjetividad y la práctica clínica en enfermería. Lacan argumenta que el inconsciente está estructurado como un lenguaje y las formaciones del inconsciente están influenciadas por la estructura social y política (Azaretto, 2019). En la enfermería contemporánea, esto se traduce en cómo las relaciones de poder y las dinámicas sociales influyen en la subjetividad de pacientes y enfermeras.

**Cuidado
Multidisciplinario
de la Salud BUAP**



Las relaciones de poder en el entorno de trabajo de la enfermería pueden afectar la comunicación, las interacciones y la toma de decisiones. Esto último es conocido como “sufrimiento moral” (de la Cruz Alvarado, 2021). Las enfermeras deben navegar por una jerarquía que influye en su identidad y autonomía. Además, las estructuras sociales y políticas influyen en la percepción y el valor de la profesión de enfermería. Reconocer estas influencias inconscientes ayuda a las enfermeras a comprender mejor sus motivaciones y las dinámicas interpersonales en su práctica diaria.

Por otro lado, existe una diferencia entre la política y lo político, esta radica en su enfoque y ámbito de aplicación. “La política” se refiere a las prácticas, estrategias, instituciones y procesos concretos mediante los cuales se organiza, gobierna y administra una sociedad, incluyendo la toma de decisiones y la gestión del poder. Mientras que “lo político” abarca una dimensión más fundamental y abstracta, relacionada con la esencia del conflicto, la organización del orden social, y las estructuras de poder subyacentes que determinan cómo se define y distribuye lo común en una sociedad. Mientras que la política se ocupa de las acciones y procedimientos específicos, lo político se centra en los fundamentos filosóficos y conceptuales del poder y la organización social.

Lo político puede verse como la expresión de conflictos y deseos inconscientes en la esfera pública (Rossi, 2020). La lucha por el poder, la autoridad y el reconocimiento en el ámbito de la salud puede entenderse como una externalización de conflictos internos relacionados con el deseo, la agresión y la búsqueda de identidad (Martínez-Ruiz, 2021). En la enfermería, estas luchas se manifiestan en la búsqueda de reconocimiento profesional y la defensa de la autonomía en la toma de decisiones clínicas. Comprender estos deseos y conflictos internos permiten gestionar mejor las interacciones y promover un entorno de trabajo colaborativo y equitativo.

Si se mira la enfermería a partir de la sociología crítica, lo político en la enfermería puede entenderse como las relaciones de poder en el ámbito de la salud. Las enfermeras no solo brindan cuidados, sino que también navegan y desafían estructuras jerárquicas dentro de los sistemas de salud. Las decisiones sobre la asignación de recursos, políticas de salud y condiciones laborales de las enfermeras están profundamente entrelazadas con dinámicas de poder que afectan a profesionales y pacientes.

La relación de la enfermería con lo político se manifiesta en la necesidad de justificar y reafirmar su identidad y cuerpo de conocimiento dentro del sistema de salud y la academia. La evolución de la enfermería de una vocación a una disciplina profesional ha implicado no solo el desarrollo de competencias científicas y técnicas, sino también la lucha por el reconocimiento y la legitimación de su rol único en el cuidado de la salud humana (Altamira-Camacho, 2022). Esta lucha no es solo interna, sino que se extiende a la esfera pública y política, donde la enfermería debe constantemente defender, justificando su importancia y su capacidad para asumir roles críticos en la salud pública.



La relación de la enfermería con lo político y el psicoanálisis converge en la necesidad de una reflexión crítica sobre su práctica, tanto desde una perspectiva de legitimación profesional como de ética y poder. En ambos casos, se enfatiza la importancia de justificar y reafirmar su identidad y cuerpo de conocimiento, no solo dentro del sistema de salud y la academia, sino también en la esfera pública y política. Esta lucha por el reconocimiento implica desarrollar competencias científicas y técnicas mientras se defiende el rol único de la enfermería en el cuidado de la salud humana.

El psicoanálisis también abarca la dimensión ética y política de la práctica clínica. En la enfermería, esto implica una reflexión crítica sobre las prácticas y decisiones clínicas, considerando los aspectos técnicos, científicos, éticos y políticos (Zaretsky, 2017). Las enfermeras deben ser conscientes de cómo sus acciones y decisiones pueden perpetuar o desafiar las estructuras de poder existentes. Esto incluye abogar por los derechos y el bienestar de los pacientes, cuestionar prácticas que perpetúan desigualdades (Moreno-Preciado, 2018).

Desde una perspectiva foucaultiana, —aunque Michel Foucault no es estrictamente un psicoanalista— se puede hablar de cómo las relaciones de poder y el biopoder influyen en la subjetividad y la psique de los individuos. Lo político, en este sentido, se relaciona con la manera en que las instituciones, normas y discursos moldean la identidad y la conducta de las personas (Petrovskaya, 2022). En la enfermería, esto se manifiesta en cómo las políticas de salud, las prácticas institucionales y los discursos médicos configuran la percepción de enfermeras y pacientes. Comprender y cuestionar el biopoder permite a las enfermeras abogar por cambios que promuevan la equidad y la justicia en la atención sanitaria (Amezcuza, 2009; Firpo, 2021).

Históricamente, la enfermería ha sido una profesión predominantemente femenina, con raíces en el cuidado y la compasión, aspectos tradicionalmente desvalorizados en comparación con otras disciplinas. Sin embargo, figuras como Florence Nightingale y líderes del movimiento de enfermería profesional comenzaron a desafiar estas percepciones, luchando por el reconocimiento y la profesionalización de la enfermería (Serrano Fuentes, 2020). Esta lucha no solo fue por el reconocimiento científico, sino también por la dignidad y autonomía de las enfermeras, marcando una dimensión política inherente a la evolución de la profesión.

La ideología dominante del paradigma biomédico ha situado tradicionalmente a las enfermeras en roles subordinados. Sin embargo, el reconocimiento creciente de la enfermería basada en la evidencia y el avance de la investigación en enfermería han comenzado a desafiar esta hegemonía. Las enfermeras están reivindicando su papel como científicas y líderes en salud, transformando la ideología que sustenta la práctica de la salud.

La resistencia y la búsqueda de emancipación son componentes esenciales de lo político en la enfermería. Las enfermeras deben ser actores clave en movimientos por la reforma del sistema



de salud, abogando por políticas que promuevan la equidad y el acceso a la atención sanitaria. Además, el empoderamiento de las enfermeras a través de la educación y formación continua es una forma de resistencia contra estructuras opresivas que históricamente han limitado su autonomía y desarrollo profesional.

La enfermería contemporánea también enfrenta el desafío de abordar la interseccionalidad, reconociendo cómo las identidades múltiples y formas de opresión se interceptan en la atención de pacientes y en la vida profesional de las enfermeras. La perspectiva transdisciplinar (más allá de lo multidisciplinar), es crucial para comprender y abordar desigualdades en salud que afectan a individuos y grupos, promoviendo una práctica de enfermería más inclusiva y equitativa.

El análisis crítico de desigualdades estructurales en salud revela cómo políticas y prácticas de salud pueden perpetuar o mitigar disparidades (Borrerll, 2008). Las enfermeras, trabajando en la primera línea de la atención sanitaria, están en una posición única para identificar y combatir desigualdades, abogando por políticas que promuevan justicia social, equidad en salud y que revitalicen el saber de cuidado de los propios ciudadanos (Herrera Justicia, 2020).

La etapa “Científico-Política” de la enfermería es un momento histórico donde los avances científicos se integran con una conciencia crítica de las dimensiones políticas de la profesión. Las enfermeras están desafiando estructuras de poder tradicionales abogando por políticas justas, equitativas y reivindicando su papel como líderes en salud. Esta integración de lo científico y lo político en la enfermería fortalece la profesión, contribuye a mejorar los sistemas de salud y a promover la justicia social (Gutiérrez Velázquez, 2023).

La enfermería, en esta fase, redefine su identidad y papel en la sociedad, consolidándose como una fuerza vital en la ciencia y política de la salud. Además, el discurso alrededor de la epistemología y ontología de la enfermería revela cómo la profesión se posiciona y negocia su espacio dentro de un sistema de salud que a menudo privilegia enfoques biomédicos y tecnocráticos. Por lo tanto, la enfermería se enfrenta al desafío de desarrollar su enfoque en el cuidado desde la transdisciplina, mientras navega y se adapta a las demandas y restricciones impuestas por las políticas de salud y las estructuras institucionales. Este proceso, que incluye la articulación de su conocimiento y prácticas, es intrínsecamente político, ya que involucra la dinámica de poder, la legitimación y la reivindicación de su espacio en la sociedad.



Referencias

- Altamira-Camacho, R. (2022). Una justificación para comprender la naturaleza y estructura del conocimiento en enfermería. *Index De Enfermería*, 31(1), 1-3. <https://doi.org/10.58807/index-enferm20224741>
- Altamira-Camacho, R. (2023). Epistemología de la enfermería: de las visiones del mundo y su adecuación al método científico. *Temperamentvm*, 19, e14221. <https://doi.org/10.58807/tmpt-vm20235776>
- Amezcuca, M. (2009). Foucault y las enfermeras: Pulsando el poder en lo cotidiano. *Index De Enfermería*, 18(2), 77-79. <https://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/7779.php>
- Azaretto, C. y Brollo, E. F. (2019). *El psicoanálisis y la política*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Argentina.
- Borrell, C. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012
- Firpo, R. E. (2021). Epistemología en Enfermería. Una revisión del acto de cuidar desde Michel Foucault, el modelo de Roper, Logan & Tierney y el concepto de “bildung” de Gadamer. *Hermeneutic*, (19), 42–55. <https://doi.org/10.22305/hermeneutic-unpa.n19.a2021.765>
- Gutiérrez Velázquez, A. S., Vázquez Velázquez, N. & Altamira Camacho, R. (2023). Enfermería como una postura política para la implementación de la justicia social. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 10(1), 177-185. <https://doi.org/10.35383/cietna.v10i1.823>
- Herrera Justicia, S. (2020). Pérdida de saberes y habilidades cuidadoras en la familia: la enfermería como agente revitalizador. *Index De Enfermería*, 28(4), 169-170. <https://ciberindex.com/c/ie/e32841>
- de la Cruz Alvarado, M. G., Rangel Palacios, A. & Altamira Camacho, R. (2020). Sufrimiento Moral: una revisión de literatura. *Ética De Los Cuidados*, 13, e12994. <https://ciberindex.com/c/et/e12994>
- Martínez Martín, M. L. & Chamorro Rebollo, E. (2023). *Historia de la enfermería. Evolución Histórica del cuidado enfermero* (4.ª edición). ELSEVIER.
- Martínez-Ruíz, R. (2021). *Psicoanálisis, deconstrucción y crítica de lo psicopolítico*. Akal.
- Moreno Preciado, M. (2018). Hacia una antropología del cuidar. *Index De Enfermería*, 27(3), 113-114. <https://ciberindex.com/c/ie/e31957>
- Petrovskaya, O. E. (2022). 21st-Century Canadian Nursing at a theoretical crossroads: Between American Nursing theory and British-Australian Post-structural theorizing. En *Nursing theory*,

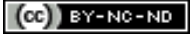


postmodernism, post-structuralism, and Foucault (1ª ed., pp. 1-19). Routledge.

Rossi, M. A. & Mancinelli, E. (2020). *La política y lo político: en el entrecruzamiento del posfundacionismo y el psicoanálisis*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani, CLACSO. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iig-uba/20200923022929/La-politica-y-lo-politico-IIG>

Serrano-Fuentes, N. (2020). Nightingale y el reconocimiento social de una heroína. *Temperamentvm*, 16, e13215. <https://ciberindex.com/c/t/e13215>

Zaretsky, E. (2017). *Freud. Una Historia Política Del Siglo XX*. Paidós.

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/>

**Relación de Depresión y Calidad de Vida en Mujeres con
Diagnóstico de Cáncer de Mama
Relationship between Depression and Quality of Life in Women
Diagnosed with Breast Cancer
Relação entre depressão e qualidade de vida em mulheres com
diagnóstico de câncer de mama**

Castillo-Rojas, Karen Lizeth  0009-0002-4241-0828

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Licenciada en Enfermería.
karen.castillors@udlap.mx

Cordero-Sánchez, Clemente  0000-0002-3175-9664

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Maestría en Psicología Clínica
clemente.cordero@udlap.mx

Reyes-Vázquez, María de las Mercedes Nuri  0000-0003-3318-0215

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Maestría en Ciencias de Enfermería.
maria.nuri@udlap.mx

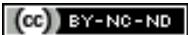
Morales-Alducín, Monserrat  0000-0003-1982-5451

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Doctorado en Ciencias de Enfermería.
monserrat.morales@udlap.mx

***Ramírez-Girón, Natalia**  0000-0002-8312-6287

Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México.
Doctorado en Ciencias de Enfermería. *Autor corresponsal.
natalia.ramirez@udlap.mx

Recibido: 30 de mayo de 2024. **Aceptado:** 09 de septiembre de 2024.

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

Objetivo. Estimar el efecto de la depresión sobre la calidad de vida (CV) en mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama.

Método. Cuantitativo, correlacional y transversal. Los datos se obtuvieron por medio de la cédula de datos, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ C-30 y su anexo BR23. La muestra fueron 110 mujeres con Cáncer de Mama.

Resultados. El 64.5 % tienen entre 39-58 años, el 64.5 % tienen pareja, el 76.4 % son amas de casa. El 50.9 % no tienen depresión, el 42.8 % presentó depresión leve y moderada, mientras que el 6.4 % depresión grave. Sobre los resultados de CV se obtuvo una media de 76.8 en el estado de salud global y se encontró una correlación moderadamente negativa y significativa entre la depresión y la escala de salud Global ($\rho = -.306, p = .001$). La depresión explica el 13 % de la varianza de la CV (R^2 ajustada=.13; $F(1,109) = 17.9; p \leq .0001$) y los síntomas (efectos secundarios, síntomas de mama, brazo y pérdida de cabello) explican el 15 % de la CV (R^2 ajustada=0.15; $F(1,109) = 20.9; p \leq .0001$).

Conclusión. Existe una correlación moderadamente negativa pero significativa entre la depresión y la escala de salud global, una correlación negativa moderadamente alta y muy significativa entre la depresión y la CV, además de una correlación moderadamente alta negativa y muy significativa entre la depresión y la escala de síntomas. La depresión y los síntomas generan un efecto significativo sobre la CV.

Palabras clave: Depresión, Calidad de Vida, Cáncer de Mama.

ABSTRACT

Objective. Estimate the effect of depression on quality of life (QoL) in women diagnosed with Breast Cancer.

Method. Quantitative, correlational and transversal. The data were obtained through the data sheet, the Beck Depression Inventory-II and the EORTC Quality of Life Questionnaire QLQ C-30 and its annex BR23. The sample was 110 women with Breast Cancer.

Results. 64.5 % are between 39-58 years old, 64.5 % have a partner, 76.4 % are housewives. 50.9 % did not have depression, 42.8 % presented mild and moderate depression, while 6.4% presented severe depression. Regarding the QoL results, a mean of 76.8 was obtained in the global health status and a moderately negative and significant correlation was found between depression and the Global health scale ($\rho = -.306, p = .001$). Depression explains 13 % of the variance in QoL (adjusted $R^2 = .13$; $F(1,109) = 17.9; p \leq .0001$) and symptoms (side effects, breast and arm symptoms, and hair loss) explain 15% of the QoL (adjusted $R^2 = .15$; $F(1,109) = 20.9; p \leq .0001$).

Conclusion. There is a moderately negative but significant correlation between depression and the global health scale, a moderately high and very significant negative



correlation between depression and QOL, in addition to a moderately high negative and very significant correlation between depression and the scale. of symptoms. Depression and symptoms generate a significant effect on QoL.

Keywords: Depression, Quality of Life, Breast Cancer.

RESUMO

Objetivo. Estimar o efeito da depressão na qualidade de vida (QV) em mulheres diagnosticadas com Câncer de Mama.

Método. Quantitativo, correlacional e transversal. Os dados foram obtidos por meio da ficha de dados, do Inventário de Depressão de Beck-II e do Questionário de Qualidade de Vida da EORTC QLQ C-30 e seu anexo BR23. A amostra foi de 110 mulheres com Câncer de Mama.

Resultados. 64,5 % têm entre 39-58 anos, 64,5 % têm companheiro, 76,4 % são donas de casa. 50,9% não apresentaram depressão, 42,8% apresentaram depressão leve e moderada, enquanto 6,4 % apresentaram depressão grave. Em relação aos resultados de QV, obteve-se média de 76,8 no estado global de saúde e foi encontrada correlação moderadamente negativa e significativa entre depressão e a escala Global health ($\rho = -.306$, $p = .001$). A depressão explica 13 % da variância na QV (R^2 ajustado = .13; $F(1,109) = 17,9$; $p \leq .0001$) e os sintomas (efeitos colaterais, sintomas de mama e braço e perda de cabelo) explicam 15 % da QV (R^2 ajustado = .15; $F(1,109) = 20,9$; $p \leq .0001$).

Conclusão. Há uma correlação moderadamente negativa, mas significativa entre a depressão e a escala global de saúde, uma correlação negativa moderadamente alta e muito significativa entre a depressão e a QV, além de uma correlação negativa moderadamente alta e muito significativa entre a depressão e a escala. de sintomas. A depressão e os sintomas geram um efeito significativo na QV.

Palavras-chave: Depressão, Qualidade de Vida, Câncer de Mama

Introducción

El Cáncer de Mama (CM) es el tipo de cáncer más común con más de 462,000 nuevos casos anuales y es la segunda causa de muerte en mujeres de América Latina; se estima que para el año 2040 el número de diagnóstico de CM aumentará un 39 % (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). Debido a su morbilidad, esta patología no sólo constituye un problema para el paciente, sino que implica un problema de salud pública a nivel regional (Alvarado *et al.*, 2017).



En México, el CM es la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres mayores de 25 años, tan sólo en el año 2019 la tasa de mortalidad fue de 19.6 defunciones por cada 100.000 mujeres de 25 años y más; conforme aumenta la edad, la proporción de mujeres que fallecen por este cáncer es mayor de 15.8 muertes por cada 100 mil mujeres de 40 a 49 años y en mujeres de 50 a 59 años esta cifra aumenta a 29.4 y para aquellas con edad de 60 años y más la cifra se duplica a 47.6 por cada 100 mil (Instituto Nacional de las Mujeres [INM], 2021). Es importante resaltar que, en la mayoría de casos el diagnóstico médico se presenta en estadios clínicos avanzados por lo cual, se genera retraso en el tratamiento médico, convirtiéndose en una etapa compleja para el individuo que padece CM, la familia y el sistema de salud dado que, no solo se deben asumir acciones médicas relacionadas con cambios físicos propios del padecimiento, además, se deben generar acciones que contribuyan a modular la respuesta emocional derivada del diagnóstico (Correa, 2017; Martínez-Pérez *et al.*, 2020).

Por un lado, dicha respuesta emocional se fundamenta en sentimientos negativos como el miedo, la ansiedad y en la mayoría de los casos, la depresión. Este último trastorno se caracteriza por la presencia de tristeza, falta de concentración, pérdida de interés, baja autoestima, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito y sensación de cansancio; se presenta en al menos 25 % de los casos de mujeres con CM (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Por otro lado, la depresión sigue siendo un trastorno habitualmente mal diagnosticado, que no recibe tratamiento adecuado y que afecta del 15-25 % de las pacientes con padecimientos oncológicos (García-Hernández, López-Guevara, Cano-Fajardo, Avila-Medina, Duran-Badillo & Ponce-Martínez, 2020). Generalmente, este trastorno interfiere con la habilidad de la paciente para afrontar su enfermedad y aceptar el tratamiento, lo que lleva al aumento del tiempo de hospitalización, agudizando el número e intensidad de los síntomas físicos y por lo tanto disminuyendo su calidad de vida relacionada con la salud (Rivera-Cruzatt *et al.*, 2022).

La calidad de vida (CV) relacionada con la salud es el resultado de un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la paciente y su medio ambiente, entre factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), factores psicológicos (personalidad, sistema de valores, creencias y expectativas), soporte social y familiar (recibido o percibido). Por esto, su evaluación debe ser indispensable en la valoración continua del paciente con cáncer, ya que su deterioro genera un impacto psicológico en la vida del paciente, lo que puede ocasionar dificultades para cumplir los roles sociales, familiares y de trabajo (Dinapoli *et al.*, 2021).

De acuerdo con la revisión de la literatura, se han encontrado altos porcentajes de depresión en mujeres con cáncer (Céspedes & Aparicio, 2017), existe asociación significativa y positiva de la depresión con síntomas físicos que alteran la calidad de vida y dificultan el diagnóstico médico de depresión en mujeres con CM (Garduño-Ortega *et al.*, 2021; Valderrama & Sanchez, 2018). Adicio-



nalmente, se sabe que a mayor nivel de depresión existe mayor alteración de la salud global de la calidad de vida y mayores episodios de diarrea; además, la depresión influye y explica los síntomas desagradables y el dolor en personas con cáncer (Hernández Silva, Ruiz Martínez, González Escobar, González-Celis Rangel, 2020; Salvetti, Machado, Donato & Silva, 2020). Por último, una revisión sistemática indica que las mujeres latinas/hispanas reportan menor calidad de vida relacionada con la salud, mayor carga de síntomas asociados, peores niveles de bienestar psicológico y social en comparación con otros grupos étnicos, sin embargo, se detectaron mejores niveles de bienestar espiritual y afrontamiento basado en la espiritualidad (Samuel, Mbah, Elkins, Pinheiro, Szymeczek, Padilla, Walker & Corbie-Smith, 2020; Hortense, Bergerot & Domenico, 2020).

En este sentido la evidencia muestra que es indispensable comprender el efecto general del cáncer en un paciente, percibiéndolo como una persona completa en lugar de ver al paciente como una enfermedad que necesita ser curada. Dado lo anterior, se planteó el siguiente objetivo: estimar el efecto de la depresión sobre la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de CM.

Metodología

Diseño cuantitativo, correlacional y transversal. La población fueron mujeres con CM derechohabientes de un Hospital General del Estado de Puebla, México. Se incluyeron mayores de 18 años con diagnóstico de CM, que desearon participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron las mujeres que expresaron alguna alteración auditiva, visual o cognitiva que impidiera responder los cuestionarios. Se eliminaron las participantes que no contestaron completamente los instrumentos de recolección de datos. El muestreo fue no probabilístico, el cálculo de la muestra se realizó con la fórmula de poblaciones finitas, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %; la muestra final quedó conformada por 110 mujeres con diagnóstico de CM.

Para la recolección de los datos se utilizaron tres cuestionarios: 1) cédula de antecedentes generales y datos sociodemográficos, elaborada específicamente para la población de estudio, consta de dos apartados: en la primera parte se indagan edad, estado civil, grado de estudios, ocupación actual, etapa de enfermedad durante el diagnóstico y si recibió atención psico-oncológica; el segundo apartado, solo es aplicable si la paciente fue sometida a una mastectomía, en caso de ser así se pide elegir entre algunos incisos para saber si conoce el tipo de cirugía a la que fue sometida, el tiempo y si se le realizó una reconstrucción mamaria.

2) Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), de auto informe compuesto por 21 afirmaciones que evalúan cómo se han sentido las últimas dos semanas y si han estado presentes síntomas



correspondientes a tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, inconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. Cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 puntos, excepto los ítems 16 (cambios en los hábitos del sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. La puntuación mínima es 0 y máxima es 63, estableciendo cuatro puntos de corte para graduar la severidad de los síntomas en: no depresión 0-9 puntos, depresión leve 10-18 puntos, depresión moderada 19-29 puntos y depresión grave 30 puntos. Se ha registrado buena consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.85 (Atencio-Osorio, Carrillo-Arango & Ramírez-Vélez, 2022).

3) Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 y su anexo para cáncer de mama BR23: incluye 30 preguntas con respuesta tipo Likert que van de 1 a 7 puntos para el estado de salud global y de 1 a 4 puntos para el resto de los ítems. El inventario cuenta con cinco escalas funcionales: físico, de rol, cognitivo, emocional y social. La escala de síntomas: fatiga, dolor, náuseas y vómito, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea, dificultades financieras. Una escala que evalúa el estado de salud global. El módulo suplementario que se empleó para la investigación fue el módulo de CM BR23 diseñado para diferentes modalidades de tratamiento como cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. El cuestionario CM BR23 incluye 23 ítems, con respuesta tipo Likert de 1 a 4 puntos y cuenta con siete escalas multi-ítem: efectos secundarios al tratamiento, síntomas del brazo, síntomas de la mama, imagen corporal, pérdida de cabello, funcionamiento y disfrute sexual. El método de puntuación es el mismo que el empleado para las escalas funcionales, de síntomas y de un ítem en el cuestionario QLQ-C30. El método de puntuación para calificar estas escalas es el mismo en todos los casos: primero se debe estimar el promedio de los ítems que contribuyen a la escala, siendo este el puntaje bruto. Posteriormente se usa una transformación lineal para estandarizar el puntaje bruto, de modo que todas las escalas tengan una puntuación de 0 a 100, se considera una puntuación mayor a 60 como buena/aceptable calidad de vida, por lo que una puntuación de escala alta de funcionamiento representa un alto (“mejor”) nivel de funcionamiento, un puntaje alto para el estado de salud global representa un estado de salud global alto, pero un puntaje alto para una escala de síntomas representa un alto (“peor”) nivel de sintomatología. El instrumento fue validado por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (siglas en inglés EORTC) en población mexicana e hispanohablante con un alfa de Cronbach de entre 0.87 (Fayers et al., 2001).

Se utilizó el Paquete Estadístico Para Ciencias Sociales (PECS) versión 19, se realizó la descripción de las variables de estudio mediante estadística descriptiva por medio de distribución de



frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad. Posteriormente se aplicó la prueba de bondad de Kolmogórov-Smirnov para conocer la distribución de los datos en la curva de normalidad y de acuerdo con esto ($p < .05$), se determinó el uso de estadística no paramétrica para conocer la correlación entre las variables utilizando el coeficiente de correlación por rangos ordenados de ρ de Spearman. Para determinar la proporción de la varianza se utilizaron modelos de regresión lineal simple, previo a la realización de las pruebas estadísticas, se verificó el cumplimiento de los supuestos para cada prueba. Se realizaron modelos de regresión lineal para determinar el efecto de las variables depresión y escala de síntomas sobre la CV.

El estudio se apegó al Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), garantizando así la dignidad, protección y bienestar de las personas que participaron en el estudio; se utilizó el consentimiento informado. Se consideró una investigación sin riesgo. El proyecto fue avalado por un comité de ética de una universidad privada del Estado de Puebla.

Resultados

La muestra fueron 110 mujeres con CM, el 64.5 % de las mujeres estuvo en un rango de edad entre 39-58 años, el 64.5 % de las mujeres tiene pareja, el 63.7 % cuentan con educación básica, el 76.4 % de las mujeres son amas de casa.

Respecto al CM, el 52.7 % de las mujeres recibió atención psico-oncológica a partir del diagnóstico de cáncer. Respecto a la etapa del CM en la que se encontraban cuando fueron diagnosticadas, casi la mitad de la muestra desconocía la etapa en la que se encontraba (45.5 %). Sobre el manejo terapéutico, el 68.1 % recibió algún tipo de tratamiento y cabe anotar que, el 6.4 % desconoce el manejo que está llevando. La mayoría desconoce el tipo de mastectomía realizada (ver [Tabla 1](#)).

Tabla 1. Antecedentes generales y datos sociodemográficos de la muestra de estudio.

Variable	f	%	Variable	f	%
Edad			¿Recibió atención psico-oncológica?		
18 a 28 años	3	2.7	Si	58	52.7
29 a 38 años	9	8.2	No	52	47.3
39 a 48 años	34	30.9	Etapa de la enfermedad durante el diagnóstico		
49 a 58 años	37	33.6	Temprana	39	35.5
> 68 años	12	10.9	Localmente avanzada	18	16.4
Estado Civil			Metastásica	3	2.7
Soltera	19	17.3	Desconoce	50	45.5
Viuda	11	10.0	Tratamiento actual		
Casada	56	50.9	Quimioterapia	57	51.8
Separada	9	8.2	Radioterapia	3	2.7
Unión libre	14	12.7	Hormonoterapia	15	13.6
Otros	1	.9	Ninguna	28	25.5
Grado de estudios			Desconoce	7	6.4
Educación inicial	9	8.2	Tipo de mastectomía		
Educación básica	61	55.5	Mastectomía parcial	2	1.8
Educación media-superior	15	13.6	Mastectomía total	17	15.5
Educación superior	10	9.1	Mastectomía radical	7	6.4
Educación tecnológica	6	5.5	Mastectomía radical preservadora de piel	1	.9
Sin grado de estudios	9	8.2	Cirugía oncoplástica	3	2.7
Ocupación actual			Sin mastectomía	37	33.6
Empleada	12	10.9	Desconoce	43	39.1
Desempleada	6	5.5	Reconstrucción mamaria		
Jubilada	1	.9	Temprana	8	7.3
Ama de casa	84	76.4	Tardía	6	5.5
Otros	7	6.4	Sin reconstrucción	87	79.1
Tiempo de mastectomía			Desconoce	9	8.2
Menor a un año	23	20.9	Lado de mastectomía		
De 1 a 2 años	33	30.0	Derecha	28	25.5
Mayor a 3 años	18	16.4	Izquierda	44	40.0
No aplica	36	32.7	Bilateral	3	2.7
			No aplica	35	31.8

Fuente: DGS, Puebla 2018.

Nota. n=110.



Respecto al nivel de depresión, la mitad de la muestra reporta no tener depresión (50.9 %), sin embargo, el 49.2 % reporta tener algún grado de depresión (ver [Tabla 2](#)).

Tabla 2. Nivel de depresión de la muestra de estudio.

Nivel de depresión según Beck-II	<i>f</i>	%
No depresión	56	50.9
Depresión leve	28	25.5
Depresión moderada	19	17.3
Depresión grave	7	6.4

Fuente: BDI-II, Puebla 2018.

Nota. $n=110$.

Con relación al nivel de la calidad de vida en las mujeres con CM, en la escala de Salud Global se obtuvo una media de 76.8 (DE = 21.90). Las escalas funcionales que obtuvieron mayores puntuaciones fueron en el Funcionamiento de Rol y Funcionamiento Cognitivo, respectivamente; las puntuaciones más bajas fueron en el Funcionamiento Sexual y Disfrute Sexual. En la Escala de Síntomas se obtuvo una puntuación más baja en Náuseas, Vómitos y Diarrea, esto quiere decir que la frecuencia de estos síntomas contribuye a una mejor CV; las puntuaciones más altas se presentaron en Fatiga e Insomnio, lo que indica que estas dos situaciones contribuyen a empeorar la CV (ver [Tabla 3](#)).

Tabla 3. Calidad de vida de la Muestra de Estudio.

EORTC QLQ C-30	<i>X</i>	<i>DE</i>
Estado Global de Salud	76.82	21.90
Escala funcional		
Funcionamiento físico	83.39	16.57
Funcionamiento de rol	84.85	21.71
Funcionamiento emocional	76.44	22.99
Funcionamiento cognitivo	84.09	18.80
Funcionamiento social	83.33	22.91
Escala de síntomas		
Fatiga	26.46	22.11
Náuseas y vomito	10.76	17.86
Dolor	22.58	24.37
Disnea	11.21	22.24
Insomnio	24.85	27.25
Pérdida de apetito	17.88	26.58
Estreñimiento	17.58	27.35
Diarrea	10.91	22.17
Dificultades financieras	34.24	34.52
CM BR23		<i>DE</i>
Escala funcional		
Imagen corporal	80.91	23.44
Funcionamiento sexual	14.55	22.47
Disfrute sexual	38.89	35.24
Perspectivas del futuro	57.88	36.87
Escala de síntomas		
Efectos secundarios al tratamiento	23.77	20.47
Síntomas de la mama	21.06	21.73
Síntomas del brazo	21.41	21.42
Pérdida de cabello	20.78	29.13

Fuente: EORTC QLQ C-30 y BR23, Puebla 2018.

Nota. n=110



Se encontró correlación entre la depresión y la escala de salud global ($\rho = -.306, p < .001$), una correlación entre depresión con la escala funcional de Calidad de Vida ($\rho = -.606, p < .001$). También se obtuvo una correlación entre el nivel de Depresión y la Escala de Síntomas ($\rho = .624, p = .001$).

Se realizaron modelos de regresión lineal simple para determinar la proporción de la varianza que explica la depresión sobre la CV. El modelo que mejor ajustó reporta que la depresión explica el 13 % de la varianza de la CV (R^2 ajustada = .13; $F(1,109) = 17,9; p \leq .0001$). Los síntomas (efectos secundarios, síntomas de mama, brazo y pérdida de cabello) explican el 15 % de la CV (R^2 ajustada = .15; $F(1,109) = 20,9; p \leq .0001$).

Discusión

A partir del diagnóstico y tratamiento del CM, la vida personal, social y familiar de las pacientes se ve afectada, por lo que la valoración del estado de salud no sólo debe centrarse en los tratamientos clínicos o intervenciones médicas, también se debe considerar la percepción del paciente sobre su enfermedad, por lo que resulta indispensable evaluar la presencia de trastornos mentales, como la depresión y su afectación sobre el nivel de calidad de vida en las pacientes con trastornos oncológicos.

En relación con las características sociodemográficas de la muestra de estudio, al menos dos tercios de las mujeres se encuentran en un rango de edad de 39 a 58 años, lo que concuerda con las cifras reportadas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2016) acerca de la incidencia del CM en mujeres de este mismo grupo etareo en México, siendo la edad promedio de diagnóstico 54.9 años. Esto puede estar relacionado con el cese de los procesos hormonales fisiológicos que afectan a las mujeres alrededor de los 50 años y sus consecuencias, dado que ya no tienen función protectora para evitar la replicación incontrolada de células malignas y/o cancerígenas.

Sobre el estado civil de las pacientes, se observó que más de la mitad de las mujeres se encontraban casadas o con algún tipo de relación afectiva, lo que concuerda con los resultados de Sánchez, Figueroa, Cacho y Robles (2016) en México. De igual manera los datos se asemejan a lo reportado por diferentes autores (Espinoza-Valdivia, Mogrovejo-Olivera & Bromely Cueva, 2023) en Perú respectivamente. El hecho de contar con una pareja afectiva podría favorecer la percepción de apoyo emocional y social, amortiguar los efectos emocionales del tratamiento contra el CA debido a acciones terapéuticas altamente agresivas; esto puede coincidir con el hecho de que la mitad de las mujeres de la muestra no registran ningún nivel de depresión.

En torno a la formación académica, la mayoría de las mujeres solo contaban con educación básica, situación similar a lo reportado por diversos autores (Arceo-Martínez, López-Meza,



Ochoa-Zarzosa, Palomera-Sanchez, 2021) quienes manifestaron la importancia de la educación y la alfabetización en salud como herramienta esencial en las acciones de prevención y detección oportuna de alteraciones mamarias. A pesar del bajo nivel educativo reportado por las pacientes, casi dos octavas partes de las mujeres se encontraban en etapa temprana de la enfermedad en el momento del diagnóstico de CM; lo que concuerda con lo reportado por Sánchez, Figueroa, Cacho y Robles (2016), resultado que podría estar relacionado con las acciones realizadas por los entes gubernamentales en salud para mejorar la educación en torno a la promoción y prevención del CM que contribuyen a la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno (OPS, 2024).

Sobre el tratamiento quirúrgico de las mujeres, se encontró que menos de la cuarta parte de las mujeres fue sometida a una reconstrucción mamaria, lo que difiere con lo reportado en Perú por Espinoza-Valdivia, Mogrovejo-Olivera & Bromely Cueva (2023) donde más de la mitad de las mujeres tiene una reconstrucción mamaria; procedimiento que resulta, en la mayoría de los casos, indispensable en el tratamiento oncológico ya que ofrece amplios beneficios físicos evitando la metástasis de células cancerígenas a lo largo del cuerpo, pero de acuerdo con diversos autores (Gil-Olarte, Gil-Olarte, Gómez-Molinero, Guil, 2022; Lovelace *et al.*, 2019) es la acción más agresiva y con más impacto negativo en términos psicológicos, dado que se concibe como una *mutilación necesaria*, lo que puede disminuir el nivel de autoestima y aumentar los sentimientos negativos, tales como, la inseguridad y la depresión (Sociedad Mexicana de Oncología, A.C., 2017).

En cuanto a la relación entre la depresión y la CV en pacientes con CM, se identificó una fuerte relación negativa, es decir que aquellas mujeres que presentaban mayor depresión tenían menor calidad de vida, estos resultados apoyan lo establecido por Garduño-Ortega *et al.* (2021) y Akel *et al.* (2017), quienes mencionan que las mujeres latinas y Libanesas sobrevivientes de CM con mayor depresión presentan menor calidad de vida, por lo que se expone la importancia de evaluar el estado psicológico de las mujeres con CM, para identificar medidas preventivas que como consecuencia puedan disminuir la CV y su funcionamiento.

Así mismo, se ha identificado diversos factores que influyen en la CV de las mujeres con CM, de acuerdo con diversos autores (Enríquez-Reyna & Vargas-Flores; Pineda-Higueta *et al.*, 2017) se ha evidenciado que la CV puede verse afectada por factores de tipo biológicos, físicos y psicológicos. De acuerdo con Pineda-Higueta *et al.* (2017) demostraron que tener menos de cincuenta años y un diagnóstico tardío de CM constituye un factor de riesgo para disminuir la CV, así mismo Enríquez-Reyna y Vargas-Flores (2017) en un estudio realizado en mujeres mexicanas del norte del país, evidenciaron que el insomnio y el impacto económico influyen en la CV de mujer con CM. Sin embargo, en la presente investigación no se observó la influencia de dichas variables, solo se identificó la influencia de la depresión en la CV, explicando un 13% de la variación. Estos resultados apoyan las investigaciones



realizadas en países como Turquía, Líbano y Túnez donde se aborda la influencia e importancia de considerar la depresión como una variable que influye en la CV de las mujeres con CM.

Adicionalmente, se encontró un efecto de los síntomas propios del tratamiento sobre la CV. Esto coincide con diversos autores que demuestran que, a pesar de establecerse un tratamiento específico para la enfermedad, dicha terapéutica es altamente agresiva y genera signos y síntomas negativos para la mujer con CM, especialmente la pérdida de cabello y las alteraciones sexuales los cuales son los síntomas más frecuentemente reportados (Mejía-Rojas, Contreras-Rengifo, Hernández-Carrillo, 2020).

En palabras de Mejía-Rojas, Contreras-Rengifo, Hernández-Carrillo (2020), “El estado emocional de una paciente resulta de la suma de la calidad de vida previa y de su papel preponderante como madre, esposa y trabajadora, además de aquellas emociones y sentimientos que evolucionan durante el diagnóstico y el tratamiento, así como de los efectos adversos de la quimioterapia”. Por eso resulta esencial, profundizar en las implicaciones físicas y psicológicas del cáncer de mama en mujeres, quienes a menudo, ejercen diversos roles en la sociedad y son el pilar fundamental de las familias y la sociedad.

El presente estudio presenta situaciones que pueden limitar el alcance y la comprensión de los resultados como: el diseño transversal, el cual, no permite realizar un seguimiento en el tiempo de las variables del estudio y limita la comprensión del fenómeno; el escaso tamaño de la muestra y el muestreo a conveniencia, lo cual puede generar sesgo en los resultados estadísticos.

Conclusión

En el presente estudio se estimó el efecto de la depresión sobre la calidad de vida (CV) en mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama, lo que evidencia que existe una correlación negativa y significativa entre la depresión y la CV, la depresión explica el 13 % de la varianza de la CV y los síntomas (efectos secundarios, síntomas de mama, brazo y pérdida de cabello) explican el 15 % de la CV. Por lo tanto, es vital no olvidar que, dentro del tratamiento de las mujeres con CM, la atención a la salud mental es esencial y puede contribuir al mejoramiento de la CV.



Referencias

- Akel, R., El Darsa, H., Anouti, B., Mukherji, D., Temraz, S., Raslan, R., Tfayli, A. & Assi, H. (2017). Anxiety, Depression and Quality of Life in Breast Cancer Patients in the Levant. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(10), 2809–2816. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.10.2809>
- Herrera-Gómez, A., Ñamendys-Silva, S. A. & Meneses-García, A. (2017). Carcionogénesis. En *Manual de oncología: procedimientos médico quirúrgicos* (pp. 19-26). McGraw-Hill.
- Arceo-Martínez, M. T., López-Meza, J. E., Ochoa-Zarzosa, A. & Palomera-Sanchez, Z. (2021). Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. *Gaceta mexicana de oncología*, 20(3), 101-110. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.21000134>
- Atencio-Osorio, M. A., Carrillo-Arango, H. A. & Ramírez-Vélez, R. (2022). Relación entre la condición física y síntomas depresivos en universitarios: un análisis transversal [Association between physical fitness and depressive symptoms in university students: a cross-sectional analysis]. *Nutricion hospitalaria*, 39(6), 1369–1377. <https://doi.org/10.20960/nh.04337>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud. (2 de diciembre de 2016). *Información Estadística Cáncer de Mama*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama>
- Céspedes, N. & Aparicio, C. (2017). Depresión y calidad de vida en mujeres con cáncer de cérvix del Hospital Regional de Encarnación. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 9(2), 32-45. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2072-81742017000200032&script=sci_arttext
- Correa Rodríguez, M. (2017). Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama: primeras reacciones emocionales. *Index de Enfermería*, 26(4), 299-302. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300015&lng=es&tlng=es
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B. & Valentini, V. (2021). Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Current Oncology Reports*, 23, 38. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>
- Enríquez-Reyna, M. C., & Vargas-Flores, M. Á. (2018). Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México: Personal factors that affect quality of life of women with breast cancer from the northeast of Mexico. *Hispanic Health Care International*, 16(2), 70–75. <https://doi.org/10.1177/1540415318786675>
- Espinoza Valdivia, N. A., Mogrovejo Olivera, N. V. & Bromley Cueva, M. L. (2023). Satisfacción y calidad de vida de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama según la reconstrucción mamaria. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 36(2), 100468. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2022.100468>
- Fayers, P., Aronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). EORTC QLQ-C30 Scoring



- Manual (3.^a ed.). European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC).
- García-Hernández, E. M., López-Guevara, S. J., Cano-Fajardo, L. E., Avila-Medina, M., Duran-Badillo, T. & Ponce-Martínez, D. (2020). Diferencias en la ansiedad y depresión por variables contextuales en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 109-118. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.38620>
- Garduño-Ortega, O., Morales-Cruz, J., Hunter-Hernández, M., Gany, F. & Costas-Muñiz, R. (2021). Spiritual Well-Being, Depression, and Quality of Life Among Latina Breast Cancer Survivors. *Journal of Religion and Health*, 60, 1895–1907. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01147-9>
- Gil-Olarte, P., Gil-Olarte, M. A., Gómez-Molinero, R., & Guil, R. (2022). Psychosocial and sexual well-being in breast cancer survivors undergoing immediate breast reconstruction: The mediating role of breast satisfaction. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e13686. <https://doi.org/10.1111/ecc.13686>
- Hernández Silva, M. A., Ruiz Martínez, A. O., González Escobar, S., González-Celis Rangel, A. L. M. (2020). Ansiedad, Depresión y Estrés asociados a la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama. *Acta de Investigación Psicológica*, 10(3), 102-111. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.362>
- Hortense, F. T. P., Bergerot, C. D. & Domenico, E. B. L. D. (2020). Quality of life, anxiety and depression in head and neck cancer patients: a randomized clinical trial. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 54, e03546, 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018040103546>
- Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (s. f.). *Sistema de Indicadores de Género*. Gobierno de México. <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/index.php>
- Lovelace, D. L., McDaniel, L. R. & Golden, D. (2019). Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(6), 713-724. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13012>
- Martínez-Pérez, D. C., Gómez-Wolff, L., Ossa-Gómez, C. A., Hernández-Herrera, G., Rivas-Bedoya, Y. & García-García, H. I. (2020). Asociación entre retraso en el diagnóstico y estadio clínico avanzado de cáncer de mama al momento de la consulta en cuatro centros oncológicos de Medellín, Colombia, 2017. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 87-102. <https://doi.org/10.18597/rcog.3410>
- Mejía-Rojas, M. E., Contreras-Rengifo, A. & Hernández-Carrillo, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica*, 40(2), 349-361. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
- Pineda-Higueta, S. E., Andrade-Mosquera, S. M. & Montoya-Jaramillo, Y. M. (2017). Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 85-95. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps16-32.facv>



- Organización Mundial de la Salud [OMP]. (13 de marzo de 2024). *Cáncer de mama*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (mayo de 2024). *Cáncer de mama*. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). *Diario Oficial de la Federación [DOF]*. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc
- Rivera-Cruzatt, F. D., Cubillas-Espinoza, P. P. & Malvaceda-Espinoza, E. L. (2022). Afrontamiento psicológico en pacientes mujeres con cáncer de mama de un hospital de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(4), 400-407. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.12322>
- Sánchez, M. S., Figueroa, C. G., Cacho, B. & Robles, R. (2016). Relación entre síntomas autonómicos con niveles de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama. *En-Claves del pensamiento*, 10(19), 145-162. <https://www.enclavesdelpensamiento.mx/index.php/en-claves/article/view/228>
- Salvetti, M. de G., Machado, C. S. P., Donato, S. C. T. & Silva, A. M. da. (2020). Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(2), e20180287, 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>
- Samuel, C. A., Mbah, O. M., Elkins, W., Pinheiro, L. C., Szymeczek, M. A., Padilla, N., Walker, J. S. & Corbie-Smith, G. (2020). Calidad de Vida: a systematic review of quality of life in Latino cancer survivors in the USA. *Qual Life Res*, 29, 2615–2630. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02527-0>
- Sociedad Mexicana de Oncología, A.C. (2017). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Séptima revisión - Colima 2017. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 16(suplemento), 1-79. <http://consensocancermamario.com/publicaciones.html>
- Valderrama Ríos, M. C. & Sanchez Pedraza, R. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 211-220. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>

Distorsión en la percepción materna del peso en niños que acuden a guarderías del IMSS en la Frontera Norte de México
Distortion in maternal perception of weight in children attending IMSS day care centers in the Northern Border of Mexico
Distorção na percepção materna do peso em crianças que frequentam creches do IMSS na fronteira norte do México

Zayna-Anahi Almeida-Robles  0000-0001-7305-1034

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 47,
Medicina Familiar, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Licenciada en Enfermería,
zanya1984@gmail.com

De Luna-López María Concepción  0000-0002-2892-9343

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 35,
Jefatura de Enfermería, Ciudad Juárez, Chihuahua, México.
Doctora en Investigación
conyx06@gmail.com

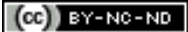
Trejo-Franco Juana  0000-0002-6482-6050

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomédicas,
Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Doctora en Ciencias de la Salud Pública.
jtrefra@yahoo.com.mx

*Flores-Padilla Luis  0000-0002-8462-9855

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomédicas,
Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Doctor en Ciencias de la Salud Pública.
*Autor corresponsal.
lflopa@uacj.mx

Recibido: 25 de julio de 2024. **Aceptado:** 28 de septiembre de 2024.

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 distorsión en la percepción de la madre respecto al estado nutricional de su hijo, podría influenciar en la adhesión al tratamiento para regularizar el peso del menor.

Objetivo. Analizar el grado de asociación de la percepción materna respecto al peso real del hijo preescolar de tres años usuarios de guardería.

Métodos. Estudio descriptivo transversal, en la cual participaron 157 binomios (madre/hijo). Se realizó estadística descriptiva de los datos sociodemográficos y un análisis de asociación a través de la prueba de Chi-cuadrada y Odds Ratio.

Resultados. Se encontró asociación significativa entre la percepción materna errónea y los niños que son obligados a comer ($p < .000$) ($OR=3.4$). En contraste se encontró una asociación similar entre la percepción asertiva y el no obligar al niño a comer ($p < .008$) ($OR=3.4$).

Discusión. Los resultados obtenidos coinciden con reportes existentes, realizados en Tailandia, Chile, México y por revisiones sistemáticas de estudios cualitativos y cuantitativos donde más del 25 % de las madres subestimaron el peso de su hijo.

Conclusiones. Se encontró una alteración nutricional en el 33.7 % de los preescolares, siendo el exceso ponderal el de mayor incidencia. De estos menores el 68 % de los niños fueron subestimados por sus madres a pesar de tener peso normal.

Palabras clave: Percepción, Preescolar, Estado nutricional, Peso corporal.

ABSTRACT

Introduction. Distortion in the mother's perception of her child's nutritional status could influence adherence to treatment to regularize the child's weight.

Objective. To analyze the association between the mother's perception of the weight and actual weight of her three-year-old preschool child attending day-care centers.

Methods. Cross-sectional descriptive study, with the participation of 157 binomials (mother/child). Descriptive statistics of sociodemographic data and an analysis of association by means of the Chi-square test and Odds ratio were performed.

Results. A significant association was found between negative maternal perception (inadequate) and children who are forced to eat ($p < .000$) ($OR=3.4$). In contrast, the same association was found between positive perception (adequate) and NOT forcing the child to eat ($p < .008$) ($OR=3.4$).

Discussion. the results obtained confirm existing evidence in other studies; conducted in Thailand, Chile and Mexico, as well as systematic reviews of qualitative and quantitative studies where more than 25 % of mothers underestimated their child's weight.

Conclusions. Nutritional alteration was found in 33.7 % of preschoolers, being overweight



the one with the highest incidence. Within this 68 % of the children were underestimated by their mother's despite having normal weight.

Keywords: Perception, Preschool, Nutritional Status, Body Weight.

RESUMO

Introdução. A distorção na percepção da mãe sobre o estado nutricional do seu filho poderia influenciar a adesão ao tratamento para regularizar o peso da criança.

Objetivo. Analisar a percepção materna do peso das crianças de três anos de idade em idade pré-escolar utilizando creches.

Métodos. Estudo descritivo transversal, com a participação de 157 binômios (mãe/filho). Foram realizadas estatísticas descritivas de dados sociodemográficos e uma análise de associação utilizando o teste do Qui-quadrado e o Odds ratio.

Resultados. Foi encontrada uma associação significativa entre a percepção materna negativa (inadequada) e o facto da criança ser obrigada a comer ($p < .000$) ($OR=3.4$). Em contraste, a mesma associação foi encontrada entre a percepção positiva (adequada) e NÃO forçar a criança a comer ($p < .008$) ($OR=3.4$).

Discussão. os resultados obtidos confirmam provas existentes de outros estudos; realizados na Tailândia, Chile e México, bem como revisões sistemáticas de estudos qualitativos e quantitativos em que mais de 25 % das mães subestimaram o peso dos seus filhos.

Conclusões. Foram encontrados distúrbios nutricionais em 33.7 % dos pré-escolares, sendo o excesso de peso o mais prevalente. Dentro destes 68 % das crianças foram subestimadas pelas suas mães apesar de terem um peso normal.

Palavras chaves: Percepção, Peso Corporal, Estado Nutricional, Pré-Escolar.

Introducción

En general todo ser humano nace con un potencial de desarrollo psicomotor congénito determinado donde su resultado final dependerá de la combinación de estímulos genéticos, sociales, ambientales, familiares y de la alimentación proporcionada (Cigarroa *et al.*, 2016). A pesar de los numerosos esfuerzos a nivel mundial y nacional, la obesidad se ha convertido en un problema de salud cada vez mayor, cerca del 73 % de la población mexicana padece de sobrepeso de acuerdo con las estadísticas del 2018, el 35.5 % de niños/as de 5 a 11 años presentó obesidad (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2020; Shamah-Levy *et al.*, 2020). México al igual que otros países de Latinoamérica está comprometido a través de sus políticas de salud con



el plan de acción para la prevención de obesidad infantil y adolescentes (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020; Pan-American Health Organization [PHO], 2015; Secretaría de Salud de México [SS], 2018).

Un factor que pudiera influenciar en gran medida, en el problema de la obesidad infantil, es la percepción que tiene la madre, sobre la imagen corporal del peso de su hijo. La imagen corporal, implica la opinión que las personas tienen sobre su aspecto físico y los cánones aceptados por la sociedad en la que se desenvuelven (Niswah *et al.*, 2021). Dicha imagen se conforma de componentes; cognitivos, afectivos, perceptuales y conductuales (Duno *et al.*, 2019). En este sentido cada cultura crea su propio concepto de salud con relación a la imagen corporal idónea de acuerdo con la edad. En lo que se refiere a la percepción, la psicología Gestalt la define como “un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consiente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posible con el mundo circulante” (Oviedo *et al.*, 2004, pp.).

En la actualidad existen estudios que prueban como la imagen corporal está relacionada en el apego del tratamiento en las alteraciones nutricionales. Así pues, la imagen corporal marca pautas y conductas alimentarias en relación con la aceptación de dietas o tratamientos orientadas al control de peso (Cabrera *et al.*, 2013). Diversos autores han registrado que existe una distorsión en la percepción de la madre respecto a la imagen corporal de su hijo lo cual podría influenciar en la adhesión al tratamiento para regularizar el peso del menor, añadiéndolo a los factores predisponentes para el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil (Sirico *et al.*, 2019). Entonces se puede inferir que cuando la madre no percibe adecuadamente el estado nutricional de su hijo, no busca ayuda para disminuir la problemática, debido a que no considera que su hijo presente problemas con su peso corporal (Flores-Peña *et al.*, 2017). Una percepción materna asertiva del peso del hijo (PMPH), es fundamental para lograr un tratamiento efectivo del sobre peso y obesidad. Un estudio de cohorte realizado en Irlanda encontró que las madres que distorsionan la imagen del niño a los tres años tienden a distorsionarla años más adelante (Queally *et al.*, 2018).

En México, la responsabilidad del cuidado de los menores recae en las mujeres, reflejándose en la asignación del cuidado y crianza de los hijos a la madre (Instituto Nacional de las Mujeres [INM], 2018). Por esta razón la madre es el principal cuidador del niño, la mayor parte del tiempo, en días de asueto, fines de semana, vacaciones, básicamente al estar en casa fuera de horarios de trabajo. En este sentido la madre del menor juega un rol importante en el desarrollo de alteraciones nutricionales del menor, ya que es ella la principal responsable en formar los hábitos de estilo de vida que el menor llevara en su vida adulta (Cervantes-Bravo *et al.*, 2020; Manios *et al.*, 2021). Ahora bien, los patrones alimentarios establecidos durante la infancia dejan huellas que se pueden seguir en la vida



adulta. Lo que convierte a la infancia en una etapa crítica, donde se aprenden los hábitos que llevarán para desarrollar obesidad en la vida adulta. En este contexto, la familia podría ser considerada una promotora en la adquisición de sobrepeso y obesidad del menor (Duchen *et al.*, 2020).

En relación con lo anterior y tomando en cuenta que las madres mexicanas tienden a subestimar el peso de sus hijos (Ahumada-Saucedo *et al.*, 2016; Tang *et al.*, 2018). El presente estudio tiene como objetivo analizar el grado de asociación de la percepción materna respecto al peso real del hijo preescolar de tres años usuarios de guardería del IMSS de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Metodología

Estudio descriptivo asociativo y trasversal, el universo de trabajo fue en 15 guarderías de Ciudad Juárez, Chihuahua pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia con la participación de 157 binomios (madre/hijo), que cumplieron con los criterios de inclusión; madres trabajadoras, niños preescolares usuarios de guarderías afiliadas al IMSS, que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron aquellos cuestionarios incompletos.

Las variables del niño; sexo, lugar de nacimiento, Índice de Masa Corporal (IMC) de acuerdo con los parámetros de la World Health Organization (WHO) de 2023. horas de estancia en la guardería, es obligado a comer. Variables de la madre; edad, Índice de Masa Corporal (IMC), lugar de nacimiento, nivel socioeconómico (Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión [AMA], 2022), nivel académico, estado civil, tipo de familia, personas que viven en la casa del niño.

Instrumento de Percepción Materna sobre el Peso del Hijo

Validado por Pino-Montoya (2012) con un índice de confianza de .76, consta de tres preguntas de opción múltiple; pregunta uno: ¿Considera que el niño tiene? Bastante sobrepeso, Sobrepeso, Peso Normal, Bajo Peso, Desnutrición. Pregunta dos; ¿Cómo describiría el peso del niño en este momento? Muy Bajo, Bajo, Normal, Sobrepeso, Bastante Sobrepeso. Pregunta tres; ¿Cómo cree que el niño/a está? Bajo de peso, Poquito bajo de peso, Más o menos con el peso correcto, Con un poco de sobrepeso, Con sobrepeso.

De acuerdo con el estándar de oro la PMPH Se consideró asertiva cuando en la primera pregunta la madre del preescolar con bajo peso responde: Bajo Peso o Desnutrición; con peso normal refirió las respuestas; Peso normal, con sobrepeso u obesidad; Bastante sobrepeso y sobrepeso. En la segunda pregunta la madre del preescolar con bajo peso responde; Muy bajo o bajo, con peso



normal; Normal, con sobrepeso y obesidad; Sobrepeso o bastante sobrepeso. En la tercera pregunta la madre del preescolar con bajo peso, responda; Bajo de peso o poquito bajo de peso, niños con peso normal, respondan; Más o menos con el peso correcto, con sobrepeso y obesidad señalen las respuestas; Con un poco de sobrepeso o con sobrepeso y percepción errónea cuando no cumpliera con los criterios anteriores. Evaluando así la concordancia o discordancia entre el peso real del preescolar y la percepción de la madre sobre la imagen corporal de su hijo.

Se estandarizó la medición de peso en kilos y talla en centímetros del preescolar el cual fue medido por el personal de enfermería de las guarderías. Se calculó el estado nutricional de acuerdo IMC. Se incluyó una sección con variables sociodemográficas del niño y la madre.

Para realizar la recolección de los datos, el investigador principal abordó a las madres de los preescolares en el filtro de las guarderías, solicitando la participación voluntaria y por escrito, explicándoles el objetivo del estudio, así como los beneficios y posibles riesgos del estudio, garantizando el anonimato y la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento sin algún tipo de consecuencia negativa para ella o su hijo. Una vez obtenida la firma del consentimiento informado a través de un cuestionario se adquirieron datos sociodemográficos, así como el peso y la estatura de la madre, para obtener el IMC. El proyecto fue aprobado por el Comité Local de Investigación Científica del IMSS con el registro R-2021-801-010, apegado a los lineamientos y normas éticas de la misma institución.

Los datos se analizaron en el programa SPSS versión 26, se realizó estadística descriptiva de los datos sociodemográficos y un análisis de asociación a través de la prueba de Chi-cuadrada y Odds Ratio.

Resultados

De 157 preescolares, el 53.5 % son de sexo femenino, 71.3 % son originarios del Estado de Chihuahua. Referente al estado nutricional 66.2% tienen peso normal. El 42 % de los niños, necesitan de 9 a 10 horas de cuidado mientras que la madre trabaja. Cabe señalar que el 65 % de los niños corresponden a familias nucleares, en donde un 70.7 % de los hogares viven 4 personas o menos y el 13.4 % son obligados a comer ([Tabla 1](#)).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas del preescolar.

Variable		<i>n</i>	%
Sexo	Femenino	84	53.5
	Masculino	73	46.5
Lugar de nacimiento	Chihuahua	112	71.3
	Otros estados de México	7	4.5
	Estados Unidos de América	38	24.2
Índice de Masa Corporal	Bajo peso	17	10.8
	Peso normal	104	66.2
	Sobre Peso y Obesidad	36	22.9
Tipo de familia	Nuclear	102	65.0
	Nuclear extensa	25	15.9
	Monoparental	30	19.1
Personas que viven en la casa del niño y la niña	4 personas o menos	111	70.7
	5 personas o más	46	29.3
Horas de estancia en la guardería	De 2 a 4 horas	7	4.5
	De 5 a 6 horas	18	11.5
	De 7 a 8 horas	58	36.9
	De 9 a 10 horas	66	42.0
	De 11 a 12 horas	8	5.1
Es obligado a comer	Sí	21	13.4
	No	136	86.6

Fuente. Elaboración propia.

En relación con el peso promedio de los menores este fue de 15.3 kg ($DE=2.39$), su estatura de 1.0 metro ($DE=0.04$), con un IMC promedio de 16.1 ($DE= 1.80$). Referente a las madres su edad promedio fue de 31.3 años ($DE=6.07$) con un IMC de 27.3 ($DE=5.38$) ([Tabla 2](#)).



Tabla 2. Características antropométricas de la población estudiada.

Variables		<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Niño	IMC	16.1	16.1	1.80	12.30	24.30
	Peso (kg)	15.3	15.0	2.39	11.10	27.30
	Estatura (mts)	1.0	1.0	0.04	0.80	1.09
Mamá	Edad	31.3	31.0	6.07	20.00	45.00
	IMC	27.3	26.0	5.38	16.82	46.57

Fuente. Elaboración propia.

El 89.2 % de las madres tienen entre 20 a 39 años, siendo originarias del Estado de Chihuahua un 75.8 %, poco más de la mitad; el 53.5 % de ellas tienen un nivel académico superior, un 43.3 % de ellas refieren ser casadas, referente al estado nutricional el 45.9 % de las madres presentó sobrepeso ([Tabla 3](#)).

**Tabla 3.** Datos sociodemográficos de la madre.

Variable		<i>n</i>	%
Edad	20 a 39 años	140	89.2
	Mayor 40 años	17	10.8
Lugar de nacimiento	Chihuahua	119	75.8
	Otros estados	38	24.2
Nivel académico	Educación básica	26	16.6
	Media superior	47	29.9
	Superior	84	53.5
Estado civil	Soltero	30	19.1
	Casada	68	43.3
	Separado	9	5.7
	Divorciado	4	2.5
	Unión libre	46	29.3
Índice de Masa Corporal	Bajo peso	8	5.1
	Peso normal	45	28.7
	Sobrepeso	72	45.9
	Obesidad grado I	22	14.0
	Obesidad grado II	7	4.5
	Obesidad grado III	3	1.9

Fuente. Elaboración propia.

En relación con la pregunta uno; se encontró que el 68% de las madres perciben de forma asertiva el peso de su hijo de acuerdo con las mediciones realizadas; de 104 niños con peso normal el 97 % de sus madres con una percepción asertiva. Por otra parte, del 32 % de las madres que percibieron en forma errónea el peso de su hijo; el 72 % de ellas subestimaron el peso del preescolar con peso normal, mientras que el 100 % de los menores con bajo peso fue mal clasificados por su madre al ser sobrestimados; es decir, para sus madres los niños tenían un buen peso; en cambio, los menores clasificados con sobrepeso u obesidad conforme al estándar de oro y que fueron clasificados por



sus madres en forma errónea, todos fueron subestimados implicando que sus madres los perciben con peso adecuado. Siendo esta tendencia muy similar en las otras dos preguntas. Por otra parte, en los niños clasificados con peso normal de acuerdo con el estándar y que fueron clasificados en forma errónea por su madre, en general fueron subestimados es decir las madres los percibieron con menor peso, esta proporción fue incrementándose en cada pregunta.

Acerca de la pregunta dos; se encontró que el 66 % de las madres percibieron de forma asertiva el peso de su hijo de acuerdo con el estándar de oro: se muestra que de los 36 niños con sobre peso y obesidad solo el 2 % de las madres identificaron correctamente el peso de sus hijos. En sentido contrario, las madres que percibieron en forma errónea el peso de sus hijos (34 %); el 70 % de ellas subestimó el peso de su hijo. De los niños con sobrepeso y obesidad ninguna de sus madres identificó correctamente el estado nutricional del menor.

De forma semejante en la pregunta tres, se encontró que el 65 % de las madres perciben de forma asertiva el peso de su hijo de acuerdo con las mediciones realizadas, a pesar de esto de los 17 preescolares con bajo peso, el 3 % de las madres lograron reconocer adecuadamente el peso de su hijo. En cambio, el 36 % de las madres percibieron en forma errónea el estado nutricional de su hijo; el 100 % de los niños con sobrepeso y obesidad fueron subestimados por sus madres, distorsionando la imagen de su hijo ([Tabla 4](#)).

**Tabla 4.** Asertividad de la percepción materna sobre el estado nutricional de su hijo.

		Estándar de oro Percepción por palabras								
		Bajo Peso		Peso normal		Sobrepeso y Obesidad		Total		
Percepción materna		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
La madre del niño; considera que el niño tiene:	Asertiva	4	24	101	97	2	6	107	68	
	Errónea	13	76	3	3	34	94	50	32	
	Total	17	100	104	100	36	100	157	100	
	Percepción errónea									
	Subestimación	0	0	2	67	34	100	36	72	
	Sobrestimación	13	100	1	33	0	0	14	28	
	Total	13	100	3	100	34	100	50	100	
La madre del niño; cómo describiría el peso del niño en este momento.	Asertiva	2	12	98	94	3	8	103	66	
	Errónea	15	88	6	6	33	92	54	34	
	Total	17	100	104	100	36	100	157	100	
	Percepción errónea									
	Subestimación	0	0	5	83	33	100	38	70	
	Sobrestimación	15	100	1	17	0	0	16	30	
	Total	15	100	6	100	33	100	54	100	
La madre del niño; cree que el niño/a está.	Asertiva	4	24	94	90	3	8	101	65	
	Errónea	13	76	10	10	33	92	56	36	
	Total	17	100	104	100	36	100	157	100	
	Percepción errónea									
	Subestimación	0	0	9	90	33	100	42	75	
	Sobrestimación	13	100	1	10	0	0	14	25	
	Total	13	100	10	100	33	100	56	100	

Fuente. Elaboración propia.



En el estado nutricional y la percepción materna el asertividad de sobrepeso y obesidad es de 5.6 %, y erróneo en un 94.4 % (**Tabla 5**).

Tabla 5. Riesgos relacionados con la percepción negativa.

Percepción Materna	Estado de Nutrición			Total n %
	Bajo peso n %	Peso normal n %	Sobrepeso/obesidad n %	
Asertiva	4 (23.5)	101 (97.1)	2 (5.6)	107 (68.1)
Errónea	13 (76.5)	3 (2.9)	34 (94.4)	50 (31.8)
Total	17 (100)	104 (100)	36 (100)	157 (100)

Fuente. Datos de la investigación.

Discusión

La obesidad infantil se ha convertido en un problema de Salud Pública aumentando cada vez más su prevalencia a nivel mundial (Jebeile *et al.*, 2022; Marcet Franco *et al.*, 2021). El sobrepeso y obesidad infantil someten al niño a problemas de salud que antes eran considerados de los adultos como la hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes, según la Asociación Española de Pediatría (2007). La obesidad presenta orígenes complejos multifactoriales incluyendo factores sociales (García *et al.*, 2020; Gomes *et al.*, 2023). El ambiente familiar es crucial en el desarrollo de hábitos alimenticios donde el papel de según la madre juega un papel primordial en el desarrollo de hábitos saludables de nutrición de sus hijos (Harrison *et al.*, 2018; Rozas *et al.*, 2019). La madre puede influir en los hábitos negativos de alimentación de sus hijos, contribuyendo significativamente en la obesidad infantil que llevara consigo consecuencias perjudiciales para la salud en el futuro adulto (Flores-Peña *et al.*, 2021). Diversos estudios han dirigido su atención a un factor subestimado, como lo es la percepción que tiene la madre sobre el peso de su hijo, dificultando así que la madre intervenga en el problema (Ah Hong *et al.*, 2019; AlRodhan *et al.*, 2019; Harrison *et al.*, 2018; Rozas *et al.*, 2019).

Diversos estudios han señalado una relación con la percepción errónea de la madre sobre el peso de su hijo con prácticas nutricionales y de estilo de vida que interfieren con el tratamiento en sobrepeso y obesidad infantil al percibir a su hijo con peso normal contribuyendo a malos hábitos



de alimentación del menor (AlRodhan *et al.*, 2019; Flores-Peña *et al.*, 2021; Hidalgo Mendez *et al.*, 2019; Padilla-Vinueza *et al.*, 2022).

En el presente estudio, la edad promedio de las madres fue de 20-39 años parecidos a los reportados por Rozas *et al.* (2020). Referente al nivel académico de las mismas a diferencia en donde reporta en su mayoría madres con educación básica, las madres encuestadas en nuestra investigación refieren un nivel académico medio superior. A diferencia de otros estudios la proporción de madres con sobrepeso del 45 % fue mayor en esta población estudiada (García *et al.*, 2019; Harrison *et al.*, 2018; Hidalgo Mendez *et al.*, 2019).

La prevalencia combinada detectada del 22.9 % de sobrepeso y obesidad infantil en esta investigación, fue menor a la reportada de 31.6 % por Sirico (2019). Sin embargo, parecida a la población estudiada por Harrison con más del 50 % de los niños evaluados (Harrison *et al.*, 2018).

Pese a estas diferencias en la población estudiada, la percepción errónea de la madre sobre el peso de su hijo con sobrepeso y obesidad encontrada en el presente estudio no es muy diferente a los de señalados por otras investigaciones donde existe una tendencia de las madres a subestimar el peso de sus hijos (Gomes *et al.*, 2023; Sirico *et al.*, 2019; Rozas *et al.*, 2020).

De acuerdo con el objetivo del presente estudio, al analizar el grado de asociación de la percepción materna con el peso real de su hijo preescolar, los resultados obtenidos confirman la evidencia existente en otros estudios quienes encontraron que un gran porcentaje de las madres no identifica correctamente el peso de sus hijos siendo la subestimación del peso el error más común. Parecido a los resultados se encontró que 94% de las madres de los infantes con sobrepeso y obesidad identificaron de manera incorrecta el peso de sus hijos (Harrison *et al.*, 2018).

Los resultados se asemejan a los reportados por Rozas *et al.*, (2020), donde alrededor del 60 % de las madres percibió un peso menor al realmente presentado por el niño, así mismo refiere una relación importante entre el aumento constante de peso en los menores con la alteración de la percepción materna, lo que sugiere una escasa adhesión al tratamiento de la obesidad relacionada con la PMPH inadecuada. Llama la atención que el niño se encuentra en un estado nutricional saludable, la madre subestima el peso de su hijo, Alrodhan *et al.* (2019), reportó algo parecido en el 39.8 % de las madres quienes subestimaron el peso de su hijo a pesar de tener peso normal.

Es importante destacar la similitud de los resultados en la percepción asertiva con los obtenidos en Tailandia donde refiere una percepción asertiva fue de 59.2 % (Ah Hong *et al.*, 2017). Algo semejante se encontró al estudiar a madres latinas en Texas donde un poco menos del 40 % de ellas percibieron adecuadamente el peso de su hijo (Hidalgo *et al.*, 2019).



Referente a la inadecuada identificación del peso del infante las madres subestimaron el peso de sus hijos en un 72 %, lo que sugiere que perciben a un niño “grandote” como saludable lo cual coincide con (AlRodhan *et al.*, 2019; Bradbury *et al.*, 2018). De este modo Bradbury describe en su metaanálisis la falta de aceptación del problema “obesidad” por parte de los progenitores como una barrera al tratamiento de obesidad. Esto dificulta la comunicación con los profesionales de la salud sobre el problema, debido a creencias arraigadas y/o recomendaciones de diversas fuentes no profesionales, lo cual brinda información inconsistente. Aunado a la creencia de que un niño grande es normal y menos propenso a ser víctima de hostigamiento en la escuela (Ah Hong *et al.*, 2017; García *et al.*, 2019).

Conclusiones

Se encontró una alteración nutricional en poco más de un tercio los preescolares, siendo el exceso ponderal el de mayor incidencia. El 100% de los menores con sobrepeso y obesidad fueron subestimados por sus madres. Esta percepción un tanto equivocada promueve una alimentación inadecuada incrementando el riesgo de padecer obesidad y las complicaciones que derivan de la misma.

Por lo anterior se sugiere continuar con la línea de investigación referente a una intervención educativa prenatal donde se introduzcan los temas de las etapas del desarrollo de los niños y las niñas (lactante y preescolar), mitos sobre la obesidad infantil, percepción del peso del hijo a través de pictogramas donde su muestra una silueta equivalente a percentiles del estado nutrición del menor y así lograr un apego más seguro al tratamiento.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. En esta investigación no se realizaron experimentos con personas o animales. Registrado en el Comité Local de Investigación en Salud 801, con número R-2021-801-010.

Confidencialidad de los datos. En esta investigación no aparecen datos personales que permitan identificar a los participantes, a quienes se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información.

Financiamiento. Ninguno.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses, no se contó con financiamiento para la realización del estudio.



Referencias

- Ah Hong, S., Peltzer, K. & Jalayondeja, C. (2019). Parental misperception of child's weight and related factors within family norms. *Eat Weight Disord*, 24, 557-564. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0399-4>
- Aldolaim, S. (2019). Parental Perceptions of Childhood Obesity: Systematic Literature Review. *J Child Obes*, 4(1), e70, 1-5. <https://doi.org/10.36648/2572-5394.4.170>
- Ahumada-Saucedo, J. C., Trejo-Ortíz, P. M., Flores-Peña, Y. (2016). Percepción materna del peso del hijo preescolar con sobrepeso-obesidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(2), 272-280. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/909/175>
- AlRodhan, Y., AlAbdeen, Y., Saleh, E., AlFodari, E., AlSaquer, H., Alhumoud, F. & Thalib, L. (2019). Obesity and maternal perception: a cross-sectional study of children aged 6 to 8 years in Kuwait. *EMHJ*, 25(7), 435-472. <https://dx.doi.org/10.26719/emhj.18.060>
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión [AMAI]. (2022). *Nivel Socio Económico AMAI 2022, Nota Metodológica*, 1-27. https://www.amai.org/descargas/Nota_Metodologico_NSE_2022_v5.pdf
- Bradbury, D., Chisholm, A., Watson, P. M., Bundy, C. Bradbury, N. & Birtwistle, S. (2018). Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *British Journal of Health Psychology*, 23(3), 701-722. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12312>
- Cabrera Rojas, N., Rolón Arambulo, R., Garcete Mañotti, L., Sanabria, M. C., Arredondo, M. & Pizarro, F. (2013). Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional real de niños preescolares que asisten a la consulta de pediatría general. *Pediatría (Asunción)*, 40(3), 235-238. <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/112>
- Cabrerizo, L., Rubio, M. Á., Ballesteros, M. D. & Moreno Lopera, C. (2008). Complicaciones asociadas a la obesidad. *Rev. Esp. Nutr. comunitaria*, 14(3), 156-162. https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/Compliaciones_de_la_obesidad.pdf
- Cervantes-Bravo, F., Saucedo-García, R. P., Romero-Quechol, G. M. & Ríos-Morales, R. (2020). Obesidad materna como factor de riesgo de obesidad infantil. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 28(2), 82-91. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2020/eim202c.pdf>
- Cigarroa, I., Sarqui, C. & Zapata Lamana, R. (2016). Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. *Universidad y salud*, 18(1), 156-69. <https://doi.org/10.22267/rus.161801.27>
- Duchen K, Jones M, Olsen Faresjö Å, Faresjö, Ludvigsson J. (2020). Predicting the development of overweight and obesity in children between 2.5 and 8 years of age: The prospective ABIS study. *Obes Sci Pract*, 6(4), 401- 408. <https://doi.org/10.1002/osp4.418>



- Duno, M. & Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Rev Chil Nutr*, 46(4), 545-553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500545>
- Flores-Peña, Y., Acuña-Blanco, A., Cárdenas-Villarreal, V. M., Amaro-Hinojosa, M. D., Pérez-Campa, M. E. & Elenes-Rodríguez, J. R. (2017). Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. *Nutr Hosp*, 34(1), 51-58. <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/00975/show>
- Flores-Peña, Y. & Ávila-Alpírez, H. (2021). Percepción materna del peso del hijo, problemas del estilo de vida y autoeficacia para manejarlos. *AQUICHAN*, 21(2), 1-12. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.8>
- García, M. L., Crespo, N. C., Behar, A. I., Talavera, G. A., Campbell, N., Shadron, L. M. & Elder, J. P. (2019). Examining Mexican-Heritage Mothers' Perceptions of Their Children's Weight: Comparison of Silhouette and Categorical Survey Methods. *Childhood Obesity*, 16(1), 44-52. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0015>
- García L. M. T., Hunter, R. F., Haye, K., Economos, C. D. & King, A. C. (2021). Un marco conceptual orientado a la acción para soluciones sistémicas de prevención de la obesidad infantil en Latinoamérica y en las poblaciones latinas de Estados Unidos. *Obesity Reviews*, 22(s5), e13355, 1-12. <https://doi.org/10.1111/obr.13354>
- Gomes, A. I., Lemos, R., Miočević, M., Pereira, A. I. & Barros, L. (2023). Do Childcare Teachers Evaluate Children's Weight Status More Accurately Than Parents? A Brief Report. *American Journal of Health Promotion*, 37(6), 850–853. <https://doi.org/10.1177/08901171231178272>
- Gregori, D., Hochdorn, A., Azzolina, D., Berchialla, P., Lorenzoni, G. & OBEY-AD Study Consortium. (2018). Does Love Really Make Mothers Blind? A Large Transcontinental Study on Mothers' Awareness About Their Children's Weight. *Obesity*, 26(7), 1211-1224. <https://doi.org/10.1002/oby.22214>
- Harrison, M., Brodribb, W., Davies, P. S. W. & Hepworth, J. (2018). Impact of Maternal Infant Weight Perception on Infant Feeding and Dietary Intake. *MaternChild Health Journal*, 22, 1135-1145. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2498-x>
- Hidalgo-Mendez, J., Power, T. G., Fisher, J. O., O'Connor, T. M. & Hughes, S. O. (2019). Child weight status and accuracy of perceived child weight status as predictors of Latina mothers' feeding practices and styles. *Appetite*, 142, 104387. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104387>
- Instituto Nacional de las Mujeres [INM]. (2013). *El trabajo de cuidado en los hogares mexicanos, ¿responsabilidad compartida?. Documento preliminar*. México, D.F. INEGI. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Seminarios/XIVEIEG/Teresa_Jacome_Cuidado-hogares.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (26 de agosto de 2020). *México y las políticas públicas ante la*



- obesidad. Ciudad de México, Gobierno de México. <https://www.insp.mx/avisos/5091-dia-mundial-obesidad-politicas.html>
- Jebeile, H., Kelly, A. S., O'Malley, G., & Baur, L. A. (2022). Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 10(5), 351–65. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-X)
- Manios, Y., Lambert, K. A., Karaglani, E., Mavrogianni, C., Moreno Aznar, L. A., Iotova, V., Świąder-Leśniak, A., Koletzko, B., Cardon, G., Androutsos, O., Moschonis, G. & Toy Box Study Group. (2021). Prospective BMI changes in preschool children are associated with parental characteristics and body weight perceptions: the ToyBox-study. *Public Health Nutrition*, 25(6), 1-11. <https://doi.org/10.1017/S1368980021001518>
- Marcet-Franco, I. E. & Giménez-Reyes, M. B. (2021). Percepción materna y el estado nutricional real e niños de la escuela “San Vicente de Paul”. *Rev UniNorte Med*, 10(1), 137-15. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6884915>
- Niswah, I., Rah, J. H. & Roshita, A. (2021). The Association of Body Image Perception With Dietary and Physical Activity Behaviors Among Adolescents in Indonesia. *Food and Nutrition Bulletin*, 42 (S1), S109-S121. <https://doi.org/10.1177/0379572120977452>
- Organization for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2020). *La pesada carga de la obesidad. La economía de la prevención*. <https://doi.org/10.1787/2c4847ef-es>
- Ortiz-Félix, R. E., Cárdenas-Villarreal, V. M., Miranda-Félix, P. E. & Guevara-Valtier, M. C. (2021). Impacto de una intervención de educación prenatal en mujeres embarazadas para prevenir el sobrepeso en lactantes. *Gaceta Médica de México*, 157(1), 3-9. <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.19005610>
- Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, (18), 89-96. <https://doi.org/10.7440/res18.2004.08>
- Padilla-Vinueza, V. E., Tisalema-Tipan, H. D., Acosta-Gavilánez, R. I., Jerez-Cunalata, E. I., Moreno-Carrión, A. A. & Salvador-Aguilar, A. D. (2022). Obesidad Infantil y Métodos de Intervención. *Dominio de las Ciencias*, 8(1), 961-971. <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2534>
- Pan-American Health Organization [PHO]. (2015). *Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents. 53rd Directing Council 66th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Washington, D.C., USA. 2014*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49138/obesity-plan-of-action-child_eng_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pino Montoya, J. W. (2012). Características sobre la tipología y la conformación de las familias de los estratos cero, uno, dos y tres del barrio belén rincón de Medellín. *Revista Colombiana de Cien-*



- cias Sociales*, 3(1), 69-80. <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RCCS/article/view/490>
- Queally, M., Doherty, E., Matvienko-Sikar, K., Toomey, E., Cullinan, J., Harrington, J. M. & Kearney, P. M. on behalf of the Choosing Healthy Eating for Infant Health (CHERISH) study team. (2018). Do mothers accurately identify their child's overweight/obesity status during early childhood? Evidence from a nationally representative cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15, e56, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0688-y>
- Rozas, K., Huerta, P., Planett, J., Arancibia, M. & Araya, M. V. (2020). Alteración de la percepción materna sobre el estado nutricional de sus hijos ¿nuevo factor de riesgo cardiovascular? *Rev Chil Cardiol*, 39(3), 216-222. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602020000300216>
- Secretaría de Salud de México [SSA]. (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes* (1.ª ed.). México, D.F. Gobierno de México-IEPSA. <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>
- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J. A. & Rivera-Dommarco, J. (2020).
- Sirico, F., Fernando, F., Bianco, A., Loiacono, C., Nuccio, F., Gambardella, F., Palermi, S., Montagnani, S. & Biffi, A. (2019). Parental Perception of Children's Weight Status: Love Overpasses Scientific Evidence! A Cross-Sectional Observational Study. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 27, 29-34. <https://doi.org/10.1007/s40292-019-00352-2>
- Tamargo Barbeito, T. O., Gutiérrez Rojas, Á. R., Quesada Peña, S., López León, N. & Hidalgo Costa, T. (2019). Algunas consideraciones sobre aplicación, cálculo e interpretación de odds ratio y riesgo relativo. *Revista Cubana de Medicina*, 58(3), e497, 1-11. <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/497>
- Tang, A., Ji, M., Zhang, Y., Zou, J., Li, M., Yang, L. & Lin, Q. (2018). Dietary Behaviors and Caregiver Perceptions of Overweight and Obesity among Chinese Preschool Children. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15(4), e716, 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040716>
- World Health Organization [WHO]. (2023). *Body mass index-for-age (BMI-for-age)*. <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards/standards/body-mass-index-for-age-bmi-for-age>

Consumo de Tabaco y Dependencia a la Nicotina en Profesionales de Enfermería Tobacco Use and Nicotine Dependence in Nursing Professionals Consumo de Tabaco e Dependência de Nicotina em Profissionais de Enfermagem

*Castillo-Martínez Guillermo  0000-0002-6855-5622

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico,
Tampico, Tamaulipas, México. Maestría en Ciencias de Enfermería. *Autor Corresponsal.
guillermo.castillo@uat.edu.mx

Morales-Cruz Luis Fernando  0000-0003-1648-5383

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico,
Tampico, Tamaulipas, México. Enfermero Especialista en Cuidados Intensivos.
lfernando.mc@outlook.com

Arriaga-Martínez Jorge Luis  0000-0003-2231-9402

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico,
Tampico, Tamaulipas, México. Maestría en Ciencias de Enfermería.
jorge.arriaga@uat.edu.mx

Aspera-Campos Teresa  0000-0003-4005-4276

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico,
Tampico, Tamaulipas, México. Doctora en Ciencias de la Salud.
taspera@docentes.uat.edu.mx

Lara-Pérez Ricardo  0000-0001-8648-7013

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico,
Tampico, Tamaulipas, México. Maestría en Ciencias en Bioestadística.
ricardo.lara@uat.edu.mx

Morelos-García Edgar Noé  0000-0002-3344-8413

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico,
Tampico, Tamaulipas, México. Maestría en Ciencias de Enfermería.
emorelos@docentes.uat.edu.mx

Recibido: 30 de junio de 2024. **Aceptado:** 23 de septiembre de 2024.



RESUMEN

Introducción. El consumo de tabaco es un problema de salud pública en México debido al aumento que ha presentado en los últimos años, en particular los profesionales de enfermería no están exentos de incorporar a sus hábitos el consumo de la sustancia hasta la dependencia.

Objetivo. Identificar el tipo de consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina en los profesionales de enfermería de un hospital de segundo nivel en el norte de México.

Metodología. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, se empleó un muestro por conveniencia, donde fueron seleccionaron 120 profesionales de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención. Se aplicó una cédula de datos y el instrumento de Fagerström para identificar la dependencia a la nicotina.

Resultados. La edad de inicio del consumo es de 18.13 (DE =3.14), suelen consumir 5.82 cigarrillos en un día típico. El 52.5 % de los profesionales de enfermería han consumido tabaco alguna vez en su vida, el 33.3 % en el último año, el 29.2 % en el último mes y el 25 % en los últimos 7 días. El 29.2% presentan un tipo de consumo ocasional y el 16.7 % consumo diario. Muestran una dependencia baja a la nicotina ($f = 33$). Por sexo, los hombres presentan diferencias significativas ($p < .05$), por cargo, turno, experiencial profesional no presentan diferencias significativas ($p > .05$) con respecto a las prevalencias y tipos de consumo de tabaco.

Conclusión. Los profesionales de enfermería experimentan el consumo de tabaco, consumo diario y dependencia a la nicotina.

Palabras clave. Consumo de Tabaco, Dependencia a la Nicotina, Personal de Enfermería en Hospital (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Tobacco consumption is a public health problem in Mexico due to the increase it has presented in recent years, and nursing professionals in particular are not exempt from incorporating the consumption of the substance into their habits to the point of dependence.

Objective. To identify the type of tobacco use and nicotine dependence in nursing professionals of a second level hospital in northern Mexico.

Methodology. A quantitative, descriptive and cross-sectional study, a non-probabilistic convenience sample was used in which 120 nursing professionals were selected from a second level of care hospital. A data questionnaire and the Fagerström instrument were used to identify nicotine dependence.

Results. The age of onset of consumption was 18.13 (SD =3.14), they usually consume 5.82 cigarettes in a typical day. Of the nursing professionals, 52.5 % have used tobacco at some time in their lives, 33.3 % in the last year, 29.2 % in the last month and 25 %



in the last 7 days, 29.2 % had occasional use and 16.7 % had daily use. They showed low nicotine dependence ($f = 33$). By sex, men presented significant differences ($p < .05$), by position, shift, professional experience did not present significant differences ($p > .05$) with respect to prevalence and types of tobacco use.

Conclusion. Nursing professionals experience tobacco use, daily consumption and nicotine dependence.

Keywords: Tobacco Use, Dependence Nicotine, Nursing Staff Hospital (MeSH).

RESUMO

Introdução. O consumo de tabaco é um problema de saúde pública no México devido ao aumento que tem apresentado nos últimos anos, e os profissionais de enfermagem, em particular, não estão isentos de incorporar o consumo da substância nos seus hábitos até ao ponto de dependência.

Objetivo. Identificar o tipo de consumo de tabaco e a dependência da nicotina entre os enfermeiros de um hospital de segundo nível no norte do México.

Metodologia. Estudo quantitativo, descritivo e transversal, utilizou-se uma amostra não probabilística de conveniência, na qual foram selecionados 120 profissionais de enfermagem de um hospital de segundo nível de atendimento. Utilizou-se um questionário de dados e o instrumento de Fagerström para identificar a dependência de nicotina.

Resultados. A idade de início do consumo de tabaco foi de 18,13 anos (DP = 3,14), com um consumo diário típico de 5,82 cigarros. 52,5 % dos enfermeiros já consumiram tabaco em algum momento da vida, 33,3 % no último ano, 29,2 % no último mês e 25 % nos últimos 7 dias. 29,2 % fazem uso ocasional e 16,7% fazem uso diário. Apresentam baixa dependência de nicotina ($f = 33$). Por sexo, os homens apresentaram diferenças significativas ($p < 0,05$), por cargo, turno, experiência profissional não apresentaram diferenças significativas ($p > 0,05$) em relação à prevalência e tipos de consumo de tabaco.

Conclusões. Os profissionais de enfermagem vivenciam o uso do tabaco, o consumo diário e a dependência da nicotina.

Palavras chave. Uso de Tabaco, Tabagismo, Recursos Humanos de Enfermagem Hospitalar (DeCS).

Introducción

El consumo y abuso del tabaco representa un grave problema de salud pública y es globalmente reconocido por su capacidad de causar múltiples enfermedades (National Institute on Drug Abuse



[NIDA], 2021), además, por ser el principal agente de mortalidad en más de la mitad de sus consumidores, deteriorando progresivamente su salud (Cornelius *et al.*, 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). A nivel global, se estima la existencia de más de mil millones de consumidores de tabaco, de los cuales 127 millones se encuentran situados en la región de las Américas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016). En esta región, el consumo de tabaco es responsable del 16 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares, 25 % por varios tipos de cáncer y 52 % por enfermedades respiratorias crónicas (OPS, 2024), por ende, reduce la esperanza de vida de los consumidores entre 10 y 15 años (OPS, s.f.). Para 2030, se proyecta que el consumo de tabaco causará alrededor de 8 millones de muertes anuales, con un 80 % de ellas en países en desarrollo (OPS, 2016).

En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud [ENCODAT], 2017), reveló que más del 56.6 % de los adultos entre 18 y 65 años ha fumado alguna vez en su vida, con prevalencias más altas en hombres (73.8 %) en comparación con mujeres (40.9 %). El reporte también destaca que, en el último año, cerca del 23.4% de esta población fumó, siendo los hombres los más afectados (35.8 %) en comparación con las mujeres (12 %). En el norte de este país, la situación no es diferente; por ejemplo, en el Estado de Tamaulipas se reportó que el 16.5 % de su población son fumadores activos, con un 5.8% que fuma diariamente y un 10.7 % de manera ocasional.

Pese a su rol crucial en la atención de salud y en combatir problemas de salud pública, el consumo de tabaco es prevalente entre los trabajadores de la salud. Factores como el estrés y la tensión del ambiente laboral contribuyen a este fenómeno (Vidales-Jara *et al.*, 2020), se utiliza a menudo el tabaco y otras sustancias psicoactivas como mecanismos de defensa para manejar las exigencias diarias y mitigar el desgaste físico y emocional en el trabajo (Wettke Laurie, 2021; Sánchez-López *et al.*, 2020; Sánchez-Serrano *et al.*, 2018). En particular, la profesión de enfermería en el entorno hospitalario frecuentemente se enfrenta a condiciones extenuantes, tales como la exposición frecuente a la muerte, el dolor, conflictos internos, sobrecarga de trabajo, escasez de personal y recursos materiales, así como instalaciones inadecuadas. Estas circunstancias desafiantes pueden inducir a los profesionales a recurrir al uso de sustancias psicoactivas, como lo es el tabaco (Scholze *et al.*, 2017; Villalobos-Gallegos *et al.*, 2016).

Aunque la literatura en general sobre el consumo de tabaco es extensa, los estudios centrados en los profesionales de la salud, y en particular en la enfermería, son limitados. Los datos revelan variaciones significativas en las prevalencias de consumo, con algunos reportes indicando que, en los EE. UU., el 24% de las enfermeras fuman, una cifra superior al promedio nacional (Nilan *et al.*, 2019). En Argentina, un 42.8 % de los enfermeros consumen tabaco ocasionalmente (Martínez



et al., 2020), y en Uruguay, la prevalencia anual de consumo alcanza el 39.8 % (Rodríguez *et al.*, 2014). Además, se observan distintos grados de dependencia a la nicotina en el personal de salud, desde baja hasta grave (Mahdi *et al.*, 2018; Naik *et al.*, 2021).

Esta situación subraya la necesidad de abordar esta problemática en los profesionales de enfermería, quienes deben promover hábitos saludables entre sus pacientes. El consumo de tabaco no solo compromete su bienestar físico y mental, también incrementa el riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer, se eleva la tasa de ausentismo laboral; por lo tanto, se compromete la calidad de la atención que brindan a sus pacientes y por consecuencia afecta la credibilidad (Mahdi *et al.*, 2018; Xia *et al.*, 2020). Adicionalmente, al ser percibidos como modelos a seguir, si las enfermeras y enfermeros fuman, podría llevar a que sus pacientes subestimen los peligros asociados al consumo de tabaco y demuestren un menor interés por dejar de fumar (Mahdi *et al.*, 2018). Este comportamiento puede resultar en una postura más permisiva hacia el consumo de tabaco en sus pacientes, afectando negativamente su capacidad para motivar efectivamente a los pacientes a abandonar este hábito (Xia *et al.*, 2020).

Aunque hay una amplia literatura sobre el consumo de tabaco en el contexto general y en poblaciones específicas como adolescentes, adultos mayores y personal de salud, existe una notable falta de estudios centrados específicamente en los profesionales de enfermería que laboran en ambientes hospitalarios. El presente estudio busca proporcionar datos esenciales que podrán utilizarse para formular políticas futuras y desarrollar estrategias de intervención precisas y efectivas dirigidas a esta población. Al hacerlo, se busca no solo mejorar la salud de estos profesionales, sino también aumentar la calidad del cuidado que ofrecen y reforzar su función como promotores de salud. Por lo que el objetivo es describir las prevalencias, tipos de consumo de tabaco y dependencia a la nicotina en los profesionales de enfermería de un hospital de segundo nivel en el norte de México.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo y de alcance trasversal. La población estuvo conformada por el personal de enfermería que laboran en un hospital público de segundo nivel de atención que pertenece a Tampico, Tamaulipas, México. Se empleó un muestreo por conveniencia, la muestra se conformó por 120 profesionales de enfermería, quienes se encontraban accesibles en el periodo de recolección de datos durante los meses de noviembre a diciembre de 2021. Se seleccionaron hombres y mujeres, mayores de 18 años, trabajadores de enfermería (base, confianza, eventual, etc.). Se excluyeron a estudiantes o practicantes de pregrado, posgrado y pasantes de enfermería.



En primera instancia, la presente investigación se apegó a lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (2014). Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital (112/2021/CEI-HGT) se inició la recolección de los datos, se acudió a las áreas hospitalarias y durante el periodo de descanso de su jornada laboral se les invitó a participar, se compartió el propósito de la investigación a los profesionales de enfermería, se les informó que la participación era de manera voluntaria, anónima y confidencial, quienes aceptaban participar se les proporcionó un consentimiento informado, el cual fue explicado y leído al participante de manera clara, se les comunicó que la investigación se identifica con un riesgo mínimo, concientizando que su participación es totalmente voluntaria y en caso de no querer participar no presentaría ninguna repercusión laboral.

Se aplicó una cédula de datos conformada por tres secciones, la primera sección recolecta datos sociodemográficos como el sexo, edad, estado civil, grado académico, turno y área. Para las secciones siguientes se tomó como referencia la ENCODAT (2017). En la segunda sección se incluyeron las prevalencias del consumo de tabaco (global, lápsica, actual e instantánea), así como también conocer la cantidad de cigarrillos que consumen en un día típico. Por último, en la tercera sección indaga los tipos de consumo tabaco (actual, diario, ocasional, exfumador, exfumador diario y exfumador ocasional). Una vez concluida la cédula se empleó el Test de Fagerström (Heatherton *et al.*, 1991), el cual consiste en 6 reactivos, de los cuales cuatro tienen una respuesta dicotómica y dos respuestas tipo Likert de 0 a 3, el instrumento permite identificar el nivel de dependencia física a la nicotina. El puntaje puede variar de 0 a 10 (Becoña Iglesias & Lorenzo Pontevedra, 2004). En población mexicana se ha reportado una consistencia interna de .71 (Vallejo Casarín *et al.*, 2019), la presente investigación obtuvo un alfa de Cronbach de .77 y un Omega de .74.

Para el análisis de datos, se utilizó estadística descriptiva por frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y para las variables cuantitativas se empleó medidas de tendencia central, dispersión y variabilidad. Se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov (con la corrección Lilliefors) para la variable de edad, en virtud de los resultados significativos, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Para las diferencias de variables cualitativas se aplicó la Ji cuadrada y Exacta de Fisher.

Resultados

De acuerdo con resultados de los profesionales de enfermería, se presentó una media de edad de 32.17 (DE = 6.30), por sexo las mujeres obtuvieron mayor proporción (66.7 %), con respecto al estado civil, los solteros y casados presentan mayor porcentaje (45.8 % y 49.2 %, respectivamente). El 93 %



de las enfermeras cuentan con el grado de licenciatura, pero cuentan con el cargo de enfermera general (78.3 %), se encuentran distribuidas por el turno matutino ($f = 61$), vespertino ($f = 30$) y nocturno ($f = 29$), el 81 % cuenta con una experiencia profesional de 1 a 10 años y las áreas con mayor proporción de recolección de datos corresponden a cirugía general (15.8 %), pediatría 15 %, urgencias (11.7 %) y ginecología (8.3 %).

Para el consumo de tabaco, se reporta que la edad de inicio de consumo en promedio es 18.13 años (DE = 3.14) y suelen consumir en un día típico 5.82 cigarrillos (DE = 4.12). El 52.5 % de los profesionales de enfermería han experimentado alguna vez en su vida el consumo de tabaco, el 33.3 % el último año, el 29.2 % en el último mes y el 25 % en los últimos siete días; para las prevalencias lápsica, actual e instantánea suelen consumir 6 cigarrillos en un día típico y la edad en la que iniciaron su consumo es a los 17 años. Además, se identificó diferencia significativa de las prevalencias de tabaco por sexo, siendo los hombres con mayor representación en la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea ($p < .05$). De acuerdo con las áreas en las que se desempeñan los profesionales de enfermería solo presentó diferencia significativa medicina interna con la prevalencia actual e instantánea ($p < .05$). Mientras que, el grado académico, estado civil, cargo, turno y experiencia profesional no presentaron diferencias significativas con las prevalencias del consumo de tabaco (ver [Tabla 1](#)).

**Tabla 1.** Características de los profesionales de enfermería por prevalencias de tabaco.

Características	n = 120	Global		Lápsica		Actual		Instantánea	
		Si	Valor - p*	Si	Valor - p*	Si	Valor - p*	Si	Valor - p*
		n = 63 (52.5)		n = 40 (33.3)		n = 35 (29.2)		n = 30 (25)	
Edad	32.17 (6.30)	31.73 (6.78)	.283	31.30 (5.95)	.325	31.37 (6.12)	.385	31.57 (6.40)	.524
Edad Inicio del consumo	18.13 (3.14)	18.13 (3.14)		17.7 (2.48)		17.57 (2.57)		17.57 (2.67)	
Cantidad de cigarrillos	5.82 (4.12)	5.82 (4.12)		6.08 (4.15)		6.51 (4.23)		6.93 (4.41)	
Sexo									
Hombre	40 (33.3)	26 (41.3)		22 (55)		20 (57.1)		17 (56.7)	
			.05		.000		.000		.002
Mujer	80 (66.7)	37 (58.7)		18 (45)		15 (42.9)		13 (43.3)	
Área									
Urgencias	14 (11.7)	3 (4.8)		2 (5)		1 (2.9)		1 (3.3)	
Medicina Interna	26 (21.7)	17 (27)		13 (32.5)		12 (34.3)		11 (36.7)	
Oncología	4 (3.3)	3 (4.8)		3 (7.5)		3 (8.6)		2 (6.7)	
Quirófano	7 (5.8)	4 (6.3)		3 (7.5)		3 (8.6)		3 (10)	
Hemodiálisis	8 (6.7)	1 (1.6)		1 (2.5)		1 (2.9)		1 (3.3)	
Cirugía Ambulatoria	1 (0.8)	1 (1.6)	.062	1 (2.5)	.061	1 (2.9)	.049	1 (3.3)	.039
Cirugía General	19 (15.8)	12 (19)		8 (20)		7 (20)		7 (23.3)	
Consulta Externa	4 (3.3)	3 (4.8)		2 (5)		1 (2.9)		1 (3.3)	
Pediatría	21 (17.5)	12 (19.1)		5 (12.5)		4 (11.4)		3 (10)	
Ginecología	15 (12.5)	6 (8.5)		2 (5)		2 (5.7)			
Imagenología	1 (0.8)	1 (1.6)							

Fuente. Elaboración propia.

Nota. Media (DE), f (%). *Valor - p de pruebas: U de Mann-Whitney, Ji Cuadrada, Exacta de Fisher.



Se identificó que de los consumidores de tabaco el 29.2 % presenta un consumo actual, el 16.7 % diario, el 29.2 % ocasional. Además, se reporta que 5 profesionales de enfermería son exfumadores, 1 es exfumador diario y 10 exfumadores ocasionales. Respecto a la edad de inicio de consumo de tabaco por los tipos de consumo en promedio es de 17 años, la cantidad de cigarrillos que consumen de manera actual y ocasional es de 6.51 (DE = 4.23), en cambio, los que mantienen un consumo diario es de 8.55 cigarrillos (DE = 3.98). El sexo y las áreas de trabajo presentaron diferencias estadísticamente significativas con el consumo actual y ocasional y la experiencia profesional con el consumo diario (ver [Tabla 2](#)).

Tabla 2. Características de los profesionales de enfermería por tipos de consumo de tabaco.

Características	Actual		Diario		Ocasional	
	Si n = 35 (29.2)	Valor - p*	Si n = 20 (16.7)	Valor - p*	Si n = 35 (29.2)	Valor - p*
Edad	31.37 (6.12)	.385	33.25 (7.06)	.341	31.37 (6.12)	0.385
Edad Inicio del Consumo	17.57 (2.57)		17.20 (2.50)		17.57 (2.57)	
Cantidad de Cigarrillo	6.51 (4.23)		8.55 (3.98)		6.51 (4.23)	
Sexo						
Hombre	20 (57.1)	.000	10 (50)	.083	20 (57.1)	0.000
Mujer	15 (42.9)		10 (50)		15 (42.9)	
Área						
Urgencias	1 (2.9)				1 (2.9)	
Medicina Interna	12 (34.3)		6 (30)		12 (34.3)	
Oncología	3 (8.6)		2 (10)		3 (8.6)	
Quirófano	3 (8.6)		3 (15)		3 (8.6)	
Hemodiálisis	1 (2.9)	.049	1 (5)	.091	1 (2.9)	.049
Cirugía Ambulatoria	1 (2.9)		1 (5)		1 (2.9)	
Cirugía General	7 (20)		3 (15)		7 (20)	
Consulta Externa	1 (2.9)		1 (5)		1 (2.9)	
Pediatría	4 (11.4)		3 (15)		4 (11.4)	
Ginecología	2 (5.7)				2 (5.7)	

Fuente. Elaboración propia.

Nota. media (DE), f (%). *Valor - p de pruebas: U de Mann-Whitney, Ji Cuadrada, Exacta de Fisher.



Por último, se reporta que 33 profesionales de enfermería presentan una dependencia baja, con un promedio de edad de 31.45 años (DE = 6.19) y consumen en promedio 6.3 cigarrillos (DE = 4.32), en cambio solo se identificó a un profesional de enfermería que presenta dependencia media a la nicotina, tiene 26 años de edad, inició su consumo a los 18 años y consume 11 cigarrillos en un día típico (ver **Tabla 3**).

Tabla 3. Nivel de Dependencia a la Nicotina.

Características	Dependencia	
	Baja	Media
	<i>n</i> = 33 (27.5)	<i>n</i> = 1 (0.8)
Edad	31.45 (6.19)	26
Edad Inicio del Consumo	17.52 (2.63)	18
Cantidad de Cigarrillos	6.39 (4.31)	11

Fuente. Elaboración propia.

Nota. *f*(%), media (DE).

Discusión

En el presente estudio, en los profesionales de enfermería las mujeres fueron mayoría, similar a lo reportado por diversos estudios (Martínez *et al.*, 2020; Rodríguez *et al.*, 2014; Sánchez-López *et al.*, 2020; Sarna *et al.*, 2015; Scholze *et al.*, 2017; Xia *et al.*, 2020), lo cual puede entenderse porque en la profesión de enfermería existe un predominio de profesionales formados por parte de este sexo. Además, aunque los hombres constituyen la menor parte de la muestra, su prevalencia de consumo de tabaco supera a la de sus colegas mujeres, lo cual es consistente con un estudio previo realizado en China (Xia *et al.*, 2020), donde a pesar de las grandes diferencias culturales y socioeconómicas con México, se comparte que el fumar ha sido históricamente más aceptado y promovido entre los hombres que entre las mujeres, por lo cual, tanto en China (Benedict, 2021) como en México (ENCODAT, 2017), la tasa de consumo de tabaco es significativamente mayor en los hombres, por ende, presentaron diferencia significativa en los tipos de consumo actual y ocasional.

Respecto a la edad de inicio de consumo, el resultado obtenido en esta investigación es similar a la reportado en otros estudios (Martínez *et al.*, 2020; Pérez Saavedra, 2010; Sánchez-López *et al.*, 2020), lo cual es comprensible puesto que coincide con el dato reportado por la ENCODAT (2017),



donde se menciona que la edad promedio de inicio de consumo de tabaco es a los 18.1 años, y por la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2024) donde se menciona la edad de 18.8 años.

La prevalencia global, obtenida en este estudio fue de 52.5 % lo cual es alrededor de 10 % más a lo reportado por Scholze *et al.* (2017) en Brasil y menor a lo reportado por Martínez *et al.* (2020) en Argentina y Pérez Saavedra (2010) en Perú. Además, el 33.3 % de participantes tenían una prevalencia lápsica, lo cual es 20 % superior a los resultados de Scholze *et al.* (2017) y 6 % inferior a los datos de Rodríguez *et al.* (2014) en Uruguay. Asimismo, el 29.2 % consumió tabaco en el último mes, en contraste con el 3 % reportado por Pérez Saavedra *et al.* (2010). Esto guardaría relación con los resultados del Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 por la OPS (2023), donde las acciones implementadas por los gobiernos de Brasil y Perú para reducir las cifras de tabaquismo han mostrado resultados favorables, por lo cual, en estos países, el número de fumadores es menor en comparación con México y, por el contrario, Argentina y Uruguay presentan una prevalencia superior.

En cambio, al comparar los resultados de Sánchez-López *et al.* (2020) quienes realizaron investigación en el norte del estado de Tamaulipas, reportan prevalencias que superan los porcentajes obtenidos en este presente estudio, esto podría deberse, particularmente que su población corresponde a médicos, profesionales de enfermería y de apoyo, por lo que resulta difícil identificar el porcentaje obtenido en la población de profesionales de enfermería. Pero el motivo de comparación radica en que ambas investigaciones corresponden al mismo estado, la zona fronteriza de Nuevo Laredo, en cambio, la presente investigación se realizó en el sur de Tamaulipas en donde los consumidores de tabaco presentan distintos factores de riesgo por ser zona turística.

Además, la etapa de recolección de datos de la presente investigación se realizó durante el periodo de pandemia COVID-19, en donde podríamos considerar que el consumo de tabaco de los profesionales de enfermería estuvo condicionado por la situación de salud que cursaba el estado de Tamaulipas, en donde se emplearon medidas preventivas para reducción de contagio e involucraron dentro de la publicidad como factor de riesgo a los consumidores de tabaco, también podría atribuirse el temor o riesgo de contagio al ser el profesional de primer contacto con la población contagiada, por ende, esto pudo haber influido en la reducción de su consumo. Por otro lado, desde el punto de vista de políticas públicas a partir del 15 octubre del 2020 (Ley de Protección para los No Fumadores del Estado de Tamaulipas, 2020) se estableció una nueva reforma para la prohibición de fumar en áreas cerradas o con la señalización de no consumir tabaco específicamente dentro de centros de trabajo (hospitales, clínicas, centros de salud, etc.) y establecimientos comerciales o áreas cerradas sin ventilación.



Se observó significancia entre la prevalencia actual e instantánea y los tipos de consumo actual y ocasional en el área de medicina interna, posiblemente relacionada con las condiciones específicas del hospital donde se llevó a cabo la investigación. Este entorno se caracteriza por el trabajo físicamente extenuante y las limitaciones de recursos, factores que podrían influir en el aumento de estrés entre el personal de enfermería (Batanda, 2024) y dicho estrés incrementa la adopción de hábitos de consumo de tabaco entre el personal de enfermería (Scholze *et al.*, 2017). Además de los factores del entorno laboral que pueden condicionar el consumo, también existen motivos psicológicos, sociales, físicos que se relacionan con el consumo de tabaco (Sánchez-López *et al.*, 2020). Sin embargo, no se encontraron otros estudios disponibles que aborden específicamente esta relación entre el área de trabajo, prevalencia, tipos de consumo y dependencia a la nicotina, lo que destaca la relevancia de continuar investigando esta variable para comprender mejor los factores determinantes que influyen en el consumo de tabaco de los profesionales de enfermería.

Referente a los tipos de consumo actual, diario y ocasional, en este estudio se obtuvieron resultados hasta 20% superiores a los reportados por Martínez *et al.* (2020) en Argentina. Además, en esta investigación, el consumo de cigarrillos diarios es superior a los reportados en el estudio argentino (Martínez *et al.*, 2020), tal diferencia podría estar influenciada porque en el caso de esta investigación el personal pertenece a una institución pública, en contraste con el hospital argentino perteneciente al sector privado, donde posiblemente las políticas antitabaco podrían ser más estrictas, limitando el tiempo disponible para su consumo. Además, la situación económica de México es relativamente diferente en comparación con la de Argentina, por lo cual, en aquel país, posiblemente destinen una menor parte de sus ingresos a la compra de cigarrillos, dado que se ha identificado que en aquellos países donde el precio del tabaco incrementa, el consumo es menor (Guindon *et al.*, 2018), mientras que en México las políticas públicas para reducir el consumo de tabaco en la población aún se encuentran en un proceso de adaptación.

Conclusión

Este estudio se buscó identificar el tipo de consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina en los profesionales de enfermería de un hospital de segundo nivel en el norte de México. Los principales hallazgos determinaron el predominio de mujeres en la muestra, junto con la mayor prevalencia de consumo de tabaco entre los hombres, datos similares que se reflejan en las tendencias globales y culturales respecto al tabaquismo. Además, la similitud en la edad de inicio del consumo de tabaco con otros estudios y estadísticas nacionales proporciona un patrón consistente en la conducta de inicio de este hábito, por lo cual se denota la importancia de prestar atención a estas conductas



desde edades tempranas y brindar educación en la búsqueda de la disminución de esta conducta perjudicial para la salud.

A pesar de que en México ha disminuido la prevalencia del consumo de tabaco, los datos reportados en este estudio son superiores a los reportados en otros países de Latinoamérica, lo cual señala la necesidad de continuar con las políticas de control del tabaco. Además, se podría sugerir que las condiciones laborales y el entorno hospitalario pueden influir considerablemente en los hábitos de consumo de tabaco del personal de enfermería, debido a que durante las jornadas excesivas en el hospital pueden desarrollar eventos estresantes, ansiedad, estrés laboral y síndrome de burnout, los cuales de acuerdo con la literatura han establecido que pueden ser detonantes para influir en un efecto negativo a las conductas de salud de los profesionales de enfermería, por ende, involucrar la experimentación o el aumento de manera excesiva del consumo tabaco. Por último, es importante considerar las percepciones personales y culturales que radica en la población mexicana, debido a que se tiene el mito o costumbre que ante situaciones estresantes se suele involucrar el consumo de tabaco con la falsa ideología que el consumo de la sustancia reduce la ansiedad y el estrés.

La falta de investigaciones específicas sobre la dependencia a la nicotina y la relación entre el consumo de tabaco con el área de trabajo, el turno, experiencia profesional y grado académico, particularmente en los profesionales de enfermería, resalta la importancia de continuar con el abordaje de estas variables para una comprensión más efectiva de esta problemática de salud pública. Esta investigación podría guiar la implementación de estrategias más focalizadas para reducir el consumo de tabaco entre los profesionales de enfermería, contribuyendo así a un entorno de trabajo más saludable y seguro, además de una mejor salud general.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.



Referencias

- Batanda, I. (2024). Prevalence of burnout among healthcare professionals: A survey at fort portal regional referral hospital [Prevalencia del agotamiento entre los profesionales de la salud: Una encuesta en el hospital de referencia regional de Fort Portal]. *Npj Mental Health Research*, 3, 6, 1-10. <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00061-2>
- Becoña Iglesias, E. & Lorenzo Pontevedra, M. C. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*, 16(suppl. 2) 201-226. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-136852>
- Benedict, C. (2021). Tobacco, cigarettes, and women's status in modern China [Tabaco, cigarrillos y el estatus de las mujeres en la China moderna]. *Oxford Research Encyclopedia of Asian History*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190277727.013.456>
- Cornelius, M. E., Wang, T. W., Jamal, A., Loretan, C. G. & Neff, L. J. (2020). Tobacco product use among adults - United States, 2019 [Uso de productos de tabaco entre adultos - Estados Unidos, 2019]. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(46), 1736-1742. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6946a4>
- Guindon, G. E., Paraje, G. R. & Chaloupka, F. J. (2018). El impacto de los precios e impuestos sobre el consumo de productos de tabaco en América Latina y el Caribe. *American Journal of Public Health*, 108(S6), S503-S514. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302396s>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K.-O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of Fagerström Tolerance Questionnaire [El Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina: Una revisión del cuestionario de tolerancia de Fagerström]. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-27. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2024). *Encuesta global de tabaquismo en adultos México 2023*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/895921/REPORTE_COMPLETO_GATS_2023.pdf
- Ley de Protección para los No Fumadores del Estado de Tamaulipas, POE No. 125-EV. Art 1 § 3. (2020). https://normas.cndh.org.mx/Documentos/Tamaulipas/Ley_PNFE_Tamps.pdf
- Mahdi, H. A., Elmorsy, S. A., Melebari, L. A., Al-Masudi, S. M., Sharbini, D. A., Najjar, A. G. & Al-Talhi, A. M. (2018). Prevalence and intensity of smoking among healthcare workers and their attitude and



- behavior towards smoking cessation in the western region of Saudi Arabia: A Cross-sectional study [Prevalencia e intensidad del tabaquismo entre los trabajadores de la salud y su actitud y comportamiento hacia el cese del tabaquismo en la región occidental de Arabia Saudita: Un estudio transversal]. *Tobacco Prevention & Cessation*, 4, 30, 1-8. <https://doi.org/10.18332/tpc/93787>
- Martínez, R. S., Gavilán, L. M., Gómez, T. & Smith, R. (2020). Prevalencia de tabaquismo en los enfermeros del Hospital Británico en el año 2019. *Fronteras en Medicina*, 15(2), 91-98. <https://doi.org/10.31954/RFEM/202002/0091-0098>
- Naik, B. N., Biswas, B., Singh, C., Pandey, S., Nirala, S. K. & Chaudhary, N. (2021). Tobacco use pattern and quitting behaviour among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: Insights from a pan India online survey [Patrón de uso de tabaco y comportamiento de abandono entre los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19: Perspectivas de una encuesta en línea en toda la India]. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 12, 100838. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100838>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2021). *Adicción al tabaco – Reporte de investigación*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/introduccion>
- Nilan, K., McKeever, T. M., McNeill, A., Raw, M. & Murray, R. L. (2019). Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis [Prevalencia del uso de tabaco en trabajadores de la salud: Una revisión sistemática y un meta-análisis]. *PLOS ONE*, 14(7), e0220168, 1-26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220168>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#:~:text=En%202020%2C%20el%2022%2C,de%20las%20mujeres%20del%20mundo>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Informe sobre el control del tabaco en la región de las Américas. A 10 años del convenio marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28380>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57274>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Proteger a las niñas y niños de la industria tabacalera es tarea de todos*. <https://www.paho.org/es/noticias/12-6-2024-proteger-ninas-ninos-industria-tabacalera-es-tarea-todos>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Control del tabaco*. <https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco>



- Pérez Saavedra, V., Ferreira, P. S. & Pillon, S. C. (2010). Tabaquismo en las enfermeras de un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 550-556. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000700010>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [L.G.S.M.I.S.], Última reforma, Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], México. (02 de abril de 2014). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Rodríguez, C., Dotti, G. & Cuesta, A. (2014). Prevalencia de tabaquismo y sedentarismo en un grupo extenso de enfermeros de Montevideo: Relación con edad, sexo y múltiple empleo. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 29(2), 200-205. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-04202014000200008&script=sci_arttext
- Sánchez-López, L., Alonso-Castillo, M. M., López-García, K. S., Esparza-Almanza, S. E., Briones, M. R. M. & Santos, F. C. (2020). Motivos para el consumo de tabaco en trabajadores de un hospital en la frontera norte. *EUREKA Revista de Investigación Científica en Psicología*, 17(Monográfico), 172-188. <https://www.psicoeureka.com.py/publicacion/17-3>
- Sánchez-Serrano, C., Tenahua-Quitl, I., Xicali-Morales, N., Morales-Castillo, F.A., DeÁvila-Arroyo, M. L. & Torres-Reyes, A. (2018). Valores terminales, instrumentales y consumo de tabaco en el personal de salud. *Journal Health NPEPS*, 3(2), 402-412. <http://dx.doi.org/10.30681/252610102993>
- Sarna, L. P., Bialous, S. A., Králíková, E., Kmetova, A., Felbrová, V., Kulovaná, S., Malá, K., Roubíčková, E., Wells, M. J. & Brook, J. K. (2015). Tobacco cessation practices and attitudes among nurses in the Czech Republic [Prácticas y actitudes de cesación del tabaco entre las enfermeras en la República Checa]. *Cancer Nursing*, 38(6), 22-29. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000222>
- Scholze, A. R., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q. & Ribeiro, R. P. (2017). Occupational environment and psychoactive substance consumption among nurses [Entorno laboral y consumo de sustancias psicoactivas entre las enfermeras]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 404-411. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700060>
- Vallejo Casarín, A. G., Diaz Morales, K., Méndez Flores, M. M. & López Cruz, P. (2019). Sintomatología depresiva y consumo de sustancias en universitarios de Veracruz México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(4), 3255-3272. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/72379>
- Vidales-Jara, M., Delgadillo-Legaspi, M., Calderón-Botello, E., Ortega-Gámez, V., Casillas-de Lara, G. & Juárez-García, V. M. (2020). Relación entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en personal de enfermería. *Enfermería. Innovación y Ciencia*, 1(1), 1-11. <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/eic/article/download/752/763>



- Villalobos-Gallegos, L., Tiburcio-Sainz, M., Sánchez-Domínguez, R. & Marín-Navarrete, R. (2016). Estudio transversal de consumo de tabaco en trabajadores de un hospital de tercer nivel. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 2(2), 22-31. <https://doi.org/10.28931/riiad.2016.2.04>
- Wettke Laurie, C. (2021). Enfermería, riesgos psicosociales y trastornos relacionados al consumo de sustancias. *Revista Chilena de Enfermería*, 3(1), 88-113. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2021.63755>
- Xia, L., Jiang, F., Rakofsky, J., Zhang, Y., Zhang, K., Liu, T., Liu, Y., Liu, H. & Tang, Y. (2020). Cigarette smoking, health-related behaviors, and burnout among mental health professionals in China: A nationwide survey [Tabaquismo, comportamientos relacionados con la salud y agotamiento entre los profesionales de la salud mental en China: Una encuesta nacional]. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 706. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00706>

Asociación de la inteligencia emocional y el rendimiento académico en estudiantes de enfermería

Emotional Intelligence association and Academic Performance in nursing students

Associação da inteligência emocional e desempenho acadêmico em estudantes de enfermagem

Fajardo-Cerviño, Miriam  0009-0009-0807-0867

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Estudiante de Licenciatura de Enfermería en Servicio Social.
mfc64397@gmail.com

Servín-Camacho, Johana Abigail  0009-0001-2651-9922

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Estudiante de Licenciatura de Enfermería en Servicio Social.
abicamacho99@gmail.com

Piedra-Rojas, Ana Karina  0009-0000-5373-2393

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Estudiante de Licenciatura de Enfermería en Servicio Social.
karina.piedra0@gmail.com

Muñoz-Gómez, Maricela  <http://orcid.org/0009-0003-5727-9444>

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Estudiante de Licenciatura de Enfermería en Servicio Social.
marimugo812@gmail.com

*Gallegos-Torres, Ruth Magdalena  <https://orcid.org/0000-0001-8034-4089>

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Doctora en Ciencias de la Salud. *Autora correspondiente.
isisrmgx@gmail.com

Martínez-Díaz, Adriana  <https://orcid.org/0000-0001-5855-7037>

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Maestra en Ciencia y Tecnología de los Alimentos.
nutrispot.qro@gmail.com

Juárez-Nilo, Sarket Gizel  <https://orcid.org/0000-0002-4212-8622>

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Maestra en Ciencias de Enfermería
sarket.gizel@gmail.com

Recibido: 02 de mayo de 2024. **Aceptado:** 28 de septiembre de 2024.



RESUMEN

Introducción. En la inteligencia emocional, se valora la habilidad de las personas para valorar y expresar emociones con precisión.

Objetivo. Describir la asociación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en estudiantes de enfermería de una universidad pública de México.

Metodología. Estudio transversal, descriptivo. Se encuestó a 174 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, ambos sexos; muestreo no probabilístico. Se aplicó el autoinforme de inteligencia emocional TMMS de 24 ítems en tres dimensiones: claridad emocional, atención a las emociones y reparación emocional. Cuenta con respuestas tipo Likert de 5 respuestas; coeficiente de confiabilidad de .90. Los datos se procesaron en el programa SPSS v. 25. Se realizó prueba de Chi cuadrada para evaluar inteligencia emocional y promedio. Se consideraron los aspectos éticos de la investigación en humanos.

Resultados. El 90 % de los participantes era mujer, prevaleció la edad de 20 a 22 años, 32 % estudia y trabaja. Con respecto a la dimensión de atención, fue adecuada para el 46 % de mujeres y 53 % de hombres; en claridad, fue adecuada para el 40 % de mujeres y 47 % hombres; en reparación, fue adecuada en el 51% de mujeres y 35 % hombres. El 58 % tiene un promedio entre 7 y 8 de la carrera hasta el momento. La prueba de Chi cuadrado no arrojó datos estadísticamente significativos.

Conclusiones. No existe asociación entre la inteligencia emocional y el promedio. Más del 40% de los estudiantes necesitan mejorar aspectos de los tres factores abordados.

Palabras clave: Inteligencia emocional, Rendimiento académico, Estudiantes, Enfermería.

ABSTRACT

Introduction. Emotional Intelligence assesses people's ability to rate and express emotions accurately.

Objective. To describe the association between Emotional Intelligence and Academic Performance in nursing students from a public university in Mexico.

Methodology. Cross-sectional descriptive study. 174 nursing students were considered, both sexes; non-probability sampling. It was applied the self-report of Emotional Intelligence TMMS-24 with 24 items and three dimensions that assess clarity of feelings, emotional attention and emotional repair. It has Likert scale questions with 5 options; .90 of reliability coefficient. Data was processed in SPSS v. 25 obtaining prevalence. Chi square test was made in order to evaluate Emotional Intelligence with academic performance.

Results. 90 % of the participants were women, the age of 20 to 22 prevailed, 32 % of the participants studied and have a job. The dimension of emotional attention, it was acceptable for 46 % of women and 53 % of men; meanwhile in clarity of feelings it was acceptable for 40 % of women and 47 % of men; in emotional repair it was acceptable for the 51 % of women and 35 % of men. 58 % has an average grades of 7 and 8 at the



moment. Chi square test does not show significant data. Conclusions. There is no link between Emotional Intelligence and Academic Performance. More than 40 % of the students need to improve aspects related with the three studied factors.

Keywords: Emotional Intelligence; Academic Performance; Students; Nursing.

RESUMO

Introdução. A inteligência emocional avalia a capacidade das pessoas de avaliar e expressar emoções com precisão.

Objetivo. Associar o inteligência emocional e o desempenho acadêmico de estudantes de enfermagem.

Método. Estudo transversal, descritivo. Foram pesquisados 174 estudantes do Bacharelado em Enfermagem, de ambos os sexos; amostragem não probabilística, por conveniência. O autorrelato de inteligência emocional do TMMS de 24 itens foi aplicado em três dimensões: clareza emocional, atenção às emoções e reparação emocional. Possui respostas do tipo Likert de 5 respostas; coeficiente de confiabilidade de .90. Os dados foram processados no programa SPSS v. 25 obtenção de frequências. O teste qui-quadrado foi realizado para avaliar a inteligência média e emocional. Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram considerados.

Resultados. 90 % dos participantes eram mulheres, prevalecendo a faixa etária de 20 a 22 anos. 32 % estudam e trabalham. Quanto à dimensão atenção, foi adequada para 46 % das mulheres e 53 % dos homens; claramente, era adequado para 40 % das mulheres e 47 % dos homens; no reparo, foi adequado em 51 % das mulheres e 35 % dos homens. 58 % têm uma média entre 7 e 8 em sua carreira até o momento. O teste Qui-quadrado não produziu dados estatisticamente significativos.

Conclusão. Não há relação entre inteligência emocional e média. Mais de 40 % dos alunos precisam melhorar aspectos dos três fatores abordados.

Palavras-chave: Inteligência Emocional, Desempenho Acadêmico, Estudantes, Enfermagem.

Introducción

La Inteligencia Emocional (IE) hace referencia a los procesos implicados en el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales de uno mismo y de otros para resolver problemas y regular la conducta (Arntz Vera & Trunce Morales, 2019). Por un lado, la IE hace referencia a la capacidad de una persona para razonar sobre las emociones y, por el otro, a procesar la información emocional para aumentar el razonamiento (Arntz Vera & Trunce Morales, 2019). La IE se conceptualiza a través de cuatro habilidades básicas o niveles que son: “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (Arntz Vera & Trunce Morales, 2019).



Dichas habilidades fueron propuestas en el Modelo Teórico de Mayer y Salovey (Fernández Berrocal & Extremera Pacheco, 2005), quienes señalan que las emociones influyen en el pensamiento, es decir, en el procesamiento que cada persona hace de sus emociones y que da como resultado un tipo de razonamiento, de manera tal que, al ser inteligente emocionalmente, se puede tener un razonamiento más efectivo (Fernández Berrocal & Extremera Pacheco, 2005). Asimismo, la IE puede dar pauta a un pensamiento inteligente sobre la vida emocional. Lo mencionado, permite considerar a la IE como parte de las inteligencias tradicionales, muestra un lazo estrecho con la inteligencia verbal, por su vínculo con la expresión y comprensión de los sentimientos (Mestre *et al.*, 2008).

En el modelo de Mayer y Salovey, la percepción emocional hace referencia a la habilidad que las personas tienen para percibir sus propios estados emocionales y de quienes les rodean. La facilitación emocional se logra al tener claridad de los sentimientos que cada uno presenta al resolver o enfrentar una situación difícil, al ver cómo las emociones ayudan para resolver o complicar dicha situación. La comprensión emocional implica reconocer en dónde se clasifican las emociones, es decir, el lugar que cada persona le asigna, incluso se considera el poder interpretar emociones complejas. Por último, la regulación emocional, la cual es la rama más compleja de la IE, señala la capacidad de estar abierto a sentimientos favorables y desfavorables, aprovechar o descartar información según su utilidad en las emociones y pensamientos (Fernández Berrocal & Extremera Pacheco, 2005).

Diversas investigaciones han mostrado que la IE es uno de los aspectos relevantes para tener en cuenta en las habilidades y capacidades de las personas, que favorece y facilita la consecución de metas en el individuo en su tarea vital, y actúa como buena predictora de la adaptación de una persona al medio (Arntz Vera & Trunce Morales, 2019).

Con relación al estudiante universitario, este está plagado de estímulos diversos y complejos, lo que puede influir en el resultado académico, por ello, la relevancia de considerar tanto la capacidad intelectual como la competencia emocional (Barrera-Gálvez *et al.*, 2019).

En este sentido, se reconoce que la IE influye en cómo un estudiante universitario dirige su formación académica y también como predictor de su desempeño futuro. Un estudiante universitario con baja IE tiene mayor probabilidad de presentar fracaso escolar, dificultad de aprendizaje, estrés ante los exámenes, abandono de los estudios, entre otros (Bisquerra & Mateo, 2019). Una buena IE favorece que el estudiante presente menos ansiedad social y depresión, mejor autoestima, mayor satisfacción interpersonal, perciben los estresores como menos amenazantes, entre otros (Salovey, *et al.*, 2002 en Barrera-Galvez *et al.*, 2019). Asimismo, se ha señalado que los niveles de IE influyen sobre la salud mental de los estudiantes, y que ese equilibrio psicológico, está relacionado y afecta el rendimiento final (Arntz Vera & Trunce Morales, 2019).



Una IE óptima en los estudiantes coadyuva a relaciones interpersonales eficaces, facilita la adaptación, mejora la capacidad de resiliencia, promueve el trabajo en equipo, las habilidades de comunicación y de aprendizaje. Por ello, la construcción de habilidades emocionales constituye el recurso que pronostica el desenvolvimiento eficiente de los estudiantes en el contexto académico. El éxito del estudiante no depende solamente de la capacidad intelectual que puede desarrollar, sino en gran medida, está influenciado por la capacidad emocional (Idrogo Zamora & Asenjo-Alarcón, 2021). Es fundamental para los estudiantes alcanzar un equilibrio entre la inteligencia intelectual y la capacidad emocional (Idrogo Zamora & Asenjo-Alarcón, 2021). En este sentido el rendimiento académico será una medida de las capacidades del estudiante, que expresa lo que este ha aprendido a lo largo del proceso formativo, mediante una calificación, obtenida por un individuo, que implica el cumplimiento de metas, logros y objetivos establecidos en un programa (Lamas, 2015).

A pesar de que las calificaciones numéricas son uno de los factores más empleados en la literatura científica y vaticinadores de mayor estabilidad que se conocen en relación con el rendimiento académico del alumnado, se han utilizado diferentes formas de cuantificar el rendimiento como pruebas estandarizadas, los cursos escolares repetidos, cantidad de tiempo dedicado al estudio o, incluso, la combinación de varios de ellos, entre otros (Usán Supervía & Salavera Bordás, 2018).

Actualmente, la investigación educativa centra parte de su atención prioritaria en la generación de nuevas metodologías y formas de acción que repercuten en el desarrollo y bienestar de los estudiantes, afecta de manera significativa su proceso de formación y rendimiento escolar. La superación de los objetivos propios de los cursos de la enseñanza media y los cambios que conlleva la adolescencia constituyen un periodo de vital importancia en la vida de una persona (Usán Supervía & Salavera Bordá, 2018).

Es por ello que diversos gobiernos han implementado propuestas y estrategias para el manejo emocional y acompañamiento de los estudiantes, tal es el caso de España mediante el Ministerio de Educación y Capacitación, donde ofrece temas de regulación emocional para promover el control de los estudiantes y mantener una relación entre docente y estos, que impulse el aprendizaje (Ministerio de Educación, 2007).

Al trabajar el aspecto emocional de los estudiantes, se ayuda a promover una conducta más sana, favoreciendo que los jóvenes disminuyan los conflictos, la violencia, el consumo de sustancias nocivas o el impulso de realizar actos riesgosos, lo que a su vez motiva a relaciones sociales más saludables y, por ende, una mejora en el desempeño académico (Bisquerra, 2021).

En México, durante el año 2017, se implementó el programa “CONSTRUYE T” (Gobierno de México, 2015), con el objetivo de mejorar ambientes escolares y habilidades socioemocionales (como lo es la IE),



y disminuir la deserción escolar, en donde se obtuvo el incremento del interés y esfuerzo de los alumnos para el logro de objetivos y una mejor percepción de su capacidad para pasar sus materias.

En el caso del estudio realizado en China titulado “La relación entre el ejercicio físico, la autoeficacia, la IE y el bienestar subjetivo de los estudiantes universitarios”, se expresó que los universitarios con mayor nivel de IE, tienen más emociones positivas y menos emociones negativas, lo que permite obtener mayores conocimientos y mejores calificaciones (Wang *et al.*, 2022).

Asimismo, un estudio realizado en Ecuador que buscó investigar la correlación de la IE con la autoeficacia académica, mostró que, el 3.4 % de los participantes presentaron riesgo de obtener bajas calificaciones debido a la baja presencia de IE y que su relación respecto a la autoeficacia académica es positiva (Bonilla-Yucailla *et al.*, 2022).

En México, el estudio titulado “Niveles de IE autopercebidos en estudiantes de enfermería en tiempos de pandemia”; se evidenció que el 37.8 % de sus estudiantes necesita trabajar para lograr una claridad emocional adecuada y el 33 % necesita mejorar su estado emocional, para favorecer las habilidades emocionales (Vargas Valencia *et al.*, 2022).

De acuerdo con la evidencia empírica disponible hasta el momento, no se han identificado investigaciones a nivel local relacionadas al tema, por lo que se considera que existe un vacío en la información, por lo que resulta una oportunidad ideal para indagar acerca de este fenómeno entre los estudiantes del área de la salud, específicamente enfermería. Por estos motivos, el objetivo de este estudio fue describir la asociación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en estudiantes de enfermería de una universidad pública de México.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo y transversal (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018) en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro. Dicha facultad cuenta con tres campus para esta licenciatura: Jalpan, San Juan del Río y Centro Universitario. Esta investigación fue manejada en Centro Universitario. Así, de acuerdo con la información de la Coordinación de Información y Estadística de la universidad (Universidad Autónoma de Querétaro, 2024), a inicios del 2023 había un aproximado de 638 alumnos, en Centro Universitario, de los cuales 169 eran estudiantes de servicio social, quedando un total aproximado de 469 alumnos.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, dado que se trataba de una muestra previamente conocida y disponible por sus clases en el campus, en línea o en periodo de prácticas. Mediante la



fórmula para poblaciones finitas se calculó un tamaño de muestra, con un nivel de confianza del 95 %, quedando n=211 estudiantes. Se tuvo una muestra final de 174 estudiantes, donde se consideró como criterio de inclusión a estudiantes inscritos formalmente en la carrera, de 2do a 8vo semestre, ambos sexos, de ambos turnos y que aceptaran participar en la investigación. Se eliminaron aquellos instrumentos incompletos o mal llenados.

Se aplicó el formulario T-MMS (Trait Meta-Mood Scale) de Inteligencia Emocional, el cual es una adaptación al español del TMMS-48, desarrollado a finales de los años 90 (Petrides & Furnham, 2001). El instrumento consta de 24 ítems con 3 dimensiones con 8 ítems por factor, que evalúan la atención, claridad y reparación, mediante una escala Likert de 5 puntos (1= Nada de acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo), en el cual los evaluados deben seleccionar qué tan de acuerdo están con los ítems. El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, es de .90 en población mexicana (Fernández-Berrocal *et al.*, 2004); de la misma manera, existe relación entre las tres dimensiones del instrumento, midiendo de forma consistente el aspecto para el que fue elaborado (Arntz Vera & Trunce Morales, 2019).

A continuación, se describe el aspecto que aborda cada factor (Salovey *et al.*, 1995 en Mikulic *et al.*, 2018):

- El factor “atención a las emociones” se refiere a la conciencia que tiene la persona de sus propias emociones, la capacidad para reconocer sus sentimientos y saber lo que significan.
- El factor “claridad emocional” es la facultad para conocer y comprender las emociones, sabiendo distinguir entre ellas, entendiendo cómo evolucionan e integrándolas en el pensamiento.
- El factor “reparación emocional” se refiere a la capacidad de regular y controlar las emociones.

Para obtener una puntuación y su interpretación es necesario realizar una sumatoria de cada uno de los ítems de manera individual (1-8 factor atención a las emociones, 9-16 claridad emocional y 17-24 reparación emocional), posteriormente comparar los resultados con las tablas de interpretación que se muestran a continuación (ver [Tabla 1](#)).



Tabla 1. Puntuaciones e interpretación de los resultados de los ítems por factor.

Atención		Claridad		Reparación	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24	Debe mejorar su comprensión < 25	Debe mejorar su comprensión < 23	Debe mejorar su regulación < 23	Debe mejorar su regulación < 23
Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35	Adecuada comprensión 26 a 35	Adecuada comprensión 24 a 34	Adecuada regulación 24 a 35	Adecuada regulación 24 a 34
Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36	Excelente comprensión > 36	Excelente comprensión > 35	Excelente regulación > 36	Excelente regulación > 35

Fuente. Fernández-Berrocal *et al.*, 2004.

Se aprecia que la IE es diferente entre hombres y mujeres por diversas situaciones o factores, las mujeres mantienen estrechas relaciones entre ellas y poseen mejores competencias emocionales, en este sentido, son más expresivas, empáticas y perceptivas de las emociones del otro (Sánchez Nuñez *et al.*, 2008).

Con respecto al rendimiento académico, se preguntó el promedio obtenido hasta el último semestre cursado, dentro del grupo de preguntas de índole sociodemográfico que se plantearon, donde además se incluyeron: edad, género, estado civil, si trabaja y semestre que cursa.

Se realizó una prueba piloto en el año 2023 con alumnos de la licenciatura que se encontraban en 8vo semestre, ya que estaban próximos a dejar la facultad para iniciar el servicio social. Dicha prueba no arrojó la necesidad de ajustar procesos o la herramienta de recolección de datos.

Para la recolección definitiva de los datos, se generó la escala de recolección de datos en un formulario de Google Forms y se entregó a cada jefe de grupo para su distribución, sin embargo, la tasa de respuesta fue baja por lo que posteriormente se asistió a cada grupo y se entregó el instrumento en formato impreso.



La información obtenida fue capturada en una base de datos en el programa SPSS v. 25 y procesada utilizando estadística descriptiva, se obtuvieron frecuencias dado que las variables manejadas en su totalidad fueron categóricas, por lo que finalmente, se realizó prueba de Chi cuadrada para establecer la asociación entre las variables de datos favorables de IE y de promedio académico favorable.

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Sub Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería con el registro del mismo (582-FE-SI-28-11-23[LE]). Se entregó consentimiento informado a cada participante y se cuidaron los aspectos éticos como la confidencialidad, individualidad, autonomía en la decisión de participar en el estudio, entre otros (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014).

Resultados

Se aplicó un total de 174 encuestas. Al ser la Licenciatura en Enfermería, la prevalencia más alta la tienen las mujeres. Los datos sociodemográficos se muestran en la **Tabla 2**.



Tabla 2. Datos sociodemográficos de los participantes.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 a 20 años	60	34.5%
	20 a 22 años	75	43.1%
	22 a 24 años	22	12.6%
	24 años o mas	17	9.8%
	Total	174	100%
Sexo	Femenino	157	90.2%
	Masculino	17	9.8%
	Total	174	100%
Estado civil	Soltero	163	93.7%
	Casado	5	2.9%
	Viudo	1	.6%
	Unión libre	5	2.9%
	Total	174	100%
Trabajo actual	Si	56	32.2%
	No	118	67.8%
	Total	174	100%
Promedio	10 a 9	71	40.8%
	8 a 7	102	58.6%
	6-NA	1	.6%
	Total	174	100%

Fuente. Test aplicado, 2024.

Las afirmaciones dadas por los estudiantes muestran un panorama respecto a cómo visualizan la parte emocional, cómo procesan y manejan sus emociones. Dicha información se aprecia en la **Tabla 3**.

**Tabla 3.** Resultados globales de las afirmaciones sobre IE.

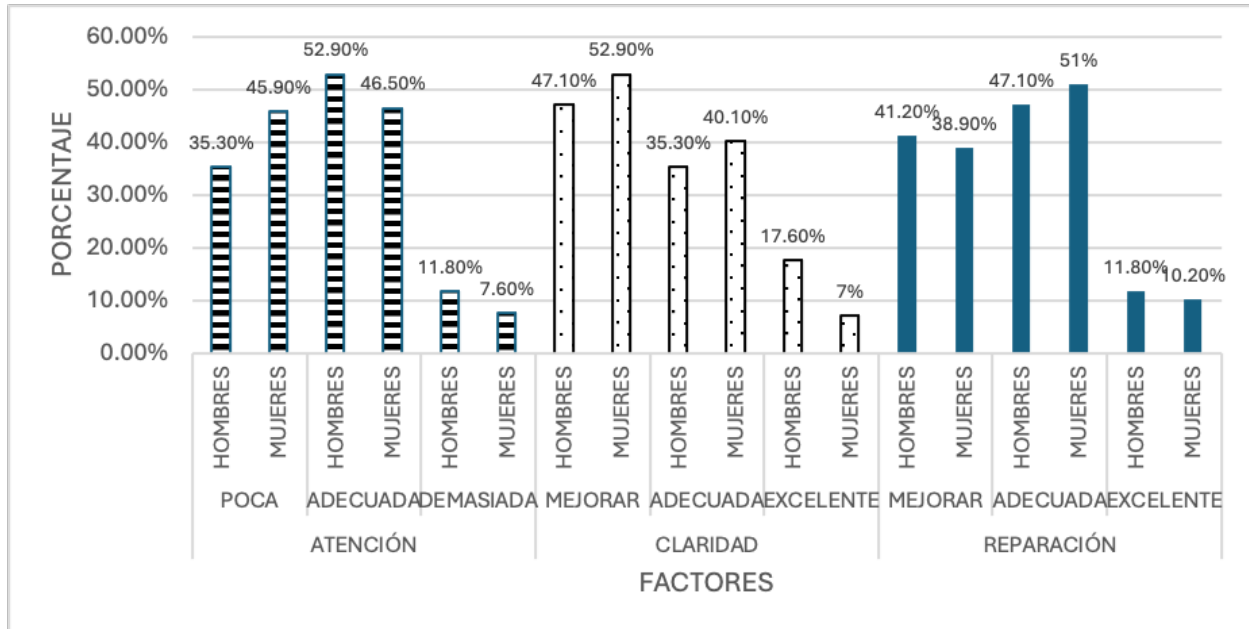
No.	Afirmaciones	Nada y algo de acuerdo	Bastante, muy y totalmente de acuerdo
1	Presto mucha atención a los sentimientos	21.9%	78.1%
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	28.7%	71.3%
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	41.4%	58.6%
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	16.1%	83.9%
5	Dejo que mis sentimientos afecten mis pensamientos	41.4%	58.6%
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente	36.2%	63.8%
7	A menudo pienso en mis sentimientos	37.9%	62.1%
8	Presto mucha atención a cómo me siento	40.8%	59.2%
9	Tengo claros mis sentimientos	39.7%	60.3%
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	35.1%	64.9%
11	Casi siempre sé cómo me siento	37.9%	62.1%
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	21.3%	78.7%
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos sobre las personas	27.6%	72.4%
14	Siempre puedo decir cómo me siento	50%	50%
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones	46.6%	53.4%
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos	36.8%	63.2%
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	27%	73%
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	28.7%	71.3%
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	48.3%	51.7%
20	Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal	34.5%	65.5%
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas complicándolas, trato de calmarme	32.8%	67.2%
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	30.5%	69.5%
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz	8.6%	91.4%
24	Cuando estoy enfadado, intento cambiar mi estado de ánimo	30.5%	69.5%

Fuente. Test aplicado, 2024.



El resultado global de IE se compone de los factores de atención, claridad y reparación, los se aprecian en la **Gráfica 1**.

Gráfica 1. Factores de IE por sexo.



Fuente. Test aplicado, 2024.

Nota. n hombres= 18; n mujeres=156.

Se realizó una prueba de Chi cuadrada para determinar asociación entre promedio y un nivel favorable de IE, agrupando ambas variables en dos categorías y no se encontraron valores estadísticamente significativos (ver **Tabla 4**). En el caso de los hombres, no había un número suficiente de sujetos como para poder realizar el cálculo.

**Tabla 4.** Asociación entre las variables promedio y nivel de IE.

	Atención	Claridad	Reparación
Mujeres	$Chi = .017$ $p = .895$	$Chi = 2.47$ $p = .116$	$Chi = 1.66$ $p = .198$

Fuente. Elaboración propia.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue describir la asociación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en estudiantes de enfermería. Al respecto, en un estudio realizado en Arabia Saudita, con 40 estudiantes de medicina se encontró que 43.6 % de los participantes tenía entre 21 y 22 años y 48.6 % fueron mujeres (Alvi *et al.*, 2023). Estos resultados son similares a lo encontrado en esta investigación, con respecto a la edad de los participantes. Sin embargo, en el sexo, este estudio tuvo una mayor prevalencia de mujeres.

El rendimiento académico de los estudiantes puede estar influenciado por diferentes factores, adicionalmente al manejo ineficaz de las emociones, como la desmotivación en las asignaturas, métodos de estudio inadecuados, dificultades de atención y comprensión, material didáctico poco claro, trabajar y estudiar al mismo tiempo, incluso la vocación profesional errónea conllevará a un deficiente RA (Idrogo Zamora & Asenjo-Alarcón, 2021). En ese sentido, respecto al promedio de la carrera, al momento de realizar este estudio, se pudo apreciar que más de la mitad de los estudiantes tiene promedios regulares. Lo anterior difiere de los resultados encontrados en el estudio “Relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios peruanos”, en el cual, de acuerdo con su sistema de calificación universitario (basado en un sistema vigesimal de 0 a 20, con nota mínima aprobatoria de 11), el promedio ponderado de los estudiantes fue de 12.59+1.17, nota aprobatoria del cuartil inferior, utilizando dicha escala vigesimal, lo cual indicó que apenas bordea la nota mínima aprobatoria. En este sentido, los estudiantes considerados en la universidad de Querétaro, tuvieron promedios arriba del valor mínimo.

Con respecto a los resultados obtenidos por dimensión y sexo, en el estudio “Inteligencia emocional y rendimiento académico: un enfoque correlacional”, el mayor porcentaje de estudiantes



que presentaron un nivel adecuado de atención fueron las mujeres con un 58.53 %, contrario a lo encontrado en este estudio, ya que el 52.90 % de los hombres fueron los que lograrían el nivel adecuado. En dicho estudio, en sentidos generales, los porcentajes alcanzados en las demás dimensiones (claridad y reparación) fueron muy similares en ambos sexos (Morillo-Guerrero, 2022), lo cual coincide parcialmente con este estudio ya que a excepción de reparación, la cual mantiene semejanza en el nivel de adecuada, el factor claridad obtuvo mayor similitud en el nivel de mejorar con un 47.10 % en hombres y un 52.90 % para mujeres.

En el estudio de Arntz y Trunce “Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios de nutrición”, resaltan que no hay diferencias significativas entre la atención, el nivel de comprensión y el nivel de regulación con el promedio de notas (Arntz Vera & Trunce Morales, 2019), lo cual coincide con este estudio en el cual no se encontró asociación entre las variables estudiadas. Sin embargo, en el estudio de Alvi *et al.*, sí se encontró que la evaluación académica (promedio) se relaciona con las diferentes categorías de la IE (Alvi *et al.*, 2023).

Conclusiones

Se pudo apreciar que no existe asociación entre el rendimiento académico e inteligencia emocional, aunque sí se alcanzó el objetivo de evaluar ambas variables.

Los resultados destacan que hay diversos aspectos a considerar con respecto a la IE y el manejo de las emociones derivadas del ámbito académico dado que más del 40% de los alumnos obtuvieron niveles “a trabajar o mejorar” en todos los factores que se abordaron con el instrumento. La literatura ya lo señala, una adecuada IE puede favorecer el adecuado manejo del estrés de los estudiantes y por ende, mejores resultados académicos, que en el futuro se reflejarán en profesionistas que no sólo entiendan sus emociones, sino la de las personas a su alrededor, sobre todo la que cuidan.

Por ello, para tener un panorama más detallado del fenómeno se sugiere ampliar la muestra de estudio utilizando, o bien un muestreo aleatorio, así como utilizar el promedio académico como variable cuantitativa. De esta manera, con estos resultados y futuros, se pueden plantear estrategias de mejora del apoyo tutorial, reforzamiento del trabajo psicoterapéutico (en caso de requerirse), equilibrio en el trabajo académico, entre otros.



Referencias

- Alvi, T., Nadakuditi, R. L., Alotaibi, T. H., Aisha, A., Ahmad, M. S. & Ahmad, S. (2023). Emotional intelligence and academic performance among medical students - a correlational study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 27, 1230–1237. <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/1230-1237.pdf>
- Arntz Vera, J. & Trunce Morales, S. (2019). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios de nutrición. *Investigación en Educación Médica*, 8(31), 82–91. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.31.18130>
- Barrera-Gálvez, R., Solano-Pérez, C. T., Arias-Rico, J., Jaramillo-Morales, O. A. & Jiménez-Sánchez, R. C. (2019). La inteligencia emocional en estudiantes universitarios. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICESA*, 7(14), 50–55. <https://doi.org/https://doi.org/10.29057/icsa.v7i14.4437>
- Bisquerra, R. & Mateo, J. (2019). *Competencias emocionales para un cambio de paradigma en educación*. Horsori.
- Bisquerra, R. (2021). *Universo de emociones*. PalauGea Comunicación.
- Bonilla-Yucailla, D., Balseca-Acosta, A., Cárdenas-Pérez, M. J. & Moya-Ramírez, D. (2022). Inteligencia emocional, compromiso y autoeficacia académica. Análisis de mediación en universitarios ecuatorianos. *Interdisciplinaria*, 39(2), 249–264. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.16>
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. (2014). Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Espinoza-Venegas, M., Sanhueza-Alvarado, O., Ramírez-Elizondo, N. & Sáez-Carrillo, K. (2015). A validation of the construct and reliability of an emotional intelligence scale applied to nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 139–147. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3498.2535>
- Oliva Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M. Á., Ríos Bermúdez, M. & Parra Jiménez, Á. (2011). Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones. En *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven* (144-159). Junta de Andalucía, Consejería de Salud. <https://psicologiaveracruz.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/02/trait-meta-mood-scale-tmms-24.pdf>
- Fernández Berrocal, P. & Extremera Pachecho, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 19(3), 63–93. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927005.pdf>
- Secretaría de Educación pública [SEP]. (23 de abril de 2015). Programa Construye T. *Acciones y Programas*. Subsecretaría de Educación Media Superior, Gobierno de México. <https://www.gob>



[mx/sep/acciones-y-programas/programa-construye-t-4598](https://doi.org/10.1016/j.cpsic.2018.08.001)

- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education.
- Idrogo Zamora, D. I. & Asenjo-Alarcón, J. A. (2021). Relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Investigación Psicológica*, 26, 69–79. <https://doi.org/10.53287/ryfs1548js42x>
- Lamas, H. A. (2015). Sobre el rendimiento escolar. *Propósitos y Representaciones*, 3(1), 313–386. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20511/pyr2015.v3n1.74>
- Mestre, J. M., Guil, R., Brackett, M. A. & Salovey, P. (2008). Inteligencia Emocional: Definición, evaluación y aplicaciones desde el Modelo de habilidades de Mayer y Salovey. En F. Palmero & F. Martínez-Sánchez (coords.), *Motivación y emoción* (407-438). McGraw-Hill.
- Mikulic, I. M., Crespi, M. & Caballero, R. (2018). Construcción de un inventario de inteligencia emocional percibida para adultos. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 121–136. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1602>
- Ministerio de Educación, Formación profesional y deportes. (2007). *Educación Emocional*. Gobierno de España. <https://www.educacionfpydeportes.gob.es/mc/sgctie/convivencia-escolar/en-accion/educacion-emocional.html>
- Morillo-Guerrero, I. J. (2022). Inteligencia emocional y rendimiento académico: Un enfoque correlacional. *RECIE. Revista Caribeña de Investigación Educativa*, 6(1), 73–90. <https://doi.org/10.32541/recie.2022.v6i1.pp73-90>
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6), 425–448. <https://doi.org/10.1002/per.416>
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A. & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology & Health*, 17, 611-627. <https://doi.org/10.1080/08870440290025812>
- Sánchez Núñez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés Rodríguez, J. & Latorre Postigo, J. M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(15), 455–474. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v6i15.1287>
- Usán Supervía, P., & Salavera Bordás, C. (2018). Motivación escolar, inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Actualidades En Psicología*, 32(125), 95–112. <https://doi.org/10.15517/ap.v32i125.32123>
- Usán Supervía, P. & Salavera Bordás, C. (2019). El rendimiento escolar, la inteligencia emocional y el



engagement académico en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17(47). 5-26. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v17i47.1879>

Universidad Autónoma de Querétaro. (2024). Estadísticas. *Coordinación de Información y Estadística*. <https://planeacion.uaq.mx/uii/index.php/estadisticas>

Vargas Valencia, Á. R., Vega-Hernández, M. C., Aguila Sánchez, J. C., Vázquez Espinoza, J. A. & Hilerio López, Á. G. (2022). Self-Perceived Emotional Intelligence Levels in Nursing Students in Times of a Pandemic: Multivariate Representation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1811, 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031811>

Wang, K., Li, Y., Zhang, T. & Luo, J. (2022). The Relationship among College Students' Physical Exercise, Self-Efficacy, Emotional Intelligence, and Subjective Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11596, 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811596>

Inserción laboral en los egresados de la licenciatura en Enfermería generación 2020 en Nayarit Job Placement of Graduates from the Nursing Bachelor's Program, Class of 2020 in Nayarit Inserção Laboral dos Graduados em Enfermagem, Turma de 2020 em Nayarit

*Robles-Padilla, Juan Daniel  0009-0004-9702-5008

Hospital General San Francisco, Nayarit, México. Especialista en
Administración y Docencia en Enfermería. * Autor corresponsal.
juan.robles@uan.edu.mx

Benítez-Guerrero, Verónica  0000-0002-0036-1784

Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México.
Doctora en Ciencias de Enfermería.
veronica.benitez@uan.edu.mx

Suárez-Máximo, Juan Daniel  0000-0001-5687-2543

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Puebla, México.
Maestro en Salud Pública.
juandaniel.suarez@upaep.edu.mx


Ramírez-González, Jailene  0009-0005-8892-0972

Hospital General del ISSSTE "Dr. Aquiles Calles Ramírez", Nayarit, México.
Licenciada en Enfermería.
jayline1245@gmail.com

Villarreal-Flores, Beatriz Alejandra  0009-0003-2085-2892

Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco, México. Licenciada en Enfermería.
ale.villarreal3008@gmail.com

Recibido: 30 de julio de 2024. **Aceptado:** 19 de septiembre de 2024.

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 inserción laboral es utilizada para referirse al proceso de incorporación de individuos a la actividad económica. La Encuesta Nacional de Egresados 2020 mostró que de 10,036 participantes, el 75 % encontró un trabajo relacionado con lo que estudió. El 42 % de los jóvenes en México estudió licenciatura porque brinda una oportunidad de mejorar su nivel de vida, pero se desconocen estudios recientes de seguimiento a egresados en el norte de México. El objetivo de este estudio fue identificar el nivel de inserción laboral de los profesionales de enfermería generación 2020 del Estado de Nayarit.

Metodología. Diseño descriptivo y transversal. La población derivó de los egresados de una universidad pública. Se encuestó a 86 egresados con un instrumento de 25 reactivos válido y confiable. Muestreo por conveniencia, el tamaño de la muestra fue de 86 egresados.

Resultados. Se encontró respecto a la inserción laboral que el 51.16% labora como enfermero(a), el 34.09 % en el sector público y el 65.91 % en el sector privado. El 30.23 % labora en un ámbito diferente al de enfermería y el 18.60% se encuentra inactivo.

Conclusiones. Los profesionales de enfermería se desempeñan más en áreas de segundo nivel de atención en el sector privado, sí hay oportunidades laborales en Nayarit. La mayoría de los encuestados consideran que estudiaron enfermería por vocación.

Palabras clave: Enfermería, Desarrollo Profesional, Educación de Postgrado, Vocación.

ABSTRACT

Introduction. Job insertion is used to refer to the process of incorporating individuals into economic activity. The 2020 National Graduate Survey showed that out of 10,036 participants, 75 % found a job related to what they studied. The 42 % of young people in Mexico studied a bachelor's degree because it provides an opportunity to improve their standard of living, but recent follow-up studies of graduates in northern Mexico are unknown. The objective of this study is to identify the level of job insertion of nursing professionals of the 2020 generation in the State of Nayarit.

Methodology. Descriptive and cross-sectional design. The population was derived from graduates of a public university. In addition, 86 graduates were surveyed with a valid and reliable 25-item instrument. Convenience sampling, the sample size was 86 graduates.

Results. Regarding job placement, it was found that 51.16 % work as nurses, 34.09 % in the public sector, and 65.91 % in the private sector. Finally, 30.23 % work in a field other than nursing, and 18.60 % are inactive.

Conclusions. Nursing professionals work more in secondary care areas in the private sector, and there are job opportunities in Nayarit. Most of the respondents consider that they studied nursing out of vocation.

Keywords: Nursing, Professional Development, Postgraduate Education, Vocation.



RESUMO

Introdução. A inserção laboral é utilizada para se referir ao processo de incorporação dos indivíduos à atividade econômica. A Pesquisa Nacional de Pós-Graduação 2020 mostrou que dos 10.036 participantes, 75 % encontraram um emprego relacionado ao que estudaram. 42 % dos jovens no México estudaram uma licenciatura porque proporciona uma oportunidade de melhorar o seu nível de vida, mas os estudos recentes que acompanham os licenciados no norte do México são desconhecidos. O objetivo deste estudo é identificar o nível de inserção profissional dos profissionais de enfermagem da geração 2020 no Estado de Nayarit.

Metodologia. Desenho descritivo e transversal. A população era oriunda de graduados de uma universidade pública. 86 graduados foram pesquisados com um instrumento válido e confiável de 25 itens. Amostragem por conveniência, o tamanho da amostra foi de 86 egressos.

Resultados. Verificou-se, quanto à inserção laboral, que 51,16 % atuam como enfermeiros, 34,09 % no setor público e 65,91 % no setor privado. Finalmente 30,23 % atuam em outra área que não a enfermagem e 18,60 % estão inativos.

Conclusões. Os profissionais de enfermagem atuam mais nas áreas de atenção secundária, no setor privado há oportunidades de emprego em Nayarit. A maioria dos inquiridos considera que estudou enfermagem por vocação.

Palavras-chave: Enfermagem, Desenvolvimento Profissional, Pós-Graduação, Vocação.

Introducción

La inserción laboral es un término utilizado habitualmente para referirse al proceso de incorporación de los individuos a la actividad económica. El estudio de la inserción laboral abarca las posiciones de trabajo ocupadas, las secuencias más recurrentes (trayectorias), así como la explicación de las diferencias observadas en estos dos aspectos (Salgado, 2005). Identificar las posiciones de empleo, representa un referente de integración en la vida adulta, puesto que posibilita nuevos ámbitos relacionales, independencia económica y la posibilidad de adquirir una vivienda y formar una nueva unidad familiar, además, se considera un proceso que determina la empleabilidad de los egresados de las diferentes disciplinas (Rabanal & Huaman, 2020).

Es por ello, que se convierte en la manera de afrontar el problema de desempleo frente a las políticas pasivas que pretenden aminorar sus consecuencias sin incidir en la creación de nuevos puestos de trabajo (Martínez, 2008). En cuanto a las políticas de gobierno para la inserción laboral en el sector salud en México, el gobierno ha tomado diversas medidas, aunque enfrenta varios



retos. Por ejemplo, se ha destacado que uno de los desafíos es desmedicalizar el sistema de salud, buscando no solo mejorar la prestación de servicios, sino también cambiar la idiosincrasia que ha perdurado por décadas. Esto incluye una mayor movilización y participación comunitaria en la salud, abordando la salud más allá de lo médico para promover un enfoque integral y comunitario (Molina Leza *et al.*, 2021).

Este proceso suele coincidir, para la mayoría de los miembros de una sociedad moderna, con la etapa juvenil y, por lo tanto, viene a consistir en una transición social que va de posiciones del sistema educativo y de la familia de origen hacia posiciones del mercado de trabajo y de independencia familiar (García & Gutiérrez, 2012). Por lo tanto, el proceso de la inserción laboral es una situación complicada que genera mayor incertidumbre entre los recién egresados, aunque históricamente, los estudios de nivel superior y posgrados son el principal camino para mejorar la calidad de vida y obtener más y mejores oportunidades de empleo. Aproximadamente, el 42 % de los jóvenes en México estudia una licenciatura porque brinda una oportunidad de mejorar su nivel de vida (Laureate, 2020).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Egresados 2020, que realiza el Centro de Opinión Pública de Laureate México, entre 10,036 participantes, quienes solicitaron su primer empleo, el 53 % logró conseguir empleo en forma fácil o muy fácil (40 % y 13 % respectivamente), por consecuencia, aportaron el 38 % del presupuesto total del hogar. En la misma encuesta, el 75 % encontró un trabajo relacionado directamente con lo que estudió (Laureate, México, 2020).

En la actualidad, lo que les preocupa a las y los estudiantes universitarios próximos a egresar de su servicio social, es saber ¿Qué será de ellos? ¿Será fácil trabajar en una institución pública o privada? ¿Existirán suficientes ofertas de empleo? ¿Trabajarán en algo acorde con su perfil profesional? ¿Podrán seguir estudiando algún posgrado? y, sobre todo, se espera puedan cumplir sus expectativas planteadas al ingresar a la educación superior y durante el transcurso de la carrera universitaria. Estas preocupaciones están alineadas con las observaciones de Morales y Vázquez (2020), quienes señalan que “los egresados expresan dudas sobre su inserción laboral y el ajuste entre su formación y el mercado de trabajo, así como sobre la posibilidad de cumplir con sus expectativas académicas y profesionales”.

La situación anterior, puede ser el resultado de una compleja situación social y económica a nivel nacional, dado que en México se presentan situaciones de desigualdad social, Morales y Vázquez (2020), afirmaron que “la situación de desigualdad social y económica en México tiene un impacto significativo en las expectativas y oportunidades laborales de los egresados, creando un entorno complejo que afecta sus perspectivas profesionales”, lo cual, condiciona las posibilidades de ingresar en condiciones idóneas, como lo es, calidad del empleo, características de la remuneración, estabilidad laboral, prestaciones a corto y largo plazo (Sánchez & Ruiz, 2021).



Las instituciones educativas que forman recursos humanos en enfermería, independientemente si son de carácter público o privado, tienen un papel trascendental en brindar competencias teórico-prácticas para ofertar al mercado laboral profesionales altamente capacitados que brinden cuidados de calidad. Se menciona que, al egresar de la Licenciatura en Enfermería, el profesional tendría un amplio campo laboral, en hospitales, clínicas, centros de salud, laboratorios clínicos, consultorios, instituciones educativas, empresas, asilos o estancias infantiles del sector público o privado, donde generalmente se observa además que, el tipo de empleo generado no se corresponde en forma directa con el sector de actividad, sino que, por el contrario, aún en condiciones productivas e institucionales similares encontramos mercados que siguen funcionando de manera segmentada (Tinoboras, 2021).

Otro problema con el que se enfrenta el egresado al ingresar al mundo laboral, es la formación que recibe durante el transcurso de su licenciatura, principalmente con enfoque en el rol asistencial y aunado a la percepción social de enfermería, donde si la enfermera (o) no laboran en una institución de salud ni visten de blanco, no son profesionales de enfermería. La motivación es otro factor importante a considerar, dado que, para ser profesional de enfermería que ofrece calidad en la atención a sus pacientes, una de las cualidades implícitas y en desarrollo en el enfermero(a), en el espíritu de servicio, si no hay vocación y motivación, no hay espíritu de servicio; por lo tanto, no se ofrecerá una atención de calidad y quienes pierden más en ocasiones es la población derechohabiente de las instituciones de salud. De acuerdo a Bayser (2022), existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la motivación y el desempeño profesional.

Se puede considerar una inserción laboral efectiva cuando se toma un grupo poblacional con estudios de licenciatura que terminó su formación académica y el desarrollo del rol que delimita sus actividades y responsabilidades profesionales (Casanovas et al., 2006).

De acuerdo con un estudio (Manpower Group JA Americas, 2022) titulado *scasez de Oportunidades Laborales para los Jóvenes en México 2022*, la región de occidente en México, la población juvenil tiene un 71 % de dificultad para encontrar empleo. Con relación al grado académico, el nivel licenciatura es el grupo con más dificultad para la inserción laboral con un 83 %, las principales razones por las que a los jóvenes se les dificulta encontrar empleo es la falta de experiencia 33 %, bajo sueldo 19 %, distancia al trabajo 13 %, manejo de idioma 13 %, edad 13 % y el nivel de escolaridad o conocimientos 9 %.

De todos estos factores que se narran anteriormente, uno de los principales problemas para los recién egresados es el mercado laboral. La elección profesional de los estudiantes de enfermería está influida por una variedad de factores, incluye la satisfacción laboral, que a su vez se relaciona con el mercado laboral, los salarios, las prestaciones y las características del puesto de trabajo (Gómez & Ruiz, 2021).



Se realizó una revisión algunos estudios referentes a la inserción laboral, y es importante mencionar que es un tema que enfermería debe considerar como área de oportunidad, ya que no se ha generado el suficiente conocimiento. Las instituciones educativas de nivel superior deben de responder a la siguiente pregunta ¿qué pasa con sus egresados al terminar el programa académico? al realizarse este cuestionamiento, se puede obtener respuestas que permitirán mejorar el programa académico, para que se beneficie directamente al egresado a la inserción laboral y proveerlos de mejores herramientas para el quehacer profesional.

De acuerdo a un estudio que se realizó en la Ciudad de México, en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de un universo de 1067 personas y una muestra de 417 profesionales de enfermería, la mayoría de los egresados se encuentran laborando en los servicios de salud para la población abierta (cuidados de pacientes a domicilio o en institución de salud de forma particular), el 25.1 % en las instituciones públicas de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2024; Secretaría de Salud [SS], 2023), el 6.5 % en instituciones académicas y el 2.2 % en servicios privados de salud (Balseiro *et al*, 2018).

Ante la problemática planteada, el presente estudio pretende conocer el nivel de inserción laboral para los recién egresados de la licenciatura en enfermería en Nayarit, a través de cuestionar sobre algunas generalidades y la percepción de egresadas y egresados, entre los cuales se encuentran verificar si los programas académicos benefician a una pronta inserción laboral o explorar si las instituciones públicas y privadas brindan oportunidades de ingreso para los recién egresados. El objetivo de este estudio es identificar el nivel de inserción laboral de los profesionales de enfermería generación 2020 del Estado de Nayarit.

Metodología

Estudio descriptivo, cuantitativo y de alcance transversal. La población se conformó por el total de egresadas y egresados de la Licenciatura en Enfermería generación 2020, de instituciones públicas y privadas que forman recursos humanos en enfermería.

Se utilizó un muestreo por conveniencia para fomentar la participación proactiva de los sujetos de estudio en la investigación, se obtuvo una muestra de 86 egresados (as) que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser recién egresado(a) en la generación 2020, ser del programa de licenciatura o técnico de enfermería, haber cursado el programa académico en Nayarit. No fue necesario excluir a ningún participante.

La recolección de datos se realizó a través de Google Forms®, se solicitó apoyo a los programas de seguimiento de egresados, de extensión y vinculación académica de las instituciones



participantes mediante oficio para solicitar la participación de los sujetos. Después, se aplicó el instrumento Cuestionario de Inserción Laboral para Egresados de Enfermería (Chávez & Gutierrez, 2022), mismo que durante la aplicación de los reactivos, abordó el consentimiento informado. Este instrumento consta de 25 reactivos y fue validado a través del coeficiente alfa de Cronbach con .75. Asimismo, para las variables socio demográficas, se contó con una cédula de datos personales construida por los autores para registrar adscripción laboral, edad y sexo.

Los datos fueron capturados y analizados en el programa el Statistical Package For The Social Sciences V. 25 (SPSS®), por la naturaleza de las variables, se utilizó estadística descriptiva. De igual manera se determina que el estudio cumplió con los requisitos éticos de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki y se obtuvo el permiso individual mediante consentimiento digital de acuerdo con las normas oficiales vigentes, y se respetó el anonimato y la confidencialidad. Se consideró la Ley General de Salud (2024), en materia de investigación que establece el marco normativo para la investigación en salud en general, la cual incluye principios de ética, protección de datos y regulaciones para la investigación en seres humanos. La ley se enfoca en asegurar que todas las investigaciones se realicen bajo estándares rigurosos para proteger a los participantes y garantizar la validez y utilidad de los estudios.

Resultados

De acuerdo con las características sociodemográficas, los resultados son los siguientes: en cuanto a la institución educativa de la cual son egresadas y egresados, 38 son de la Universidad Autónoma de Nayarit, 11 del Instituto Universitario Metropolitano S.C. Campus Tepic, 36 de la Universidad ITEC y 1 del Instituto Vizcaya de las Américas. El 44.19 % pertenecen al sector público en la Universidad Autónoma de Nayarit y el 55.81 % forma parte de instituciones privadas. Respecto a la edad, el 74.42 % tienen un rango entre 18 y 25 años cumplidos, 22.09 % entre 25 y 35 años y el 3.49 % tiene 35 o más. El 65.12 % de los profesionales de enfermería encuestados corresponde al sexo femenino (ver [Tabla 1](#)).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los egresados de enfermería.

Variable	<i>f</i>	%
Institución de procedencia		
Pública	38	44.1
Privada	48	55.8
Edad		
18 – 25 años	64	74.4
25 – 35 años	19	22.0
35 o más	3	03.4
Sexo		
Masculino	30	34.8
Femenino	56	65.1

Fuente. Base de datos.

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 86.

Respecto a la formación académica se consideraron algunas variables que se describen a continuación: Treinta (34.88 %) de los egresados cuentan con título de Licenciatura y 56 (65.12 %) no cuentan aún con su título profesional. Se cuestionó también sobre si los egresados o egresadas cursan posgrados, el 8.14 % (7) estudian una especialidad en enfermería, el 10.47 % (9) continuaron su formación en una maestría, mientras que el 81.40 % (70) no refirió estudios de posgrado. Dentro de la formación académica, que es un área de fortaleza importante para encontrar mejores oportunidades laborales, el 12.79 % (11) ha participado como asistente en más de 10 actividades académicas desde su egreso de la institución educativa, como lo son cursos, talleres, congresos, jornadas académicas, entre otras, el 13.95 % (12) entre 5 y 9 actividades académicas, el 48.84 % (42) entre 1 y 4 actividades y el 24.42 % ningún evento académico.

En el mismo orden de ideas, respecto al dominio de un segundo idioma, el 42.42 % (21) mencionó que domina inglés en al menos un 80 %. El 4.65 % (4/86) mencionó que estudiaron la licenciatura en enfermería por la oferta laboral, el 1.16 % (1) consideró que por el salario que se ofrece, el 16.28 % (14) no fue su primera opción y el 77.91 % (67) se formó como enfermera o enfermero por la vocación (ver [Tabla 2](#)).

**Tabla 2.** Formación académica y educación continua.

Variable	<i>f</i>	%
¿Cuenta con título de licenciatura?		
Sí	30	34.8
No	56	65.1
¿Estudia posgrado?		
No	70	81.4
Especialidad	7	8.1
Maestría	9	10.4
Formación académica		
Ninguno	21	24.4
Entre 1 y 4	42	48.8
Entre 5 y 9	12	65.1
Más de 10	11	12.7
Dominio de segundo idioma		
Sí	21	24.4
No	65	75.5
¿Por qué enfermería?		
Oferta laboral	4	4.6
Salario	1	1.1
Vocación	67	77.9
No fue primera opción	14	16.2

Fuente. Base de datos.

Nota. *f*= frecuencia, % = porcentaje, *n* = 86.

En lo que respecta a la inserción laboral, el 51.16 % (44/86) labora como profesional de enfermería en una institución de primer o segundo nivel de atención, el 30.23 % (26/86) labora en ámbito diferente al de enfermería y el 18.60 % (16/86) no labora (ver **Tabla 3**).

**Tabla 3.** Inserción laboral.

Variable	<i>f</i>	%
Situación laboral		
Activo	44	51.16%
Inactivo	26	30.23%
No labora	16	18.60%

Fuente. Base de datos.

Nota. *f*= frecuencia, % = porcentaje, *n* = 86.

Dentro del profesional de enfermería que labora en su ámbito de formación ($n=44$), el 65.91 % (29) labora en instituciones de salud privadas y el 34.09 % (15) en hospitales, centros de salud o clínicas del sector público. Se revisó también, la ubicación dónde laboran, con el objetivo de buscar si tuvieron que emigrar para encontrar empleo, el 88.64 % (39) laboran en el Estado de Nayarit, mientras que el 11.36 % (5) laboran en otro estado de la República Mexicana; no se reportaron egresados laborando en el extranjero. En cuanto al tipo de contratación, el 54.55 % (24) cuenta con contrato temporal, el 24.45 % (9) con base, el 13.64 % (6) se encuentra subcontratado, el 9.09 % (4) trabaja por honorarios y el 2.27 % (1) desconoce el tipo de contratación bajo el cual se encuentra trabajando. Respecto al turno laboral, el 59.09 % (26) labora en el turno matutino, el 18.18 % (8) en vespertino, el 18.18 % (8) en nocturno y el 4.55 % (2) en jornada acumulada (fines de semana).

En lo que respecta al ingreso mensual (salario en pesos mexicanos), el 11.36 % (5) percibe menos de \$2499, el 34.09 % (15) entre \$2500 y \$5499, el 36.36 % (16) entre \$5500 y \$9499, mientras que el 18.18 % (8) percibe más de \$9500. Se revisó cuál fue su forma de ingreso a la institución, el 72.73 % (32) realizó un proceso de selección mientras que el 27.27 % (12) ingresó con apoyo de algún familiar o conocido a la institución. En cuanto al nivel de atención en dónde participan, el 6.82 % (3) labora en instituciones donde se brinda atención de tercer nivel, el 52.27 % (23) en segundo nivel y el 40.91 % (18) en la promoción y prevención a la salud en primer nivel. De los egresados encuestados el 84.09 % (37) consideró que su programa académico favorece a la inserción laboral mientras que el 15.91 % (7) considera que no (ver [Tabla 4](#)).

**Tabla 4.** Personal de enfermería activo.

Variable	<i>f</i>	%
Sector		
Público	15	34.0
Privado	29	65.1
Ubicación laboral		
Nayarit	39	88.6
Otro estado	5	11.3
Situación laboral		
Contrato	24	54.5
Base	9	20.4
Subcontratación	6	13.6
Honorarios	4	9.0
Desconoce	1	2.2
Turno		
Matutino	26	59.0
Vespertino	8	18.1
Nocturno	8	18.1
Jornada acumulada	2	4.5
Salario mensual		
\$0 - \$2499	5	11.3
\$2500 - \$5499	15	34.0
\$5500 - \$9499	16	36.3
Más de \$9500	8	18.1
Ingreso a la institución		
Proceso de selección	32	73.7
Familiar	12	27.2
Nivel de atención		
Primer nivel	18	40.9
Segundo nivel	23	52.2
Tercer nivel	3	6.8
¿El PA favorece a la inserción?		
Sí	37	84.0
No	7	15.9

Fuente. Base de datos.Nota. Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, PA = Programa académico, *n* = 44.



El 96.15 % (25) si considera laborar como profesional de enfermería mientras que el 3.85 % (1) no. Es fundamental también, cuestionar las situaciones por las cuales no laboran como profesionales de enfermería, se encontró que el 3.85 % (1) no encontró crecimiento profesional donde le ofrecían empleo, el 11.54 % (3) considera que le ofrecían un salario bajo de acuerdo con su percepción, el 57.69 % (15) ha solicitado empleo, pero no ha obtenido respuesta y el 29.92 % (7) no ha solicitado empleo aún (ver **Tabla 5**).

Tabla 5. Profesional de enfermería en otro ámbito laboral.

Variable	<i>f</i>	%
¿Piensa laborar como profesional de enfermería?		
Sí	25	96.1
No	0	0.0
Tal vez	1	3.8
Motivos		
No ha solicitado	7	26.9
Ha solicitado sin respuesta	15	57.6
Salario bajo	3	11.5
Sin crecimiento profesional	1	3.8

Fuente. Base de datos.

Nota. *f*= frecuencia, % = porcentaje, *n* = 26.

En cuanto a los 16 profesionales de enfermería que se encuentra actualmente inactivo, se cuestionó sobre las razones por las cuáles no laboran en su ámbito y se encontró que el 12.50 % (2) no ha solicitado empleo, el 62.50 % (10) ha solicitado empleo sin respuesta y el 12.50 % (2/) comentan que el salario que les ofrecen es bajo. Al 93.75 % (15) les gustaría laborar en el sector público y al 6.25 % en el sector privado. El 75 % (12) refiere que su percepción mensual debe ser más de \$9500, el 12.50 % (2) entre \$5500 y \$9499 mientras que el 12.50 % (2) considera que menos de \$2499 (ver **Tabla 6**).

**Tabla 6.** Profesional de enfermería inactivo.

Variable	<i>f</i>	%
Motivo		
No ha solicitado	4	25.0
Ha solicitado sin respuesta	10	62.5
Salario bajo	2	12.5
Sin crecimiento profesional	0	0.0
Sector laboral		
Público	15	93.7
Privado	1	6.2
Expectativa salarial		
Menor a \$2499	2	12.5
Entre \$2500 y \$5499	0	0.0
Entre \$5500 y \$9499	2	12.5
Más de \$9500	12	75.0

Fuente. Base de datos.

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 16.

Discusión

En relación a la inserción laboral, se encontró que, de 86 profesionales de enfermería encuestados, más de 50% labora como profesional de enfermería, en menor porcentaje en el sector público y mayor en el sector privado, resultados diferentes a los de reportados Guaranguay & Sánchez (2018), mayor porcentaje de los egresados trabaja en el sector público, mientras que menor número lo hace en el privado. En cuanto al área de atención donde cada uno de ellos labora actualmente, se encontró que, el menor porcentaje labora en el tercer nivel de atención, más profesionales trabajan en el segundo nivel y únicamente seguido en el primer nivel de atención, datos similares descritos por Guaranguay y Sánchez (2018) en el desempeño laboral en los tres niveles de atención, centros de salud, hospitales integrales y generales así como los de alta especialidad.

El programa académico del cual egresan los profesionales influye en la inserción laboral, en este estudio la mayoría menciona que, sí favoreció en la inserción laboral, mientras que el un menor porcentaje refiere que no. Estos hallazgos son similares a los publicados por Balseiro *et al.* (2018), cuyos resultados indican que, la mayoría de los participantes refieren que el Programa Académico que se les oferta, favorece su inserción laboral, sin distinción del sector donde se formaron.



Por otra parte, cuando se estudia una profesión, se tiene el propósito de desarrollarse profesionalmente; no obstante, la inserción inmediata al ámbito de trabajo no se logra en todos los profesionales que buscan oportunidades. En este estudio, más de la mitad de los egresados están laborando como licenciado en enfermería, y un tercio comentaron que se desempeña en otra área y el resto no labora, resultados similares a los de Cruz-Vázquez y Bellidos-Castaño (2019).

Desde los orígenes de la enfermería, el cuidado fue otorgado por mujeres, aun cuando ya existe interés de hombre por estudiar esta profesión, en este estudio fue mayor el porcentaje de participantes al igual que en los resultados de Cruz-Vázquez y Bellido-Castaños (2019). Entre las implicaciones desde el punto de vista del egresado, las instituciones carecen de programas de vinculación social que les permitan insertarse en los campos laborales, se encontró que hay un problema real en cuanto al seguimiento de egresados en las diferentes instituciones educativas.

Conclusiones

En el Estado de Nayarit se observa que sí hay oportunidades para los egresados de Licenciatura en Enfermería sin importar si egresan en una institución pública o privada. Sin embargo, se pudo identificar en este estudio que la mayoría de ellos laborar en el sector privado, ya que para ingresar al sector público se debe participar en las convocatorias que se publican. Por lo tanto, aunque la remuneración económica no sea satisfactoria, la mayoría se ven obligados a trabajar en el sector privado.

Existe la necesidad de que las instituciones educativas establezcan estrategias de comunicación con instituciones públicas sobre las necesidades de ciertos perfiles en el campo de la enfermería, así como proponer programas de seguimiento de egresados, sin importar que sean de una institución educativa pública o privada.

Recomendaciones

Elaborar un servicio de Bolsa de Empleo que pueda ser ofertado a través de las instituciones educativas, apoyado con los empleadores, que permitan al egresado (a) que disponga de información oportuna en las redes sociales de las diferentes universidades espacios donde pueda ejercer sus actividades y servicios profesionales.

El Estado también deberá garantizar una mayor empleabilidad e invertir en recursos humanos en enfermería, ya que algunos datos citados en el presente estudio, aún hay ausencia de profesionales de enfermería en el sistema de salud, por ende, esto no permite brindar una atención de



calidad a los usuarios, así como cumplir uno de los objetivos prioritarios para la Cobertura Sanitaria Universal de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). El gobierno de México en sus tres niveles podría promover políticas públicas, como fortalecer la educación continua a través de la profesionalización institucional, incentivos para la formación y la práctica en enfermería y el acceso equitativo a la formación, que permitirá garantizar una oferta académica y profesional acorde a las necesidades y demandas de salud de la población y en el mismo sistema de salud.

Referencias

- Balseiro-Almario, C., Zárate-Grajales, R., Matus-Miranda, R., Balan-Gleaves, C., Sacristán-Ruíz, F., García-Cardona, M. & Pérez-Ruíz, A. (2018). Inserción laboral, desarrollo profesional y desempeño institucional de las (os) egresadas (os) del Plan Único de Especialización en Enfermería de la ENEO-UNAM: una experiencia de doce años. *Enfermería Universitaria*, 9(1), 16-26. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2012.1.242>
- Bayser, S. E. (2022). Motivación y desempeño laboral en el personal de enfermería de una institución pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2, 12, 1-10. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202212>
- Casanovas, I., Escuredo, B., Esteve, J., Abades, M., Guillaumet, M. & Mitjans, J. (2006). Trayectoria laboral de las Enfermeras de una Escuela durante los 4 años siguientes a la graduación: 2000-2004. *Enfermería Clínica*, 16(5), 238-243. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-trayectoria-laboral-enfermeras-una-escuela-13093030>
- Centro de Opinión Pública Laureate México. (2020). *Encuesta Nacional de Egresados 2020*. Universidad del Valle de México. <https://opinionpublica.uvm.mx/sites/default/files/reportes/ENE-2020.pdf>
- Chávez de Diego, S. & Gutiérrez Pérez, J. (2022). *Estudio temático sobre la inserción laboral de egresados y egresadas del grado de enfermería en Andalucía*. https://ws262.juntadeandalucia.es/accua/include/files/deva/analisis/Estudio_Tematico_Enfermeria_2022-08-12.pdf
- Cruz-Vázquez, F. & Bellido-Castaños, M. E. (2019). Trayectoria laboral y satisfacción de los egresados de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. *Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 27(1), 44-51. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim191f.pdf>
- García Blanco, J. M. & Gutiérrez, R. (1996). Inserción laboral y desigualdad en el mercado de trabajo: cuestiones teóricas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (75), 269-194. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=761449>




- Gómez, M. & Ruiz, F. (2021). Factores determinantes en la elección de carrera en enfermería: Un estudio sobre satisfacción laboral y condiciones de trabajo. *Revista de Educación y Desarrollo Profesional en Salud*, 19(3), 80-95. <https://doi.org/10.1016/j.redps.2021.03.004>
- Guaranguay, H. C. & Sánchez, L. (2018) Inserción laboral del enfermero y su desarrollo en ámbito profesional. *Sinapsis Revista Científica*, 1(12), 1-11. <https://doi.org/10.37117/s.v1i12.114>
- Ley General de Salud. (2024). Diario Oficial de la Federación. <https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/pdf/LGS.pdf>
- Manpower Group JA Americas. (05 de septiembre de 2022). *Escasez de Oportunidades Laborales para los Jóvenes en México 2022*. <https://blog.manpowergroup.com.mx/manpowergroup/escasez-de-oportunidades-laborales-para-j%C3%B3venes-2022>
- Martínez Rodríguez, F. M. (2009). El proceso de inserción laboral: Implicaciones educativas para la mejora de la empleabilidad. *Revista Complutense de Educación*, 20(2), 455-471. https://www.researchgate.net/publication/279487621_El_proceso_de_insercion_laboral_Implicaciones_educativas_para_la_mejora_de_la_empleabilidad
- Molina Leza, J., Ruiz Larios, J. A., Zamora Ramos, E. & Bejarano Medellín, R. (2021). *Desafíos de la atención primaria de salud en México*. Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación, Enero 2021. Gobierno de México, Secretaría de Salud, Instituto de Salud para el Bienestar. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651873/Informe_Desafios_APS_ENERO_2021_final.pdf
- Morales, A. & Vázquez, M. (2020). El impacto de la educación superior en la inserción laboral de los egresados en México. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/3498323232025.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (5 de octubre de 2023). *La cobertura sanitaria universal (CSU)*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Rabanal Oyarce, R., Huamán Muñoz, C. R., Murga Valderrama, N. L. & Chauca Valqui, P. (2020). Desarrollo de competencias personales y sociales para la inserción laboral de egresados universitarios. *Revista de Ciencias Sociales de Zulia*, 26(2), 250-258. <https://doi.org/10.31876/rcs.v26i2.32438>
- Salgado Vega, M. C. (2005). Empleo y transición profesional en México. *Papeles de Población*, 11(44), 255-285. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000200011
- Sánchez, J. L., & Ruiz, J. M. (2021). Condiciones idóneas de ingreso al mercado laboral: La equidad y el salario justo como factores determinantes. *Revista Mexicana de Sociología*, 83(2), 45-67. <https://www.redalyc.org/journal/140/14057727003/html/>
- Tinoboras, C. (2021). Estructura sectorial del empleo y Segmentos de inserción laboral: Una construcción operativa para abordar la heterogeneidad sectorial y la segmentación en el mercado de trabajo. Pre-Alas BS. As. Mesa metodológica. *Acta Académica*. <https://www.aacademica.org/cecilia.tinoboras/5.pdf>

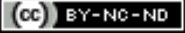
**Modelo de permanencia de memoria incidental en familiar de
primer grado descendiente de Alzheimer**
**Model of permanence of incidental memory in a first degree relative
of alzheimer's descendant**
**Modelo de permanência da memória incidente em familiares
de primeiro grau com doença de Alzheimer**

Álvarez-Huante, Claudia Guadalupe  0000-0002-4084-5089
Instituto Mexicano del Seguro Social, Guanajuato, México.
Doctorado en Ciencias de Enfermería
guardalupe.huante@umich.com.mx

*Contreras-De la Fuente, Hilda Saray  0000-0002-6014-7341
Universidad de Zacatecas, Zacatecas, México.
Doctora en Ciencias de Enfermería. *Autora corresponsal.
scontreras@uaz.edu.mx

Jiménez-González Ma. de Jesús  0000-0003-3806-0714
Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México.
Doctora en Ciencias de Enfermería.
mj.jimenez@ugto.mx

Recibido: 11 de julio de 2024. **Aceptado:** 18 de octubre de 2024.

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 memoria incidental se refiere a la capacidad de los seres humanos de recordar información sin tener la intención consciente de hacerlo; sin embargo, a medida que aumenta la edad, son más vulnerables a la incapacidad de codificar y recuperar las relaciones entre unidades individuales de información, situación que se agrava al padecer la Enfermedad de Alzheimer; es decir, los adultos mayores tienden a presentar problemas



especialmente a la hora de la recuperación de nombres propios y su asociación con las caras a las que pertenecen, a diferencia de nombres de objetos.

Objetivo. Desarrollar una teoría de situación específica que contribuya a la explicación del fenómeno de permanencia de memoria incidental en familiar de primer grado descendiente de Alzheimer.

Metodología. Se utilizó la metodología de derivación teórica propuesta por Jaqueline Fawcett, descrita en cinco pasos: 1. Identificación de conceptos; 2. Clasificación de los conceptos; 3. Identificación y clasificación de las proposiciones; 4. Ordenamiento jerárquico de las proposiciones; y, 5. Formalización de la Estructura Teórico-Conceptual-Empírica.

Resultados. A partir del Modelo de Adaptación de Callista Roy se derivaron los conceptos de riesgo biológico, funcionamiento cognitivo, codificación del aprendizaje, intervención meditativa y permanencia de memoria incidental; se plantearon las preposiciones: 1) La intervención meditativa induce a la secuencia fractalizada de movimientos internos en el organismo, generando la permanencia de la memoria incidental en el familiar de primer grado, 2) La práctica meditativa guiada por el personal de enfermería, puede generar conciencia en las personas sobre su contexto gracias al control físico (respiración) y mental (emociones).

Conclusiones: Las teorías de situación específica proporcionan marcos para comprender fenómenos y situaciones complejas dentro de la práctica de enfermería, como el proceso de conservación de la memoria incidental en personas con factores de riesgo de síndromes cerebrales degenerativos progresivos.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, Cognición, Teoría de la Enfermería.

ABSTRACT

Introduction. Incidental memory refers to the capacity of human beings to remember information without consciously intending to do so; however, as age increases, they are more vulnerable to the inability to encode and retrieve relationships between individual units of information, a situation that is aggravated by Alzheimer's disease; that is, older adults tend to present problems especially when retrieving proper names and their association with the faces to which they belong, as opposed to names of objects.

Objective. To develop a situation-specific theory that contributes to the explanation of the phenomenon of incidental memory permanence in first-degree relatives with Alzheimer's disease.

Methodology. The theoretical derivation methodology proposed by Jaqueline Fawcett, described in five steps, was used: Identification of concepts; 2. Classification of concepts; 3. Identification and classification of propositions; 4. Hierarchical ordering of propositions; and, 5. Formalization of the Theoretical-Conceptual-Empirical Structure.



Results. Based on Callista Roy's Adaptation Model, the concepts of biological risk, cognitive functioning, learning codification, meditative intervention and incidental memory permanence were derived; the prepositions: 1) The meditative intervention induces the fractalized sequence of internal movements in the organism, generating the permanence of incidental memory in the first degree relative, 2) The meditative practice guided by the nursing staff, can generate awareness in people about their context thanks to the physical (breathing) and mental (emotions) control.

Conclusions. Situation-specific theories provide frameworks for understanding complex phenomena and situations within nursing practice, such as the process of incidental memory retention in persons with risk factors for progressive degenerative brain syndromes.

Keywords: Alzheimer Disease, Cognition, Nursing Theory.

RESUMO

Introdução. A memória incidental refere-se à capacidade que os seres humanos têm de recordar informações sem a intenção consciente de o fazer; no entanto, com o avançar da idade, ficam mais vulneráveis à incapacidade de codificar e recuperar relações entre unidades individuais de informação, situação que é agravada pela doença de Alzheimer; ou seja, os idosos tendem a apresentar problemas sobretudo na recuperação de nomes próprios e na sua associação com as caras a que pertencem, por oposição a nomes de objectos.

Objetivo. Desenvolver uma teoria específica da situação que contribua para a explicação do fenómeno da permanência incidental da memória em familiares de primeiro grau com doença de Alzheimer.

Metodologia. Foi utilizada a metodologia de derivação teórica proposta por Jaqueline Fawcett, descrita em cinco etapas: Identificação de conceitos; 2. Classificação de conceitos; 3. Identificação e classificação de proposições; 4. Ordenação hierárquica de proposições; e, 5. Formalização da Estrutura Teórico-Conceitual-Empírica.

Resultados. Com base no Modelo de Adaptação de Callista Roy, foram derivados os conceitos de risco biológico, funcionamento cognitivo, codificação da aprendizagem, intervenção meditativa e permanência incidental da memória; as preposições: 1) A intervenção meditativa induz a seqüência fractalizada de movimentos internos no organismo, gerando a permanência da memória incidental no familiar de primeiro grau, 2) A prática meditativa orientada pela equipe de enfermagem, pode gerar consciência nas pessoas sobre seu contexto graças ao controle físico (respiração) e mental (emoções).

Conclusões. As teorias específicas da situação fornecem enquadramentos para a compreensão de fenómenos e situações complexas no âmbito da prática de enfermagem,



como o processo de retenção da memória incidental em pessoas com factores de risco para síndromes cerebrais degenerativas progressivas.

Palavras Chave: Doença de Alzheimer, Cognição, Teoria de Enfermagem.

Introducción

Generalmente el término demencia es utilizado para referirse a los síndromes cerebrales degenerativos progresivos, que afectan la memoria, el pensamiento y las emociones; los tipos más comunes de demencia son la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia vascular, afectando hasta al 90 % de las personas; además, se superan los 55 millones de personas que viven con demencia y en el año 2022 se presentó como la séptima causa de muerte a nivel mundial (Alzheimer's Disease International, 2022).

En este sentido, el número de nuevos casos de EA aumenta dramáticamente con la edad, según estimaciones del Proyecto de Salud y Envejecimiento de Chicago (CHAP), en el año 2011 la incidencia anual promedio en personas de 65 a 74 años fue de 0.4 %; en personas de 75 a 84 años la incidencia anual fue del 3,2 %; y para los mayores de 85 años, la incidencia fue del 7,6 %; sin embargo, las personas menores de 65 años también pueden desarrollar la EA, según estudios de incidencia y prevalencia de inicio más joven en Estados Unidos, en los que se estima que alrededor de 110 personas por cada 100 000 entre 30 y 64 años tienen demencia de inicio temprano (ADI, 2023). Otro factor que ha llamado la atención es la incidencia según sexo, en virtud de que las mujeres se ven afectadas en forma desproporcionada, específicamente en la región de las Américas, mostrando un 66 % de muertes por EA y otras demencias (Seong, 2022).

Respecto a la herencia familiar, se han documentado inicios tempranos en niños (13 años) y adultos jóvenes (35 años), sin embargo; se informaron menos cambios en el dominio cognitivo en adultos de mediana edad (53 años) y mayores (65-78 años) con herencia familiar. Los antecedentes familiares y el familiar de primer grado tienen un riesgo de cuatro a diez veces mayor de desarrollar esta enfermedad, en comparación con personas que no tienen antecedentes, mencionando que la transmisión materna de EA es más frecuente que la paterna (Talboom, 2019).

Por otra parte, en la EA se identifican los estadios leve, moderado y grave, estos tienen relación con el compromiso en la memoria a largo plazo; misma que al deteriorarse puede afectar principalmente el aprendizaje incidental, el cual se adquiere de manera inconsciente, pero se recupera de manera consciente, de tal manera que el aprendizaje incidental da lugar a la memoria incidental, ya que ambos son parte del mismo tipo de procesamiento de la información. Cuando se habla de



memoria incidental, se refiere a la adquisición de información sin que la persona haga esfuerzo voluntario para hacerlo, y el recuerdo de esta información sea visible una vez que la recuerde (Montoro, 2022).

Resulta importante mencionar que, el familiar de primer grado descendiente de EA puede presentar deficiencias en las tareas de alta demanda cognitiva, ya que la memoria visoespacial incidental es sensible a cambios por el envejecimiento, es posible que presenten datos asintomáticos con alteraciones en la memoria, y se presente un deterioro considerable si no se realizan actividades de prevención, ya que la memoria visoespacial incidental es más vulnerable al envejecimiento normal. Así también, plantea la posibilidad de que pueda ser sensible a procesos iniciales de deterioro en condiciones normales o patológicas (Chiou, 2022).

Por lo anterior, se precisa desarrollar una teoría de situación específica con conceptos y proposiciones que permitan el abordaje de cuidado preventivo con relación a la función neurológica de los familiares de primer grado. De igual forma permite al profesional de enfermería analizar la importancia de los conceptos y proposiciones teóricas de enfermería relacionadas con el funcionamiento neurológico que conducen a identificar disfunciones con la codificación almacenamiento y recuperación de la memoria teniendo un impacto en la vida diaria del familiar, mediante la intervención efectiva y adecuada para preservar la memoria incidental en el familiar de primer grado descendiente de Alzheimer.

Finalmente, las teorías proporcionan una base para desarrollar el conocimiento y explicar los fenómenos relacionados a la práctica de enfermería; por lo tanto, la necesidad de estructurar el conocimiento facilita una mayor comprensión, permite el crecimiento y desarrollo disciplinar y sirve como guía para intervenciones futuras.

Metodología

Para el desarrollo de la presente teoría de situación específica, Modelo de permanencia de memoria incidental en familiar de primer grado descendiente de Alzheimer, se utilizó como referente teórico el Modelo de Adaptación de Roy (2009), bajo el método de derivación teórica propuesto por Jaqueline Fawcett (2000). El proceso está compuesto por cinco pasos: 1) Identificación de los conceptos de la teoría del Modelo de Adaptación; 2) Clasificación de conceptos de la teoría de situación específica Modelo de Permanencia de Memoria Incidental; 3) Identificación y clasificación de las proposiciones de la teoría derivada; 4) Ordenamiento jerárquico de las proposiciones y 5) Construcción del diagrama del modelo y los indicadores empíricos identificados de la literatura que se proponen para medir los conceptos de interés.



Además, para la revisión de la literatura se incluyeron artículos y trabajos originales en los idiomas inglés y español, que abordaron conceptos seleccionados del Modelo de Adaptación de Roy y el fenómeno de Alzheimer en familiares de primer grado. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, SciELO y Elsevier, en el periodo comprendido de enero a noviembre 2023 se obtuvieron un total de 35 artículos, de los cuales se eliminaron siete no relacionados, cinco que no especificaban el método y cinco no fueron de interés para el trabajo.

Modelo de Adaptación

El Modelo de Adaptación propuesto por Calixta Roy, tiene como propósito explicar y comprender como las personas responden a los cambios en su salud y en su entorno, teniendo como principal supuesto que los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse y responder a los estímulos que les permite mantener un equilibrio en su vida (Roy, 2009). Sus principales conceptos son: persona, ambiente, salud, enfermería, veritividad, estímulos (focal, residual, contextual), sistemas de afrontamiento (regulador y cognitivo), modos de adaptación (fisiológico, autoconcepto, desempeño del rol e interdependencia) y resultados de adaptación que se derivan como respuestas eficaces o ineficaces (Rodríguez, 2020).

Respecto a los estímulos, estos son definidos como factores internos, externos, situacionales o del entorno que provocan una respuesta; por su parte, los sistemas de afrontamiento representan dichos cambios en la dinámica interna de las personas, ya sea de forma innata o adquirida, dentro de ellos, la cognición y la memoria se describen como el conjunto de habilidades de las personas para pensar, sentir y actuar, que involucran el procesamiento de la información para adquirir conocimiento de la experiencia; es decir, como un sistema que se ejecuta mediante el almacenamiento, codificación y recuperación de la información, y se presenta durante diferentes periodos en la vida de la persona. En este sentido, la cognición forma la estructura en tres etapas secuenciales, denominadas por Roy como entradas, procesos centrales y salidas. La conciencia y la evaluación sensorial y motora también son componentes importantes en la función neurológica (Roy, 2009).

En primer lugar, la entrada involucra los procesos de alerta, atención, sensación y percepción; a su vez, el estado de alerta y la atención procesan la información en una forma automática o controlada, de tal forma que las experiencias sensoriales se transforman en una percepción o representación mental que se relaciona con la experiencia y el conocimiento del mundo que tiene la persona, y dirigen los mecanismos de percepción hacia el estímulo en el campo de la conciencia. En segundo lugar, los procesos centrales, son estímulos percibidos y procesados mediante la codificación y formación de conceptos, la memoria y el lenguaje; siendo la principal habilidad del cerebro: almacenar la información, codificando



representaciones de la experiencia; lo cual le permite correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones para poder afrontar de forma efectiva el ambiente (Fawcett, 2017).

Finalmente, la salida representa la planeación y respuesta motora, las personas actúan de acuerdo con la interpretación que hacen del ambiente, y con base a ella formulan metas y etapas para cumplirlas; además, los comportamientos se expresan a través de las respuestas motoras en los cuatro modos de adaptación. La importancia de estos procesos de adaptación en modo compensatorio radica en preservar el funcionamiento cognitivo, neurológico y la plasticidad cerebral con cambios funcionales y capacidades de adaptación del sistema nervioso central (Roy, 2009).

Por otra parte, Roy define los modos de adaptación, como respuestas conductuales de los humanos ante los estímulos del entorno (Fawcett, 2017). Uno de los modos adaptativos es el fisiológico, donde intervienen los procesos de afrontamiento del sistema cognitivo, el cual se compone de canales cognoscitivos y emocionales de la percepción, el aprendizaje, el juicio y la emoción; e incluye actividades de atención selectiva, codificación y memoria (Roy & Andrews, 1999).

Con relación a los resultados adaptativos, Roy los define como respuestas que propician la integridad en el ser humano, el sistema adaptativo en términos de los objetivos de supervivencia, crecimiento, reproducción, dominio y transformación humana y ambiente. En cambio, las respuestas ineficaces las definen como respuestas que pueden, en la situación inmediata o continua, amenazar la supervivencia, crecimiento, reproducción, dominio o transformaciones de las personas y el medio ambiente, la comprensión del procesamiento cognitivo y emocional son esenciales para relacionarse con la adaptación del ser humano (Roy, 2009).

En este orden de ideas; los conceptos de la teoría madre (Roy, 2009), proporcionaron la base para la derivación de conceptos y proposiciones, esta derivación indirecta se centró en el proceso de extracción, comprensión, adaptación e integración de los nuevos conceptos (Fawcett, 1995), para la mejor comprensión del fenómeno, a través de la teoría de situación específica: Modelo de permanencia de memoria incidental en familiar de primer grado descendiente de Alzheimer.

En vista de lo expuesto anteriormente, se realizó la derivación de los siguientes conceptos, del procesamiento cognitivo: 1) proceso de entrada del estímulo contextual (riesgo biológico), 2) proceso central: cognitivo (funcionamiento cognitivo), aprendizaje (codificación del aprendizaje), conciencia (intervención meditativa) y 3) proceso de salida: respuesta adaptativa (permanencia de la memoria incidental).



Riesgo Biológico

Para Roy (2016), el estímulo contextual, es la parte interna o externa a la que ha de enfrentarse la persona de forma inmediata y que, a su vez ayuda a mejorar o empeorar la situación en la que se encuentra. En este sentido, el familiar de primer grado descendiente de Alzheimer se enfrenta al factor de parentesco familiar, el cual es definido por Bowles (2020), como la referencia a padres, hermanos e hijos, que comparten la mitad de su información genética. De forma similar, para Ruiz, (2020), el grado de parentesco se clasifica en dos categorías, la primera es consanguinidad, que es el grado de parentesco correspondiente a la propia familia con vínculo de sangre (padres e hijos) y la segunda, que es por afinidad estos corresponden a la familia del conyugue que es por el vínculo legal.

Además, Haussmann, *et al.* (2018), destacan que el factor de riesgo genético más importante para la EA es el alelo e4 de la apolipoproteína E, en familiares de primer grado con antecedentes de la enfermedad, lo que tiene relación con D'Alonzo, *et al.* (2023), quienes mencionan que el riesgo genético de presentar EA en familiares de primer grado es de cuatro a diez veces mayor que en las personas que no presentan ningún antecedente de la enfermedad. Finalmente, se puede identificar que existe mayor riesgo genético en familiares de primer grado que hayan tenido madre con EA (Talboom, 2019).

Expuesto el análisis anterior, el concepto derivado de estímulo contextual, es *riesgo biológico*, definido como la posibilidad asociada a la condición genética, familiaridad de primer grado y a la edad cronológica que tienen las personas para desarrollar enfermedad de Alzheimer.

Funcionamiento cognitivo

El Modelo de Adaptación afirma que, el sistema de afrontamiento cognitivo, representa las diferentes formas de responder a los cambios del ambiente, dichas formas pueden surgir de la propia persona o bien pueden ser obtenidas de otras fuentes; además, de él, surgen los conceptos de cognición, aprendizaje y conciencia. Particularmente, el concepto de cognición, Roy lo define como la “capacidad de pensar, sentir y actuar”, expresada a través de funciones motoras como el lenguaje, la expresión corporal y los movimientos en general, además, en este proceso se involucran también la conciencia, los estímulos, la emoción, la percepción, el juicio y el aprendizaje Roy (2009).

En este sentido, Scolari (2023), la conceptualiza como el conjunto de procesos mentales, los cuales se organizan dando sentido a la actividad, al pensamiento, al razonamiento, a la acción, y a diferentes formas de relación de las personas con el mundo y con la información que atrae de él.



Asimismo, la cognición constituye una de las áreas de conocimiento relevantes para la construcción del conocimiento a partir de los principios que articulan los procesos de aprendizaje en el ser humano (Fuentes, *et al.* 2021). Desde el punto de vista biológico, la cognición es la facultad de procesar información interna y externa al individuo, así como de integrarla y gestionarla a través de redes neuronales (Paredes, *et al.* 2020).

Por lo anterior, el concepto de cognición se deriva en *Funcionamiento cognitivo*, que se define como la capacidad que tiene el familiar de primer grado para procesar información, fortalecer su aprendizaje y mejorar la interacción con su entorno, provocando a su vez comportamiento positivo.

Codificación del aprendizaje

El segundo concepto incluido en el sistema cognitivo es el aprendizaje, el cual es definido por Roy (2009) como una respuesta deliberada que responde a través de cuatro canales: procesamiento de información, percepción, juicio y emoción. Para los autores Hernández, Fernández *et al.* (2018), la concepción del aprendizaje es un proceso de creación del conocimiento por los alumnos, mediante la solución colectiva de tareas, así como el intercambio y confrontación de ideas, opiniones, experiencias entre estudiantes y profesores. En este sentido Nolla (2019), menciona que, el aprendizaje es un proceso autodirigido, es una motivación por diferentes temas que hace que las personas seleccionen lo que quieren aprender. Finalmente, Kang *et al.* (2024), menciona que el aprendizaje es el proceso a través del cual el ser humano adquiere o modifica sus habilidades destrezas, conocimientos o conductas, como fruto de la experiencia directa, estudio, observación, razonamiento o instrucción, dicho en otras palabras, el aprendizaje es el proceso de formar experiencia y adaptarla para futuras ocasiones.

Por lo tanto, para fines de este trabajo el concepto de aprendizaje es derivado en *codificación del aprendizaje* y definido como la construcción de interpretaciones a nivel neuronal, a través de la organización de información eficiente que realiza el familiar de primer grado, mostrando cambios relativamente permanentes generadores de conductas como resultado de la experiencia.

Intervención meditativa

Después de lo anterior, el concepto de conciencia para Roy (2009), es la capacidad propia de los seres humanos de reconocerse a sí mismos, de tener conocimiento y percepción de su propia existencia y de su entorno; en este sentido, esta conciencia proporciona la posibilidad humana de reflexionar sobre las acciones del ser, así mismo la conciencia está asociada a la actividad mental que implica



dominio del propio individuo sobre sus sentidos, la capacidad de la persona para adaptarse o autorregularse. De forma similar, la conciencia es entendida como un conocimiento compartido que un ser tiene de sí mismo y de su entorno, aplicándolo a diferentes procesos cognitivos interrelacionados (Albert, 2021). En este sentido, la conciencia es la capacidad para percibir tanto el entorno externo como las sensaciones internas de cuerpo y mente, y relacionada con la toma de decisiones (Apocada-Armenta, *et al.* 2024). Además, en palabras de Laso, *et al.* (2020), la conciencia es parte del conocimiento, las percepciones y comportamientos favoreciendo a la formación integral del ser humano.

Por lo anterior, la conciencia se derivó en *intervención meditativa*, como los procesos iterativos de atención y relajación que generan energía interna y externa, modifican los estados mentales, así como la contemplación del funcionamiento psíquico y físico del familiar de primer grado.

Permanencia de memoria incidental

Finalmente, Roy describe la respuesta adaptativa como el proceso y resultado que emerge de la capacidad de pensar y sentir; es decir, son las modificaciones que realizan las personas para adaptarse a nuevas situaciones, buscando estímulos en su entorno para el desarrollo de estrategias de afrontamiento, teniendo una adaptación que puede ser eficaz o ineficaz (Pilco *et al.*, 2022). Otra connotación del concepto plantea que la adaptación en el ser humano se basa en instintos que contribuyen a la supervivencia, así como en dispositivos cerebrales básicos que permiten que se desarrolle la cognición y el comportamiento (Builes, 2018). Así mismo, para la Biología es un proceso por el cual un organismo se acomoda al medio ambiente y a los cambios (Calabrese *et al.*, 2023). De acuerdo con Watkins, *et al.* (2023), se refiere a los cambios que experimenta el individuo en su capacidad intelectual y emocional de responder adecuadamente al entorno.

Por lo anterior, la respuesta de adaptación se deriva en *permanencia de memoria incidental*, descrita como la adquisición y preservación de información sin esfuerzo voluntario del familiar de primer grado, cuyo recuerdo que se establece sea visible una vez que se le pide la información.

Teniendo en cuenta el proceso de derivación teórica, se expone en el **Esquema 1**, la estructura Teórico-Conceptual-Empírica del Modelo de Permanencia de Memoria Incidental en Familiar de Primer Grado Descendiente de Alzheimer, en ella se pueden observar las etapas secuenciales, descritas anteriormente por Roy y derivadas para tal propósito: 1) Entrada: que involucra al estímulo contextual, en este caso el (riesgo biológico); 2) proceso central, que incluye el proceso cognitivo (funcionamiento cognitivo), aprendizaje (codificación del aprendizaje), conciencia (intervención meditativa) y proceso de salida: respuesta adaptativa: (permanencia de la memoria incidental) (ver **Esquema 1**).



Esquema 1. Estructura Teórico Conceptual Empírica del Modelo de Permanencia de Memoria Incidental en Familiar de Primer Grado Descendiente de Alzheimer

TEORÍA	ESTÍMULO	PROCESO DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO			RESPUESTA ADAPTATIVA
		COGNITIVO	APRENDIZAJE	CONCIENCIA	
	↓	↓	↓	↓	↓
CONCEPTUAL	RIESGO BIOLÓGICO	FUNCIONAMIENTO COGNITIVO	CODIFICACIÓN DEL APRENDIZAJE	INTERVENCIÓN MEDITATIVA	PERMANENCIA DE MEMORIA INCIDENTAL
	Posibilidad asociada a la edad cronológica y a la condición genética de desarrollar enfermedad de Alzheimer.	Capacidad que tiene el familiar de primer grado para procesar información, fortalecer su aprendizaje y mejorar la interacción como su entorno, provocando a su vez comportamiento positivo.	Construcción de interpretaciones a nivel neuronal, a través de la organización de información eficiente que realiza el familiar de primer grado, mostrando cambios relativamente permanentes que generan una conducta como resultado de la experiencia.	Procesos iterativos de atención y relajación generando energía interna y externa que modifica los estados mentales, así como la contemplación del funcionamiento psíquico y físico del familiar de primer grado.	Adquisición y preservación de información sin esfuerzo voluntario del familiar de primer grado y el recuerdo que se establece sea visible una vez que se le pide la información.
	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
EMPÍRICA	Cédula de datos sociodemográficos (Álvarez, 2022).	Mini Mental State Examination (Lopez, 2005).	Prueba memoria incidental laberinto (López, <i>et al.</i> , 2016).	Guía de Meditación Básica (Álvarez, 2022).	Prueba de memoria incidental patrones (Olvera, 2022).

Fuente. Elaboración propia, 2023.



Proposiciones de Modelo de Permanencia de Memoria Incidental en Familiar de Primer Grado Descendiente de Alzheimer

El Modelo de Permanencia de Memoria Incidental en Familiar de Primer Grado Descendiente de Alzheimer, parte de los siguientes supuestos relacionales y no relacionales.

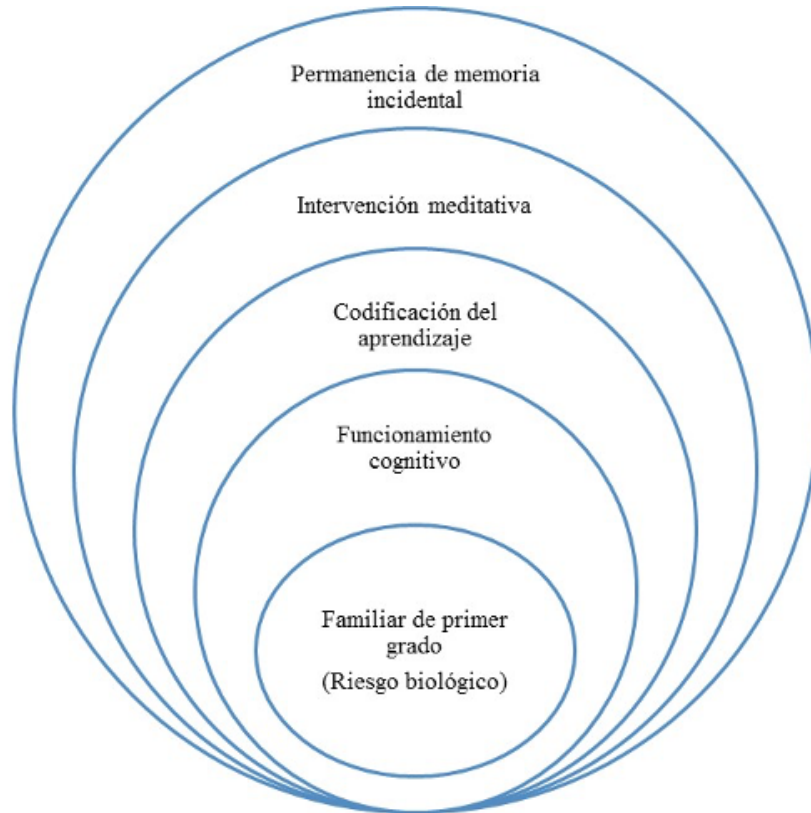
Las proposiciones relacionales planteadas son: 1) El riesgo biológico de la enfermedad de Alzheimer afecta a los descendientes de primer grado. 2) El familiar de primer grado descendiente de Alzheimer fortalece su funcionamiento cognitivo mediante el procesamiento de la información acerca de la enfermedad de Alzheimer y el entorno. 3) El profesional de enfermería proporciona procesos iterativos de atención y relajación al familiar de primer grado con descendencia de Alzheimer. 4) La intervención meditativa induce a la secuencia fractalizada de movimientos internos en el organismo, generando la permanencia de la memoria incidental en el familiar de primer grado.

Además se plantean proposiciones no relacionales: 1) Durante los estadios leves o moderados de la enfermedad de Alzheimer, el compromiso de la memoria incidental, se hace más evidente comenzando a inferir significativamente en las actividades de la vida diaria, con la imposibilidad de evocar eventos recientes, la desorientación témporo-espacial y la incapacidad de realizar nuevos aprendizajes. 2) La práctica meditativa guiada por el personal de enfermería, puede convertirse en un elemento clave para los pacientes, a la hora de canalizar sus respuestas y captar su atención, de esta forma, serán más conscientes de lo que sucede a su alrededor gracias a su control físico (respiración) y mental (emociones).

De esta manera, el familiar de primer grado se sitúa en el centro de esta intervención, presentando un riesgo biológico, la línea recta de enfermedad de Alzheimer está relacionada directamente con el funcionamiento cognitivo; este a su vez se relaciona directa y positivamente con la codificación del aprendizaje. Así mismo, la codificación del aprendizaje tiene relación directa y positiva con la intervención meditativa, misma que se relaciona directamente con la permanencia de la memoria incidental; posteriormente puede retroalimentarse mediante los procesos iterativos de la intervención meditativa; no obstante el riesgo biológico se encuentra presente en cada uno de los procesos: 1) entradas (riesgo biológico), 2) procesos centrales (funcionamiento cognitivo, codificación del aprendizaje para llegar a la intervención meditativa y dar una respuesta adaptativa), y 3) salidas (permanencia de la memoria incidental) retroalimentando cíclicamente en la intervención meditativa y la permanencia de la memoria incidental (ver [Esquema 2](#)).



Esquema 2. Modelo de Permanencia de Memoria Incidental en Familiar de Primer Grado Descendiente de Alzheimer.



Fuente. Elaboración propia, 2023.

Consideraciones finales

Las teorías proporcionan marcos para comprender, predecir y explicar los fenómenos, fortalecen el conocimiento disciplinar y dan sustento a la práctica de enfermería; por tanto, el desarrollo y derivación de teorías de situación específica se vuelve indispensable para el abordaje de problemáticas de la práctica disciplinar cotidiana. En este sentido, la metodología de derivación teórica fue oportuna para la generación del Modelo de Permanencia de Memoria Incidental en Familiar de Primer Grado Descendiente de Alzheimer, a partir del Modelo de Adaptación.



El interés por el fenómeno de riesgo de demencia por síndromes cerebrales degenerativos progresivos hizo necesario el estudio de procesos relacionados con las funciones neurológicas, lo que permitió la comprensión del familiar de primer grado a medida que se adapta al riesgo biológico para mejorar sus respuestas conductuales adaptativas a través de la intervención meditativa. Así mismo, los conceptos derivados y los indicadores empíricos propuestos abren la posibilidad de diseñar intervenciones basadas en el modelo lo que es importante para la planificación adecuada sobre la base de la valoración cognitiva del participante, el enfoque es prevenir el deterioro cognitivo o el inicio precoz de la enfermedad de Alzheimer, favoreciendo el desempeño cognoscitivo de las personas a partir del uso de las capacidades preservadas, con esto se busca mantener la funcionalidad durante sus actividades cotidianas.

Finalmente, las intervenciones de enfermería, que reflejan las diversidades y complejidades de las experiencias meditativas deben ser identificadas, aclaradas, desarrolladas, probadas y evaluadas.

Referencias

- Alban Pilco, K. M., Pinduisaca Yumisaca, K. A.. (2022) Cuidados de adaptación en pacientes pediátricos ante la hospitalización [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9369>
- Albert R. (2014). El despertar de la conciencia en el proceso actual de cambio cultural. *Scripta Ethnologica*, XXXVI, 108-127. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14832692004>
- Álvarez, C. (2022). Efecto de la meditación y actividad electroencefalografía en hijos de padres con Enfermedad de Alzheimer. Cédula de datos sociodemográficos [Tesis]. Universidad de Guanajuato.
- Álvarez, C. (2022). *Efecto de la meditación y actividad electroencefalografía en hijos de padres con Enfermedad de Alzheimer. Guía básica de meditación* [Tesis]. Universidad de Guanajuato.
- Alzheimer's Disease International. (2022). *Guía para planificar con éxito una campaña del mes mundial del Alzheimer*. <https://www.alzint.org/u/Campaign-Toolkit-2022-Spanish-25July2022.pdf>
- Alzheimer's Association. (2023). 2023 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers & Dementia*, 19(4), 1598-1695. <https://doi.org/10.1002/alz.13016>
- Apodaca-Armenta, R. E., Gómez-Rodríguez, G. A. & Rodríguez-Vázquez, N. (2024). Instrumentos para medir conciencia en salud en jóvenes: una revisión sistemática. *Sanus*, 9(20), e412, 1-14. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.412>



- Builes, I., Manrique, H. Henao, C. M. (2017). Individuación y adaptación: entre determinaciones y contingencias Nómadas. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 51(2), 1-23. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153284002.pdf>
- National Human Genome Research Institute [NIH]. (9 de diciembre de 2024). Pariente de primer grado. *Glosario parlante de términos genómicos y genéticos*. <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Pariente-de-primer-grado>
- Calabrese, E. J., Osakabe, N., Di Paola, R., Siracusa, R., Fusco, R., D'Amico, R., Impellizzeri, D., Cuzzocrea, S., Fritsch, T., Abdelhameed, A. S., Wenzel, U., Franceschi, C., Calabrese, V. (2023). Hormesis defines the limits of lifespan. *Ageing Res Rev.*, 91, 102074. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102074>
- Chiou, S.-C. (2022). Attention modulates incidental memory encoding of human movements. *Cognitive Processing*, 23(2), 155-168. <https://doi.org/10.1007/s10339-022-01078-1>
- D'Alonzo, Z. J., Lam, V., Takechi, R., Nesbit, M., Vaccarezza, M. & Mamo, J. C. L. (2023). Peripheral metabolism of lipoprotein-amyloid beta as a risk factor for Alzheimer's disease: potential interactive effects of APOE genotype with dietary fats. *Genes & Nutrition*, 18, 2. <https://doi.org/10.1186/s12263-023-00722-5>
- Fawcett J. (2000). Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories. En J. Fawcett & S. DeSanto-Madeya, *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (pp. 421-484). F.A. Davis.
- Fawcett, J. (2017). *Applying conceptual models of nursing. Quality improvement research, and practice*. Springer.
- Fawcett, J. (1995). *Conceptual models nursing: Analysis and evaluation* (3.ª ed). FA. Davis.
- Fuentes, A., Umaña, J. P., Risso, A. & Facal, D. (2021). Ciencias cognitivas y educación: Una propuesta de diálogo. *Sophia, colección de Filosofía de la Educación*, (30), 43-70. <https://doi.org/10.17163/soph.n30.2021.01>
- Hernández, Y., Fernández, I., Henríquez, D. & Lorenzo, Y. (2018). Proceso de atención de enfermería: Estrategias para la enseñanza-Aprendizaje. *ALADEFE*, 8(2). <https://www.update.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje/>
- Hausmann, R., Ganske, S., Gruschwitz, A., Werner, A., Osterrath, A., Lange, J., Buthut, M., Donix, K. L., Linn, J. & Donix, M. (2018). Family History of Alzheimer's Disease and Subjective Memory Performance. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(7), 458-462. <https://doi.org/10.1177/1533317518775033>
- Kang, P., Tobler, P. N. & Dayan, P. (2024). Bayesian reinforcement learning: A basic overview. *Neurobi-*



- ology of Learning Memory*, 211, 107924. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2024.107924>
- Laso, S., Marbán, J. M. & Ruiz, M. (2019). Diseño y validación de una escala para la medición de conciencia ambiental en los futuros maestros de primaria. *Profesorado Revista de Curriculum y Formación Del Profesorado*, 23(3), 297–316. <https://doi.org/10.30827/profesorado.v23i3.11181>
- López-Loeza, E., Rangel-Argueta, A. R., López-Vázquez, M. A., Cervantes, M., Olvera-Cortes, M. E. (2016). Differences in EEG power in young and mature healthy adults during an incidental/spatial learning task are related to age and execution efficiency. *Age*, 38, 7. <https://doi.org/10.1007/s11357-016-9896-z>
- Lopez, M. N., Charter, R. A., Mostafavi, B., Nibut, L. P. & Smith, W. E. (2005). Psychometric properties of the Folstein Mini-Mental State Examination. *Assessment*, 12(2), 137-44. <https://doi.org/10.1177/1073191105275412>
- Montoro, P.R., Ruiz, M. (2022). Incidental visual memory and metamemory for a famous monument. *Attention, Perception & Psychophysica*, 84, 771-780. <https://doi.org/10.3758/s13414-022-02472-9>.
- Nolla, M. (2019). Learning and clinical practices. *Educación Médica*, 20(2), 100-104. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.019>
- Olvera-Cortes. (2022). Prueba de memoria indicental. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Paredes-Ramos, P., Espinosa-Palenia, M., Espejo-Beristaín, G., Ahuja-Aguirre, C., Hernández-Cruz, B. & Coria-Avila, G. (2020). Cognición en cerdos. *Revista eNeurobiología*, 11(26), 250520. <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2020/26/Paredes-Ramos/HTML.html>
- Rodríguez, I. (2013). Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy. *Nuberos Científia*, 2(10). <https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/10/82>
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3.ª ed.). Pearson Education.
- Roy, C. & Andrews, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model* (2.ª ed.). N Appleton & Lange.
- Roy, C., Bakan G, Li Z, Nguyen TH. (2016). Coping measurement: Creating short form of Coping and Adaptation Processing Scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions. *Applied Nursing Research*, 32, 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.06.002>
- Ruiz de Arriaga, J. M. (2020). Los grados de parentesco familiar. *Arriaga Asociados* [blog]. <https://www.arriagaasociados.com/2020/01/grados-de-parentesco/>
- Solorio Silva, S. (2023). Cognición, aprendizaje y educación: entre la crítica y el pragmatismo. *Diálogos sobre Educación*, 14(28), 1-2. <https://doi.org/10.32870/dse.v0i28.1443>
- Seong, S. J., Kim, B. N., Kim, K. W. (2022). National Dementia Plans of Group of Seven Countries and



South Korea Based on International Recommendations. *JAMA Network Open*, 5(11), e2240027.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36326766/>

Talboom, J. S., Håberg, A., De Both, M. D., Naymik, M. A., Schrauwen, I., Lewis, C. R., Bertinelli, S., Hammersland, C., Fritz, M. A., Myers, A. J., Hay M., Barnes, C. A., Glisky, E., Ryan, L. & Huentelman, M. J. (2019). Family history of Alzheimer's disease alters cognition and is modified by medical and genetic factors. *eLife*, 8, e46179, 1-6. <https://doi.org/10.7554/eLife.46179.001>

Watkins, S., Raisborough, J. & Connor, R. (2023). Aging as Adaptation. *The Gerontologist*, 63(10), 1602-1609. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37098134/>

**Proceso Enfermero aplicado a un paciente post COVID-19
con ansiedad y deterioro de la movilidad física**
**Nursing process applied to a post-COVID-19 patient with anxiety
and impairment of physical mobility**
**Processo de enfermagem aplicado a um paciente pós-COVID-19
com ansiedade e comprometimento da mobilidade física**

*Vázquez-Ovando, Román  0000-0002-8171-5256

Universidad Veracruzana en la Región Xalapa, Veracruz, México.
Estudiante de la Maestría en Enfermería. Docente por asignatura del Centro de Estudios
Tecnológicos y Universitarios del Golfo. *Autor corresponsal.
rom.55vazquez@gmail.com


Muñoz-Ortiz, Elizabeth  0009-0001-9752-9335

Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación sobre la Salud Pública,
Miahuatlan de Porfirio Diaz, Oaxaca, México. Doctora en Investigaciones Cerebrales
elimo225@gmail.com

Torres-Méndez, Gerardo  0009-0004-5718-3941

Centro de Estudios Tecnológicos y Universitarios del Golfo, Veracruz, México.
Licenciado en Fisioterapia.
escudero_gerardo@hotmail.com

Recibido: 30 de julio de 2024. **Aceptado:** 23 de septiembre de 2024.

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. El proceso de enfermero permite desarrollar intervenciones efectivas a personas con trombosis venosa profunda secundario a COVID-19, y sus complicaciones subyacentes como la ansiedad y el deterioro de la movilidad física. La ansiedad es



una afección presente en un gran número de personas en la sociedad, esto se puede desencadenar por diversos factores, como los biológicos, familiares, laborales entre otros. La pérdida de la movilidad física se puede presentar por diversas patologías y en algunos casos puede ser una complicación.

Objetivos. Realizar un plan de atención de enfermería para disminuir el nivel de ansiedad y aumentar la movilidad física de un paciente con diagnóstico de COVID-19 y trombosis venosa profunda.

Metodología. El presente caso clínico utilizó la metodología del Plan de Atención de Enfermería con base en los once patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, en consecuencia, los diagnósticos se establecieron utilizando la taxonomía NANDA, los resultados esperados fueron determinados y evaluados con la taxonomía NOC, y las intervenciones se seleccionaron de la taxonomía NIC.

Presentación del caso. Paciente masculino de 31 años, con ansiedad y deterioro de la movilidad física a causa de una trombosis venosa profunda secundaria a COVID-19.

Conclusión. Este caso clínico muestra los elementos que se pueden obtener de las taxonomías NANDA, NIC y NOC para llevar a cabo intervenciones efectivas en pacientes con diagnósticos de ansiedad y deterioro de la movilidad física a causa de las complicaciones por SARS-CoV-2. El paciente mostró una disminución de la ansiedad y recuperó paulatinamente la movilidad física.

Palabras claves. Ansiedad, Limitación de la Movilidad, Proceso de Enfermería (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Nursing process allows to develop effective interventions for people with deep vein thrombosis secondary to COVID-19, and its underlying complications such as anxiety and impairment of physical mobility. Anxiety is a condition present in a large number of people in society, this can be triggered by various factors, such as biological, family, work, among others. Loss of physical mobility can occur due to various pathologies and in some cases it can be a complication.

Objectives. Create a nursing care plan to reduce the level of anxiety and increase the physical mobility of a patient diagnosed with COVID-19 and deep vein thrombosis.

Methodology. In this clinical case, the Nursing Care Plan methodology was used, based on Marjory Gordon's eleven functional health patterns, consequently, diagnoses were established using the NANDA taxonomy, the expected results were determined and evaluated with the NOC taxonomy, and interventions were selected from the NIC taxonomy.

Case presentation. 31-year-old male patient with anxiety and impaired physical mobility due to deep vein thrombosis secondary to COVID-19.

Conclusion. This clinical case shows the elements that can be obtained from the NANDA, NIC and NOC taxonomies to carry out effective interventions in patients diagnosed with



anxiety and impairment of physical mobility due to complications of SARS.CoV-2. The patient showed a decrease in anxiety and gradually recovered physical mobility.

Keywords. Anxiety, Mobility Limitation, Nursing Process (DeCS).

RESUMO

Introdução. O processo de enfermagem permite desenvolver intervenções eficazes para pessoas com Trombose Venosa Profunda secundária à COVID-19 e suas complicações subjacentes, como ansiedade e comprometimento da mobilidade física. A ansiedade é uma condição presente em um grande número de pessoas na sociedade, esta pode ser desencadeada por diversos fatores, como biológicos, familiares, laborais, entre outros. A perda da mobilidade física pode ocorrer devido a diversas patologias e em alguns casos pode ser uma complicação.

Objetivos. Criar um plano de cuidados de enfermagem para reduzir o nível de ansiedade e aumentar a mobilidade física de um paciente com diagnóstico de COVID 19 e trombose venosa profunda.

Metodologia. Neste caso clínico foi utilizada a metodologia do Plano de Cuidados de Enfermagem, baseado nos onze padrões funcionais de saúde de Marjory Gordon, conseqüentemente, os diagnósticos foram estabelecidos utilizando a taxonomia da NANDA. os resultados esperados foram determinados e avaliados com a taxonomia NOC, e as intervenções foram selecionadas com base na taxonomia NIC.

Apresentação do caso. Paciente do sexo masculino, 31 anos, com quadro de ansiedade e dificuldade de locomoção física devido à trombose venosa profunda secundária à COVID-19.

Conclusão. Este caso clínico mostra os elementos que podem ser obtidos das taxonomias NANDA, NIC e NOC para realizar intervenções eficazes em pacientes com diagnóstico de ansiedade e comprometimento da mobilidade física por complicações do SARS. CoV-2. O paciente apresentou diminuição da ansiedade e recuperou gradativamente a mobilidade física.

Palavras-chave: Ansiedade, Limitação da Mobilidade, Processo de Enfermagem (DeCS).

Introducción

En el año 2019 los trastornos de ansiedad afectaron a 301 millones de personas en todo el mundo, quienes padecen ansiedad perciben una sensación de miedo y preocupación intensa y excesiva, por lo cual, se estima que en la actualidad el 4 % de la población mundial padece ansiedad (Organización Mundial de la Salud, 2023). A nivel nacional en el año 2021, el 19.3 % de la población mexicana adulta presentó síntomas de ansiedad severa (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2021).



En todo el mundo, 5 millones de personas mueren anualmente por la baja actividad física, además, la pandemia por COVID-19 llevó a las personas a disminuir su actividad significativamente por el resguardo domiciliario, y considerando que la actividad sirve de contra peso para prevenir y manejar las enfermedades crónicas degenerativas y a reducir los síntomas de la depresión y ansiedad (Organización Mundial de la Salud, 2020), la baja actividad puede resultar en el deterioro de la movilidad física en personas vulnerables. En México en el año 2021, el 42.7 % de la población masculina de más de 53 años realizaba actividad física tres días a la semana (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023), lo cual es muy poco considerando las recomendaciones mundiales.

Por otro lado, las personas que presentan déficits emocionales tienden a desarrollar mayores niveles de ansiedad (Garza, 2024), por eso se debe hacer una gestión de calidad de las emociones (Meneses *et al.*, 2024). Además, haber concluido estudios universitarios, la situación laboral y tener una enfermedad no transmisible crónica, son factores predictores de la ansiedad (Rabanal *et al.*, 2023), mientras que vivir en una familia disfuncional es un factor de riesgo (Villagómez *et al.*, 2023), también, los antecedentes previos de morbilidad de salud mental aumentan las probabilidades de desarrollar síntomas de ansiedad (Juncal *et al.*, 2023).

A causa de la pandemia por COVID-19 la cual inició en el año 2019 en China, el confinamiento que obligó a la población a estar en casa tuvo un impacto significativo en la salud mental de las personas (Gutiérrez *et al.*, 2023), los problemas como la ansiedad han afectado directamente a los individuos desde entonces (Campoy, 2024), y eso ha desencadenado otros problemas; por ejemplo, la ansiedad guarda relación con las enfermedades dermatológicas, así como en las complicaciones de estas (De Aguinaga, 2023), además, quienes presentan altos niveles de ansiedad tienen la inclinación a involucrarse en actividades sexuales con el uso de la tecnología (Cujano, 2024).

En el mismo orden de ideas, la actividad física tiene un impacto positivo en la salud mental (Cano *et al.*, 2024) y la religión es una red de apoyo que protege al individuo (Villagómez *et al.*, 2023). La ansiedad en niveles tolerables puede ser un factor protector, porque produce una actitud favorable hacia la atención y el autocuidado de la persona, pero los niveles inapropiados de ansiedad son perjudiciales y limitan la capacidad de afrontamiento a los problemas de salud (Mazinini, 2024).

Las personas más resilientes tienden a mostrar bajos niveles de ansiedad (Bombon, 2024), sin embargo, la familia y la participación multidisciplinaria del personal de salud son elementales para que los tratamientos concluyan en excelentes resultados (Casanova, 2024), y en algunos casos para abordar la ansiedad se debe trabajar en las dificultades sociales (Junxiang *et al.*, 2024).

La Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA por sus siglas en inglés) define el deterioro de la movilidad física como la limitación de movimiento independiente inten-



cionado del cuerpo, o de una o más extremidades (Herdman *et al.*, 2024). Además, los estudios demuestran que el nivel educativo, así como los problemas articulares y la depresión, se relacionan con el deterioro de la movilidad física (Allona, 2015). También, entre los factores predisponentes a desarrollar deterioro de la movilidad física se encuentran la edad y las enfermedades no transmisibles (Romero, 2024).

Una de las mejores formas para ayudar a un paciente a equilibrar su estado de salud, es mediante las intervenciones centradas en las características y problemas específicos del paciente; para ello, enfermería usa su instrumento metodológico de trabajo, el Plan de Atención de Enfermería (Maulin *et al.*, 2023). El cuidado que la enfermería ofrece al paciente debe ir encaminado a considerar el contexto familiar y ambiental (Rodríguez *et al.*, 2023).

El éxito de las intervenciones de enfermería en caminadas a recuperar la movilidad física se sustenta en el compromiso del paciente y el respaldo de sus redes de apoyo, como son la familia, ambos aspectos son esenciales en el cumplimiento de los objetivos esperados (Navarro *et al.*, 2011). Por otro lado, la farmacoterapia con analgésicos y el manejo ambiental del confort del paciente coadyuvan a disminuir el dolor, en consecuencia, los pacientes toman una actitud más accesible hacia la aceptación de la rehabilitación física (Medina *et al.*, 2019).

Objetivo. Realizar un plan de atención de enfermería para disminuir el nivel de ansiedad y aumentar la movilidad física de un paciente con diagnóstico de COVID 19 y trombosis venosa profunda.

Metodología. El presente caso clínico utilizó la metodología las cinco etapas del Plan de Atención de Enfermería, la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (González, 2016), con base en los once patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. En consecuencia, los diagnósticos se establecieron utilizando la taxonomía NANDA, los resultados esperados fueron determinados y evaluados con la taxonomía NOC, y las intervenciones se seleccionaron de la taxonomía NIC. En la obtención de los datos se garantizó el trato digno al paciente, la confidencialidad de los datos y se obtuvo el consentimiento informado para el desarrollo y publicación del presente Proceso Enfermero.

Presentación del caso

Paciente de iniciales J.A.M.R., masculino de 31 años de edad, soltero, con carrera trunca, secretario por oficio, de religión católica, cuenta con servicios básicos de agua potable, luz eléctrica y drenaje, en su domicilio hay tres habitaciones para dormir y dos baños donde cohabita con 2 personas más y una mascota (gato), es alérgico al ácido acetilsalicílico, al metamizol sódico y al polvo.



No tenía antecedentes personales de enfermedades, hospitalización o cirugías, hasta los diagnósticos de SARS-CoV-2 y trombosis venosa profunda, el primer diagnóstico se emitió el 15 de abril de 2022 y el segundo el 15 de mayo de 2022.

Tratamiento farmacológico

Para SARS-CoV-2. Manejo sintomático con paracetamol de 500mg vía oral cada 8 horas y Benzona-tato de 100mg vía oral por razón necesaria.

Para trombosis venosa profunda. Enoxaparina de 60mg SC cada 12 horas por 7 días, posteriormente se le continuó con Rivaroxaban 15 mg VO cada 12 horas por 3 meses y se le dio seguimiento con Rivaroxaban 20mg VO cada 12 horas por 6 meses.

Somatometría y constantes vitales

Peso: 75 kg, Talla: 1.76 m. IMC: 24.2. Tensión arterial: 123 / 85 mm/Hg. Frecuencia cardiaca; 75 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto. Temperatura: 36.6 °C.

Antecedentes patológicos

El paciente presentó síntomas de COVID-19 por lo cual fue enviado a realizarse una prueba PCR, la cual dio como resultado positivo a SARS-CoV-2 el 15 de abril de 2022. El manejo que se le dio fue domiciliario, tres semanas después se realizó una prueba rápida la cual dio nuevamente positivo y los síntomas persistían.

Después de un mes en aislamiento por diagnóstico de SARS-CoV-2, el paciente fue trasladado de su domicilio a un hospital público de segundo nivel de atención en ambulancia por presentar dolor intenso e inflamación en el miembro inferior derecho, por lo cual el 15 mayo de 2022 en la institución de salud se le realizó una ecografía doppler dúplex venoso de miembro pélvico derecho, diagnosti-cándole una trombosis venosa profunda derecha al observarse un trombo maduro desde la vena iliaca en la bifurcación, venas iliacas internas y externas derecha, venas femorales derecha, venas po-plíteas y los dos tercios proximales de las venas tibial posterior y peroneas derecha.

Valoración de enfermería

Para la valoración de enfermería se utilizó el cuestionario de los once patrones funcionales de Marjory Gordon.



1. Patrón de percepción/mantenimiento de la salud.

El paciente tiene actualmente dos diagnósticos médicos, el 15 de abril de 2022 fue diagnóstico positivo a SARS-CoV-2, y el 15 de mayo de 2022 una trombosis venosa profunda, en consecuencia, su condición es sedentaria.

Respecto al aseo personal refiere que se baña cada tres días, diariamente se hace un aseo con toallas húmedas y se lava los dientes una vez al día. Lleva una vida libre del consumo de tabaco, alcohol o cualquier tipo de droga. No reporta inmunizaciones.

Su casa es de material, con loza y acabado, cuenta con servicio de agua potable, drenaje, alcantarillado, recolección de basura y energía eléctrica. El paciente reporta un baño de azulejo y la presencia de escaleras para acceder a su cuarto.

Como antecedente familiar, la abuela materna padecía hipertensión arterial y varices. Al tiempo de esta valoración, las consultas médicas a las que asiste el paciente son para la revaloración de su estado de salud. El paciente califica su vida como pasiva y refiere alergia al ácido acetilsalicílico, al metamizol sódico y al polvo.

2. Patrón nutricional/metabólico.

El paciente desayuna frecuentemente pollo o pescado, con verduras hervidas, arroz, y dieta polimérica oral. En la comida ingiere pan tostado, agua o electrolitos. En la cena ingiere huevo, puré, arroz, y verduras hervidas. No reporta intolerancia alimenticia. El paciente considera que su apetito ha disminuido y refiere que en los últimos seis meses perdió aproximadamente 6,300 kg bebiendo habitualmente 2 litros de líquidos, preferentemente agua. Actualmente el IMC del paciente es 24.2 que se encuentra en un índice normal.

Boca. El paciente tiene 28 dientes, encías rosas, húmedas con leve inflamación, lengua rosa y húmeda sin lesiones, niega dificultad para la deglución y masticación.

Garganta. Amígdalas rosadas sin datos de inflamación ni lesiones.

Gástrico. No presenta sialorrea, náuseas, vómito, pirosis o eructos.

Piel. Se percibe piel pálida, hidratada, sin datos de erupciones, prurito, descamación o lesiones.

Pelo y uñas. Sin datos de alteración.

3. Patrón de eliminación.

Respecto a la valoración intestinal, el paciente refiere evacuar dos veces al día, en la mañana y en la tarde, las evacuaciones son abundantes, pastosas, amarillentas y fétidas con presencia de flatulencias. No presenta dolor al evacuar, diarrea, estreñimiento, hemorroides, incontinencia, melena o distensión abdominal. En la valoración urinaria el paciente refiere orinar de 7 a 10 veces al día



una cantidad aproximadamente de 100 ml en cada ocasión, la orina es de color claro e inodora. En cuanto a la valoración cutánea, no hay datos o reporte de sudoración excesiva.

4. Patrón actividad/ejercicio.

Valoración del estado cardiovascular. No presenta síntomas de palpitaciones, dolor torácico, ortopnea, lipotimias, acufenos, fosfenos y no se le ha diagnosticado ninguna cardiopatía. Sin embargo, presenta una trombosis venosa profunda en miembro derecho.

Valoración del estado respiratorio. El paciente niega tener dolor en la nariz, traumatismos, epistaxis, sensibilidad, secreciones u obstrucciones, tampoco le falta el aire, y no se percibe cianótico a la observación, por otro lado, refiere tener tos y producción de esputo, pero no se le perciben estertores o sibilancias a la auscultación de campos pulmonares, no se percibe aleteo nasal y niega historia de asma. Presenta disnea de medianos esfuerzos.

Valoración de la movilidad. El paciente tiene suficiente energía para realizar sus necesidades básicas y lo hace de manera independiente, son actividades como alimentarse, bañarse, vestirse y usar el WC, pero es dependiente para realizar compras, preparar alimentos, la limpieza de la casa y el lavado de la ropa. No es su costumbre realizar algún tipo de ejercicio, actualmente no tolera la actividad física y presenta limitación de movimiento en su pierna derecha debido a la inflamación y rigidez.

Actividades cotidianas. Alimentarse, bañarse, vestirse y usar el WC.

Estilo de vida. Sedentario.

Actividades recreativas. Su recreación habitual es ver la televisión de 1 a 2 horas al día.

5. Patrón sueño/descanso.

El paciente duerme de 8 a 12 horas en un día de 24 horas, y tiene pesadillas, no presenta dificultad para conciliar el sueño y no utiliza alguna rutina para hacerlo. Presenta bostezos y se perciben ojeras. Niega padecer insomnio, sonambulismo y no hay enrojecimiento en ojos ni postura de cansancio.

6. Patrón cognitivo/perceptivo.

El paciente no presenta alteraciones cognitivas, se encuentra consciente y orientado. Respecto a la valoración de los sentidos, se encuentra lo siguiente:

Oído. No presenta secreción, tinnitus ni aumento o disminución de la audición.

Ojos. El paciente califica su visión como buena, no usa lentes, no presenta midriasis, miosis, secreciones ni visión borrosa.

Nariz. El paciente califica su olfato como normal, pero tiene el tabique nasal desviado, por lo cual percibe muy pocos los olores, y no hay presencia de secreciones.

Boca. Califica su gusto como muy bueno y niega la presencia de dolor.



Presenta dolor intenso e inflamación en el miembro inferior derecho, temblores, intolerancia al calor e irritabilidad, por otro, lado niega la presencia de cefalea, hormigueo, vértigo.

7. Patrón de auto percepción y auto concepto.

El paciente se siente bien con su cuerpo, menciona que su estado de ánimo generalmente es estar ansioso, se describe así mismo como trabajador y responsable, también menciona que a veces sus sentimientos cambian hacia sí mismo. Hay varias cosas que le hacen enojar, le dan miedo el mar, las albercas (porque no sabe nadar), las alturas y cometer un grave error en su trabajo, también menciona que le producen ansiedad sus enfermedades y afirma que en más de una ocasión ha perdido la esperanza, pero ha sido capaz de controlar las cosas.

Por el estado de salud del paciente, su familia abandono temporalmente el domicilio donde habita el paciente y dejaron acceso solo para el personal de salud que lo cuida y cubren sus necesidades, por esta razón el paciente expresa que se siente angustiado y preocupado, menciona que siente incertidumbre por las complicaciones de salud que se presentaron y tiene miedo de que siga teniendo complicaciones.

8. Patrón rol/relaciones.

Sistema de apoyo. La familia y personas cercanas del paciente son su novia, su tío y su madrina, convive diariamente con el taxista que le lleva la comida que prepara su novia, y también convive con ella por video llamada mientras no puede visitarlo (por aislamiento a causa del SARS-CoV-2). El paciente niega haber tenido algún problema en el núcleo familiar que no haya podido solucionar, y refiere que la familia trata los problemas hablando al respecto, además, el paciente no cree tener dificultad para cumplir con su rol.

Situación laboral. El paciente trabaja en un hospital de segundo nivel del puerto de Veracruz, Veracruz, México. Menciona que su puesto es como secretario en el área de gobierno, sus ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades y en el trabajo todo marcha bien.

Situación social. El paciente se ha sentido triste, y con frecuencia se siente solo, además ha llorado, no se siente parte del fraccionamiento donde vive, no pertenece a ningún grupo social, tiene amigos cercanos, y no tiene dificultad para concentrarse.

9. Patrón sexualidad/reproducción.

El paciente se realiza una exploración testicular mensualmente, no presenta problemas de próstata, hemorragias, secreciones, lesiones penianas y no tiene inquietudes sobre el sexo.

10. Patrón afrontamiento/estrés.

El paciente refiere que su respuesta personal ante una situación estresante, es la ansiedad. Se altera y menciona que la familia ante una situación de estrés responde con aislamiento. Recientemente ha



experimentado situaciones estresantes, y se ha sentido inquieto. No hay presencia de postura rígida, manos húmedas, boca seca, autocompasión, hipersensibilidad a la crítica, tensión muscular y no utiliza grupos de apoyo ni técnicas de relajación.

11. Patrón valores/creencias.

El paciente refiere que la religión y Dios son importantes para él, sus prácticas religiosas consisten en acudir a misa y hacer oración, y sus creencias no interfieren con su salud.

Plan de atención

Posterior a la valoración se identificaron los datos significativos por patrones funcionales y acto seguido se realizó el análisis y agrupación de datos, de esto se obtuvieron dos planes de atención de enfermería como se muestran en la **Tabla 1**. Plan de Atención de Enfermería: Ansiedad y en la **Tabla 2**. Plan de Atención de Enfermería: Deterioro de la movilidad física.

Ejecución

Ansiedad. Durante doce semanas se realizaron intervenciones al paciente encaminadas a ayudarlo a entender su estado de salud de manera objetiva. Se le explicó la fisiopatología de la trombosis venosa profunda y su relación con el COVID 19, para ello se buscó la mejor evidencia científica que ayudara al paciente a estar seguro de lo que se le estaba informando. Se le dio un panorama de lo general a lo particular sobre su estado de salud, el proceso salud enfermedad, y cómo influiría en su calidad de vida, se le mostró un pronóstico muy favorable considerando su edad y estado de salud previo a la COVID-19.

Además, se realizaron actividades con él paciente dirigidas a reconocer sus emociones con claridad, se le mostraron unas herramientas didácticas con una lista de emociones para que él pudiera sentirse identificado, en respuesta el paciente expresó que se sentía excluido porque todos se habían ido de su casa por tener COVID, y que se sentía solo porque nadie le ayuda con sus necesidades básicas como la comida, tuvo que organizarse con su novia como única persona que lo respalda, también expresó mucho miedo a tener más complicaciones y morir, además refirió mucha incertidumbre por no saber si podría vivir con la trombosis y si su vida sería como antes.

Se realizaron técnicas de respiración diariamente con una duración de 5 a 8 minutos más de tres veces por día durante las doce semanas que duró la intervención, también se le acondicionó su habitación para que se sintiera cómodo, se utilizaron cosas que le gustaban para relajarlo como la música y los video juegos. La terapia respiratoria también coadyuvó en la terapia física, se involucraba el aparato respiratorio.



Deterioro de la movilidad física. Se le enseñó y demostró al paciente sobre mecánica corporal para que los movimientos preparatorios para la terapia física fueran correctos y limitando cualquier daño colateral en el intento de moverse, en consecuencia, el paciente aprendió a acomodarse y ponerse de pie correctamente. Se inició con movilización de miembros torácico y pélvico, poniendo en cuenta la atención de trabajo de los flexores y extensores como cuello, hombros, manos, codos, caderas, así como rodillas y tobillos hasta quedar sentado, se levanta en tres tiempos consiguiendo soporte del mismo cuerpo. Al ponerse de pie con ayuda de una andadera se le daba un minuto al paciente para que se mantuviera de pie sin moverse para evitar síntomas como el mareo, y este lapso le permitía adaptarse y mantener el equilibrio, este procedimiento le daba seguridad y confianza para iniciar el traslado.

Posteriormente se inició la marcha con pasos cortos poniendo muy en cuenta el equilibrio y soporte del tronco pélvico. Esto se repitió diariamente durante 12 semanas y la distancia fue aumentando gradualmente. En la primera semana no hubo mucho progreso porque el paciente se estaba adaptando y el dolor y el miedo eran determinantes en el progreso. En la segunda semana se percibía mayor confianza en el paciente, pero la distancia era la misma que la primera semana, en la tercera semana fue lo mismo, algo importante es que secundario al COVID el paciente perdió condición física y se agotaba muy fácilmente.

En la cuarta semana se pudo aumentar la distancia al doble y el paciente lo realizó con mucha confianza. Durante la quinta y octava semana la distancia se aumentó gradualmente, el paciente dejó la andadera para utilizar un bastón como apoyo para la marcha y el traslado, durante la semana nueve y diez el paciente llegó a la meta de realizar la marcha y traslado de manera continua y sin interrupción por 8 minutos con el apoyo del bastón, en este punto el paciente refería dolor leve en la extremidad inferior donde se presentaba la trombosis, lo expresaba como una molestia. El patrón respiratorio mejoró conforme el paciente avanzó en la recuperación de la marcha.

En la semana once el paciente realizaba la marcha y el traslado con seguridad y sin apoyo del bastón de 10 a 15 minutos continuos, el personal siempre estuvo cerca de él con los dispositivos de ayuda por si lo requería. En la semana doce el paciente aumentó la marcha y traslado de 15 a 20 minutos continuos sin ayuda de dispositivos, lo hacía con seguridad y firmeza.

Evaluación. La evaluación posterior a las intervenciones demuestra que estas fueron efectivas, pues hubo cambios favorables en el estado de salud del paciente. Respecto al nivel de ansiedad, el paciente pasó de un estado grave (1) a leve (4) en todos sus indicadores. En cuanto a la movilidad física, el indicador mantenimiento del equilibrio pasó de sustancialmente comprometido (1) a no comprometido (5), la marcha y la realización del traslado pasaron de gravemente comprometido (1)



a moderadamente comprometido (3), respecto al indicador se mueve con facilidad, el paciente pasó de gravemente comprometido (1) a levemente comprometido (4).

Tabla 1. Plan de Atención de Enfermería: Ansiedad.

NANDA		NOC			
Dominio:	9 Afrontamiento / tolerancia al estrés	Dominio:	3 salud psicosocial	Clase:	M Bienestar psicológico
Clase:	2 Respuestas de afrontamiento	Nivel de ansiedad (1211)			
Diagnóstico:	Ansiedad (00146)	Indicadores		Resultado	Escalas
Factor relacionado:	Estresores		Pre intervención	Post intervención	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
Características definitorias:	Angustia, irritabilidad, incremento de la preocupación, sufrimiento, temor, temblores, preocupación y fatiga.	Impaciencia	1	4	
		Inquietud	1	4	
		Tensión muscular	1	4	
		Irritabilidad	1	4	
			Puntuación basal: 2		Puntuación diana: 5
NIC					
Campo: Conductual			Clase: T Fomento de la comodidad psicológica		
Intervención independiente: Disminución de la ansiedad (5820)					
Actividades					
<ul style="list-style-type: none"> ▷ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico tratamiento y pronóstico. ▷ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. ▷ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. ▷ Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. ▷ Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. 					

Fuente: NANDA, NIC, NOC.



Discusión

El estudio de caso tuvo como objetivo realizar un plan de atención de enfermería para disminuir el nivel de ansiedad y aumentar la movilidad física de un paciente con diagnóstico de COVID-19 y trombosis venosa profunda. Los hallazgos principales mostraron que se logró disminuir el nivel de ansiedad, mejorar la actividad física, la marcha y el equilibrio.

Las principales intervenciones del PAE, tuvieron base, por un lado con Rodríguez & Torres (2024), establecen que los tratamientos no farmacológicos son importantes para los pacientes con ansiedad, como beneficio se tiene que al no ser un fármaco carece de efectos secundarios que puedan provocar daño colateral al paciente, entre ellos se encuentran la entrevista motivacional, psicoterapias, psicoeducativas, técnicas de relajación, mindfulness, yoga, aromaterapia, terapia a través de imágenes y uso de nuevas tecnologías, entre otras.

Lo anterior coincide con el presente proceso enfermero donde se aplicaron técnicas de relación y entrevista para la identificación de emociones con el fin de disminuir la ansiedad del paciente, se obtuvo una respuesta favorable de acuerdo a los resultados esperados, el paciente mejoró la confianza y dispuso el miedo que le causaban el desconocimiento de su estado de salud y la ausencia en su red de apoyo, esto demuestra la eficacia de estas intervenciones no farmacológicas en el manejo de la ansiedad, que por su naturaleza, se pueden aplicar a las personas en los diferentes espacios de atención sanitaria.

Por otro lado, los aspectos físicos y de movilidad se respaldan en el estudio de Cerda (2014), quien establece que las intervenciones para abordar la marcha y el equilibrio pueden disminuir el deterioro la movilidad física de un paciente de forma eficiente y promover la disminución de riesgos y complicaciones. Lo anterior armoniza con el presente caso, al paciente se le dio terapia física mediante establecer distancias que debía alcanzar, lo cual evidenció la mejora del equilibrio, la marcha, el traslado, y el patrón respiratorio, también coadyuvó a aumentar su seguridad y confianza. Por la simplicidad de la actividad realizada, se demuestra que, bajo las condiciones de seguridad necesaria, los pacientes con deterioro de la movilidad pueden mejorar significativamente aspectos de la motricidad.

En relación al uso del PAE como herramienta metodológica para proporcionar atención de calidad centrada en el paciente, Hernández *et al.* (2023), determinan que divulgar los planes de atención de casos clínicos concretos usando la estandarización criterios de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, fortalece la evidencia disponible para que los profesionales de enfermería cuenten con múltiples opciones terapéuticas para la ejecución de sus intervenciones centradas en la respuesta humana del paciente.

Esto concuerda con el presente caso, pues se utilizaron la metodología del PAE y los sistemas de clasificación que ayudan a estandarizar la comunicación y mejorar la calidad de la atención



(NANDA, NOC y NIC) inherente a enfermería, esto permitió llevar las intervenciones de enfermería de los criterios generales a lo particular, es decir, se tomaron los criterios de la clasificación estandarizada de enfermería y se aplicaron al cuadro clínico particular que presentaba el paciente.

Tabla 2. Plan de Atención de Enfermería: Deterioro de la movilidad física.

NANDA		NOC			
Dominio:	4 Actividad / reposo	Dominio:	2 Salud fisiológica	Clase:	C Movilidad
Clase:	2 Actividad / ejercicio	Movilidad (0208)			
Diagnóstico:	Deterioro de la movilidad física (00085)	Indicadores	Resultado		Escalas
Factor relacionado:	Dolor Rigidez articular	Mantenimiento del equilibrio Marcha Realización del traslado Se mueve con facilidad	Pre intervención	Post intervención	1. Gravemente comprometido
Características definitorias:	Alteración en la marcha, limitación de la amplitud de los movimientos y temblor inducido por el movimiento.		2	5	2. Sustancialmente comprometido
			1	3	3. Moderadamente comprometido
			1	3	4. Levemente comprometido
			1	4	5. No comprometido
			Puntuación basal: 2		Puntuación diana: 3
NIC					
Campo: Fisiológico: básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico			Clase: A Control de actividad y ejercicio		
Intervención independiente: Terapia de ejercicios: ambulación (0221)					
Actividades					
<ul style="list-style-type: none"> ▷ Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. ▷ Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. ▷ Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulacion si el paciente tiene inestabilidad. ▷ Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas para la deambulacion. ▷ Fomentar una deambulacion independiente dentro de los límites de seguridad. 					

Fuente: NANDA, NIC, NOC.



Conclusiones

Se puede concluir que se cumplió el objetivo del presente trabajo, pues el plan de atención de enfermería fue exitoso, el paciente mejoró su nivel de ansiedad y aumentó la movilidad física gradualmente hasta hacerlo completamente. Además, se hace evidente que el PAE es una herramienta infalible que contiene los criterios necesarios para garantizar atención integral personalizada y de calidad ante diversas respuestas humanas previstas y no previstas de los pacientes.

Referencias

- Allona López, S., Cisneros Larrea, L. Marín Labanda, R., Rubio Castañeda, F. J. & Samper Lamencá, B. (2015). Descripción de la movilidad física en una muestra de personas de 65 a 75 años de una zona de salud de Zaragoza capital. *Nure Investigación*, 12(79), 1-13. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/792/682>
- Bombon, T. P. (2024). Resiliencia y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(4), 131-140. <https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/1151/1554>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7.ª ed.). Elsevier.
- Campoy Aranda, T. J., Vega Duette, C., Torres, E. N. & Ingolotti Ríos, A. (2024). Prevalencia de la ansiedad e insomnio entre los trabajadores de la salud durante la pandemia Covid-19 en Paraguay. *Psicogente*, 27(51), 1-17. <https://doi.org/10.17081/psico.27.51.6535>
- Cano García, M., Romero Ligia, E., Álvarez, M., Saavedra, P. A. & Gaspar Cartagena, D. (2024). Impacto de la actividad física en la salud mental en personas con trastornos de ansiedad y estrés. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 19(1), 60-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9489639>
- Casanova Zavala, J. J. & Cetina Sosa, A. C. (2024). Anorexia nerviosa, ansiedad y cutting en la adolescencia. *Psicología y Salud*, 34(2), 197-202. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2900>
- Cerda, L. A. (2014). Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2) 265-275. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70037-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70037-9)
- Cujano Chimborazo, J. & Valencia Cepeda, M. C. (2024). Conductas sobre sexting y ansiedad en adolescentes. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(4), 270-282. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i4.1131>



- De Aguinaga-Inurriaga, A. E., Turcios-Santizo, S. D. & Astorga-Camey, J. M. (2023). Prevalencia de ansiedad en pacientes dermatológicos del occidente de México. *Dermatología Revista Mexicana*, 67(3), 342-348. <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/prevalencia-de-ansiedad-en-pacientes-dermatologicos-del-occidente-de-mexico/>
- Garza-Sánchez, R. I., Gonzáles-Tovar, J. & Reyna-Tejada, C. Y. (2024). Sintomatología de estrés, ansiedad y depresión en grupos vulnerables en México durante la pandemia del COVID-19, *Informes Psicológicos*, 24(1), 1-36. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a02>
- González-Castillo, M. G. & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- Gutiérrez Rayas, Q. V., González, A. P., Mercado Villegas, M. B., Sosa Bustamante, G. P., Paque Bautista, C. & Ruiz Jaramillo, M. (2023). Impacto del confinamiento por la pandemia por COVID-19 en ansiedad, depresión y estrés en niños y adolescentes de México. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(4), 5-16. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n4a3>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S. & NANDA Internacional(2021). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2021-2023* (12.ª ed.). Elsevier.
- Hernández, A. R., Delgadillo, U. B., Rodríguez, P., Verdugo, G., & Soto, J. (2023). Cuidado de Enfermería en Paciente con Síndrome de HELLP: Estudio de Caso. *Cuidado multidisciplinario de la salud BUAP*, 4(8), 23-37. <https://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/1087/1133>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (6 de julio de 2023). Estilos de vida y salud. En *Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva* [Comunicado de prensa Núm. 394/23], 1-23. https://www.inegi.org.mx/contenidos/salade-prensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (14 de diciembre de 2021). *Presenta INEGI resultados de la primera encuesta nacional de bienestar autor reportado (ENBIARE) 2021*. [Comunicado de prensa Núm. 772/21], 1-26. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
- Juncal-Ruiz, M., Ruiz-Torres, M., Diego-Falagán, N., Batz-Colvée, C., Becerril-Ruiz, T., Samaniego-Peña, S., García-Rumayor, E., Onandia-Hinchado, I., Gutiérrez-Pérez, A. M., Ayesa-Arriola, R., Vázquez-Bourgón, J. & Alonso-Bada, S. (2023). Estudio observacional comparativo de un año de duración del impacto de la pandemia por COVID-19 en el desarrollo de síntomas de ansiedad y de depresión entre 100 niños y adolescentes en tratamiento en una Unidad de Salud Mental y 93 voluntarios sanos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(4), 17-29. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n4a4>




- Junxiang, W., Jingping, D., Yang, M. & Min, Z. (2024). Adicción al teléfono móvil y ansiedad social entre adolescentes chinos: papel mediador de los problemas interpersonales. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 40(1), 103-109. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/381801>
- Maulin, E., Sanz, D., Jiménez, M., Sebastián, P., Sobreviela, C. & Ripoll, B. (2023). Proceso de atención de enfermería a un paciente con deterioro de la movilidad física y de la eliminación urinaria. *Revista sanitaria de investigación*, 4(2). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-un-paciente-con-deterioro-de-la-movilidad-fisica-y-de-la-eliminacion-urinaria/>
- Mazinini, B. & Cristina, A. (2024). Anxiety and Cardiology: A Systematic Review. *Psicología: Teoría e Práctica*, 26(1), 1-15. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP15534.en>
- Medina, I. A., Polanco, P. N., Torres, R. & Esparza, S. C. (2019). Proceso de enfermería aplicado a un adulto mayor con fractura periprotésica de cadera derecha. *Cuidarte*, 8(16), 54-65. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2019.8.16.70342>
- Meneses-Bucheli, K., Yáñez-Arcos, A., Zevallos-Polo, D. & Carranza-Villaruel, C. (2024). La relación entre ansiedad y rendimiento académico en los estudiantes ecuatorianos de 15 años. *PEL Pensamiento Educativo*, 61(1), 1-10. <https://doi.org/10.7764/PEL.61.1.2024.6>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Maas, M. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (6.ª ed.). Elsevier.
- Navarro-González, D., Ramírez-Gutiérrez, N. & Hernández-Corral, S. (2011). Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 35-41. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.4.250>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (25 de noviembre de 2020). *Cada movimiento cuenta para mejorar la salud – dice la OMS* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>
- Organización mundial de la salud [OMS]. (27 de septiembre de 2023). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Rabanal, H. C., Aguilar, P. V., del Valle Figueroa, P., Peralta, A. V., Rodríguez, J. & Yupari, I. L. (2023). Characteristics associated with depression, anxiety, and stress in university students. *Enfermería Global*, 71, 167-178. <https://doi.org/10.6018/eglobal.553991>
- Rodríguez, A. S., Vázquez, A., Ramos, A., González, N. & Brito, R. (2023). A pesar del tratamiento no mejoró. *Revista Ene de Enfermería*, 17(2), 1-15. <https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1706>
- Rodríguez, A. & Torres, M. E. (2024). Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la ansiedad. *Atención Primaria Práctica*. 6(2), 100193, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100193>



- Romero, D. A. & Espín, V. I. (2024). Intervención de enfermería en la movilidad física en adultos mayores. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, 586, 1-10. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024586>
- Villagómez-López, A. M., Cepeda-Reza, T. F., Torres-Balarezo, P. I., Calderón-Vivanco, J. M., Villota-Acosta, C. A., Balarezo-Díaz, T. F., Simbaña-Guaycha, F. C., Vallejo-Suárez, C. N., Rueda-Benalcazar, D. M., Vaca-Salazar, J. C., Chininín-Moreno, D. E., Terán, I. G., Endara-Mina, J. V., Casco-Taopanta, D. S. & Rojas-Velasco, G. W. (2023). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina en la educación virtual durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(5), 559-66. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8316418>

**Proceso de Atención de Enfermería en Paciente con
Síndrome de Fragilidad del Anciano**
Nursing Care Process in Patient with Frailty Syndrome of the Elderly
**Processo de cuidado de enfermagem ao paciente com
síndrome de fragilidade do idoso**

Flores-Meléndez, Ángel Gabriel  0009-0005-8436-3005
Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán, Veracruz, México.
Estudiante de pregrado de Licenciatura en Enfermería.
angelmldz@outlook.com

Pérez-Méndez, Amayrami Yamileth  0009-0005-6129-5353
Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán, Veracruz, México.
Estudiante de pregrado de Licenciatura en Enfermería.
amymendez2003@gmail.com

Fentanes-Soto, Jonás  0009-0002-8574-5791
Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán, Veracruz, México.
Estudiante de pregrado de Licenciatura en Enfermería.
sotojonas307@gmail.com

Vinalay-Carrillo, Ilsa  0000-0002-9546-1955
Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán, Veracruz, México.
Docente, maestría en Ciencias de Enfermería y doctorado en Ciencias de Enfermería.
ivinalay@uv.mx

Rodríguez-Guzmán Leoncio Miguel  0000-0002-2197-3499
Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán, Veracruz; México.
Médico Cirujano con Especialidad en Epidemiología, Maestría en Investigación Clínica.
leorodriguez@uv.mx

Recibido: 21 de junio de 2024. **Aceptado:** 4 de octubre de 2024.



RESUMEN

Introducción. El síndrome de fragilidad del anciano es un problema de salud pública poco abordado y conocido, que presenta un reto en la atención intra y extrahospitalaria. Su atención y reconocimiento es fundamental para disminuir la vulnerabilidad de poblaciones geriátricas.

Objetivo. Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a una paciente geriátrica con síndrome de fragilidad para mejorar su calidad de vida, afrontamiento y autocuidado.

Metodología. Se realizó una evaluación integral de la paciente mediante una guía de valoración basada en la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem. Además, se valoró el nivel de independencia de la paciente con el uso del índice de Katz y escala de Lawton y Brody. Posteriormente se utilizó la Taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), resultados de enfermería (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC) y la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social: Prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad del anciano para desarrollar tres diagnósticos jerarquizados en prioridades y planes de cuidado para cada uno basados en evidencia científica.

Resultados. La detección de necesidades sugirió planes de cuidado orientados al afrontamiento de las enfermedades crónico-degenerativas, actividad física y autocuidado.

Conclusión. El PAE es una herramienta fundamental que, mediante sus cinco fases, permitió una recuperación progresiva de la autonomía de la paciente para actividades básicas, mejora de su estado general y frenado del deterioro causado por el síndrome de fragilidad.

Palabras clave: Proceso de Enfermería, Atención de Enfermería, Autocuidado, Anciano frágil, Independencia funcional (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Frailty syndrome in the elderly is a public health problem that is poorly addressed and poorly understood, posing a challenge to in-hospital and out-of-hospital care. Its attention and recognition are essential to reduce the vulnerability of the geriatric population.

Objective. Apply a Nursing Care Process to a geriatric patient with frailty syndrome to improve her quality of life, resilience and self-care.

Methodology. A complete evaluation of the patient was carried out using an assessment guide based on Dorothea E. Orem's General Theory of Self-Care, using her eight Universal Self-Care Requirements. In addition, the patient's level of independence was rated using the Katz Index and the Lawton and Brody Scale. The North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy (NANDA), nursing outcomes (NOC) and nursing interventions (NIC) and the Clinical Practice Guidelines of the Mexican Institute of Social Security: Prevention,



Diagnosis and Treatment of Frailty Syndrome in the Elderly, were then used to develop three prioritised diagnoses and care plans for each, based on scientific evidence.

Results. The detection of needs suggested care plans aimed at the management of chronic degenerative diseases, physical activity and self-care.

Conclusión. The PAE is a fundamental tool that, through its five phases, allowed a progressive recovery of the patient's autonomy for basic activities, improvement of her general condition and slowing of the deterioration caused by the frailty syndrome.

Keywords: Nursing process, Nursing care, Self care, Frail elderly, functional independence (DeCS).

RESUMO

Introdução. A síndrome da fragilidade no idoso é um problema de saúde pública pouco abordado e pouco conhecido, representando um desafio nos cuidados intra e extra-hospitalares. A sua atenção e reconhecimento é essencial para reduzir a vulnerabilidade das populações geriátricas.

Objetivos. Aplicar o Processo de Cuidar em Enfermagem a uma paciente geriátrica com síndrome de fragilidade para melhorar sua qualidade de vida, enfrentamento e autocuidado.

Metodologia. Foi efectuada uma avaliação exaustiva da paciente, utilizando um guia de avaliação baseado na Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem. Para além disso, foi avaliado o nível de independência da doente através do índice de Katz e da escala de Lawton e Brody. Posteriormente, utilizou-se a Taxonomia da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), os Resultados de Enfermagem (NOC) e as Intervenções de Enfermagem (NIC) e as Diretrizes de Prática Clínica do Instituto Mexicano de Segurança Social: Prevenção, diagnóstico e tratamento da síndrome de fragilidade nos idosos para desenvolver três diagnósticos ordenados em prioridades e planos de cuidados para cada um deles com base em evidências científicas.

Resultados. A deteção de necessidades sugeriu planos de cuidados orientados para o enfrentamento de doenças crónicas degenerativas, a atividade física e o autocuidado.

Conclusões. O PCE é um instrumento fundamental que, através das suas cinco fases, permitiu a recuperação progressiva da autonomia da doente para as actividades básicas, a melhoria do seu estado geral e o abrandamento da deterioração provocada pela síndrome de fragilidade.

Palavras-chave: Processo de enfermagem, Cuidados de enfermagem, Autocuidado, Idoso frágil, Independência funcional (DeCS).



Introducción

El síndrome de fragilidad en los adultos mayores se define, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para su Prevención, Diagnóstico y Tratamiento (2011), como un deterioro multisistémico que convierten al adulto mayor en vulnerable, principalmente por la disminución de fuerza y velocidad musculoesquelética, pérdida de peso y sobre todo ausencia de energía. En general, nos referimos a un estado donde el adulto mayor es muy susceptible a ceder al estrés ante la presencia de múltiples enfermedades crónicas en él.

La existencia de este síndrome en las poblaciones geriátricas representa un reto de salud tanto en las atenciones intrahospitalarias como extrahospitalarias. Se asocia a múltiples complicaciones generando un gran impacto social, pero sobre todo familiar, quienes en muchas ocasiones no saben de su existencia y, por lo tanto, cómo otorgar cuidados a alguna persona de su núcleo, por lo que es importante que los profesionales de enfermería identifiquen la presencia de este síndrome en un adulto mayor.

Por lo tanto, el personal de enfermería, al ser la profesión de carácter estético donde se incumbe forjar relaciones interpersonales y empatía para garantizar un correcto y holístico cuidado, debe saber cómo abordar el síndrome. Para lograrlo, dentro o fuera de las instituciones de salud, se apoyan del uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que apoya a clarificar la situación para realizar una actuación sistemática y eficiente.

El PAE es un método sistemático creado con el fin de brindar cuidados holísticos, donde se incluyan los aspectos físicos, claro, pero también aquellas cuestiones sociales, emocionales, mentales y contextuales del paciente, con el fin de garantizar un cuidado exhaustivo que impacte positivamente en la persona logrando una recuperación completa y precoz. El PAE se basa en el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC, los cuáles fungen como guía fundamental apoyándose en el conocimiento teórico y empírico del profesional para obtener el camino a seguir al actuar ante el paciente.

Por lo anterior, se presenta el siguiente PAE aplicado a una paciente adulta mayor que cuenta con patologías crónico-degenerativas, y que, tras realizarle una valoración integral utilizando la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem, se logró detectar un deterioro multisistémico y la presencia de vulnerabilidad en varios aspectos de su vivir. Para complementar la valoración y enfocarla específicamente en la geriatría, se utilizaron también múltiples escalas de valoración para adultos mayores con reconocimiento global para identificar más aspectos a intervenir correctamente en la paciente.



Metodología

Se llevó a cabo una valoración exhaustiva de la paciente tomando en cuenta los ocho Requisitos Universales de la Teoría del Autocuidado postulada por Dorothea Orem, además de hacer uso de escalas de valoración al adulto mayor incluyendo el índice de Katz para medir el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria y la Escala de Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentales de la vida cotidiana. Posteriormente, con el fin de analizar la información recopilada se organizó en tablas todas las variables alteradas para comenzar a agrupar necesidades y priorizar requerimientos.

Para la fase diagnóstica se utilizó la Taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, 2021), jerarquizando las necesidades elaborando diagnósticos prioritarios. Con relación a la planeación se estructuraron de acuerdo con la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, 2019) utilizando una escala de Likert de 5 valores. Las intervenciones se basaron en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, 2018) y en la Guía de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad del anciano

Por otra parte, la ejecución de las actividades se llevó a cabo mediante una serie de visitas por parte de los estudiantes de Enfermería al hogar de la paciente en donde se llevaron a cabo intervenciones con el apoyo de material didáctico, físico y kinestésico. Se realizaban visitas cada dos semanas para evaluar la evolución y respuesta de la paciente.

Durante la realización de este Proceso de Enfermería se aplicaron principios éticos como el respeto, armonía y humanismo, así también se otorgó un ambiente cómodo y confortable para la paciente. Además, todos los datos recopilados en su valoración se trataron con exclusiva confidencialidad manteniendo siempre la privacidad a la confianza brindada mediante el consentimiento informado.

Presentación del caso

Los resultados del estudio se obtuvieron mediante la aplicación de la Guía de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado directamente al paciente adulto mayor, quien estaba en condiciones óptimas para responder por sí misma. También se recopiló información con preguntas directas a su cuidador principal y mediante la observación y análisis de las regiones anatómicas de la paciente.

Datos de identificación. Paciente femenino de 76 años, con un peso de 66.80 kg y una talla de 1.61 metros, con un índice de masa corporal de 25.8, colocándola en sobrepeso. La familia es de tipo extensa, sin embargo, actualmente vive con su hija, quien es su cuidador principal. No obstante, menciona contar con una comunicación intrafamiliar poco adecuada.



Se encuentra afiliada al servicio médico, y aunque refiere tener ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, su salud significa una baja importante a su economía. Se encuentra con disposición de aprender y mejorar su salud.

Variables clínicas. Al momento de la aplicación de la Guía de Valoración se encuentra con una tensión arterial de 146/80 mmHg, frecuencia cardiaca situada en los 82 latidos por minuto, saturación de oxígeno en 98% y con relación a la frecuencia respiratoria se encontraba eupneica por contar con 16 respiraciones por minuto.

Cuenta con el diagnóstico médico de hipertensión arterial de 10 años, diabetes mellitus tipo 2 de 32 años enfermedad renal crónica en estadio 5 diagnosticada hace 1 año y 8 meses. Además, refiere padecer constantes infecciones de la vía aérea superior e infecciones diarreicas agudas.

Cuenta como antecedente quirúrgico una cirugía de focoemulsificación con catéter tunelizado (Catéter Tenckhoff). Por otra parte, hace dos meses fue hospitalizada por tres semanas debido a la enfermedad renal crónica, actualmente refiere sentir efectos secundarios de la diálisis peritoneal (cansancio, debilidad).

Valoración anatómica. A la exploración física se encuentra normocéfala, con evidente alopecia, cabello ondulado, canoso, delgado y frágil. Sus facies denotan tristeza. Su piel se percibe áspera y seca. En cuanto a su abdomen es redondeado con evidentes lesiones y hematomas propios de descuidos en el envejecimiento, además, al auscultarlo se encuentra hiperactivo y con distensión a la palpación.

A nivel musculoesquelético, hay flacidez en el tono muscular, con movimientos rígidos y fuerza asimétrica en las extremidades inferiores, pues hay una evidente disminución de fuerza en el miembro inferior izquierdo. Asimismo, la misma extremidad presenta un edema (Signo de Godet grado 2), fractura mal osificada y principios de osteoporosis. Por otra parte, ambas extremidades evidencian limitaciones en movimientos de flexión, extensión, rotación interna y externa.

Fase diagnóstica y de planificación

Valoración de Enfermería. La valoración se realizó con base a los Principios Fundamentales de Autocuidado propuestos por Dorothea E. Orem dentro de su Teoría General de Autocuidado.



Requisito 7: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. La paciente presentó hipertensión arterial de 146/80 mmHg, refiere agotarse al realizar esfuerzos o movilizarse, y se observa una evidente inestabilidad al hacerlo, aún con la andadera que utiliza para transportarse; de acuerdo a su control médico, en los últimos 10 meses ha perdido 6 kg; la glicemia capilar al momento de la valoración es de 172 mg/dL 2 horas posprandial; presenta incontinencia urinaria; refiere no contar con energía para realizar sus actividades cotidianas; refiere ansiedad durante el día, tristeza, miedo, desesperanza, culpa y sensación de aislamiento, mismos sentimientos que refleja en sus facies.

Además, la paciente mostró alteración en los requisitos de autocuidado de desarrollo para *crear y mantener condiciones que apoyen a procesos vitales y promover procesos de desarrollo*, pues el curso de su desarrollo ha tenido un proceso poco adaptativo a las condiciones crónicas de sus múltiples enfermedades; así como aquel requisito para *provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar su desarrollo humano* pues, coincidente con lo anterior, no presenta un conocimiento adecuado de sus patologías para afrontar correctamente su situación y recibir los cuidados adecuados.

Con base en estos requisitos se realizó el diagnóstico el cual se presenta en la **Tabla 1** así como los resultados y la clase según el NOC y la escala de medición utilizada.



Tabla 1. Primer diagnóstico prioritario y resultados esperados.

Diagnóstico de enfermería	Síndrome de fragilidad del anciano relacionado con adulto mayor mujer de 76 años, con ansiedad, disminución de la energía y fuerza muscular, con agotamiento, tristeza y pérdida de 6kg de peso no intencional en 10 meses; manifestado por fatiga, desesperanza, movilidad física alterada y déficit de autocuidado en aseo, baño y vestido.			Resultado NOC:	Estado de salud personal
Población en riesgo:	Edad >70 años				
Condiciones asociadas:	Enfermedad crónica, sarcopenia, diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica.				
Dominio (NANDA):	1. Promoción de salud		Dominio (NOC):	Salud percibida (V)	
Clase:	2. Gestión de salud		Clase:	Salud y calidad de vida (U)	
Indicadores (NOC):	Pre-intervención	Aumentar a	Post intervención	Escala de medición	
Nivel de movilidad	3	4	4	Gravemente comprometido=1	
Nivel de energía	2	4	4	Sustancialmente comprometido=2	
Ejecución de las actividades de la vida diaria	2	4	3	Moderadamente comprometido=3	
Equilibrio del estado de ánimo	2	3	4	Levemente comprometido=4	
				No comprometido=5	
Calificación mínima				Calificación máxima	

Las estrategias terapéuticas y su justificación para potenciar la capacidad de adaptación de la paciente se detallan en la [Tabla 2](#).



Tabla 2. Intervenciones de Enfermería para el primer diagnóstico.

Intervenciones (NIC)	Fundamento científico de las intervenciones
<p>Mejorar el afrontamiento</p> <p>Valorar la comprensión del paciente en el proceso de la enfermedad.</p> <p>Fomentar un dominio gradual de la situación.</p> <p>Alentar la verbalización de miedos, sentimientos y percepciones.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios del estilo de vida con su papel</p>	<p>La fragilidad de acuerdo con Castro <i>et al.</i> (2021) es un síndrome de disminución funcional y resistencia a aquellos agentes estresores propios de la vejez, lo que los coloca en un estado de vulnerabilidad.</p> <p>El reconocer que el adulto mayor está entrando a una etapa de reducido afrontamiento, con menos herramientas para confrontar de forma precoz es fundamental para un tratamiento eficaz para conseguir la recuperación del paciente y no general una mayor morbimortalidad en la población geriátrica (Figuerola, Calahorra, Domínguez, Laguna y Oliver, 2021).</p> <p>De la misma manera, Castro e. al. (2021) recalca que el personal de Enfermería debe realizar intervenciones ante la sospecha de que el adulto presente el síndrome de fragilidad, para minimizar riesgos. Dichas acciones serán, sobre todo, dirigidas a brindar herramientas para optimizar el afrontamiento de los adultos mayores a los evidentes cambios por envejecimiento.</p>

En la **Tabla 3** se presentan las intervenciones fundamentadas en la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad del anciano (2011) de evidencias y recomendaciones, consultada en el Catálogo maestro de guías de práctica clínica. Estas intervenciones se orientan a recuperar la movilidad e independencia en la adulta mayor.



Tabla 3. Actividades de Enfermería para el primer diagnóstico con base en GPC.

Guía de práctica clínica	
Prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad del anciano	
Código	IMSS-479-11
Recomendaciones/Buenas practicas	Evidencia científica
Se recomienda fomentar el ejercicio de resistencia, para tratar la debilidad muscular, ya que esta disminuye la discapacidad, principalmente en personas con deterioro funcional temprano.	El ejercicio de resistencia puede mantener y/o restaurar la independencia, la capacidad funcional, prevenir, retrasar o revertir el proceso de fragilidad. Además, mejora la función cardiorrespiratoria, movilidad, fuerza, flexibilidad, equilibrio, función cognitiva, disminuye la depresión al mejorar la calidad de vida y la autopercepción del estado de salud, también disminuye el riesgo de caídas y síndrome poscaída.

Requisito 5: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo. Tras la aplicación del índice de Katz, la paciente recibió un puntaje de 4 que la ubica en incapacidad severa; presenta evidente agotamiento e inestabilidad al caminar o realizar esfuerzos; utiliza dispositivos de apoyo para su traslado, como andadera o sostenerse de paredes al deambular; su índice de masa corporal la sitúa en sobrepeso y refiere sentirse incómoda con su falta de dependencia al realizar Actividades Instrumentales de la Vida Cotidiana (AIVC). La valoración con la escala de Lawton y Brody la sitúa en 2/8 que simboliza dependencia grave.

De la desviación de este requisito emergió otro diagnóstico clínico que demandaba atención inmediata con el propósito de restablecer su capacidad de movilidad y, en última instancia, promover su autonomía. En la **Tabla 4** se presenta el diagnóstico y dominio conforme a NANDA, así como la clase y escala de medición según NOC.



Tabla 4. Segundo diagnóstico prioritario y resultados esperados.

Diagnóstico de enfermería	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la resistencia, disminución del control muscular, rigidez articular, ansiedad, apoyo insuficiente, manifestado por alteraciones de la marcha, disconfort, limitación de la amplitud de movimientos, movimientos lentos, uso de sustituciones del movimiento.			Resultado NOC:	Movilidad
Población en riesgo:	N/A				
Condiciones asociadas	Deterioro musculoesquelético, deterioro neuromuscular				
Dominio (NANDA):	4. Actividad/Reposo			Dominio (NOC):	Salud funcional (I)
Clase:	2. Actividad/Ejercicio			Clase:	Movilidad (C)
Indicadores (NOC):	Pre-intervención	Aumentar a	Post intervención	Escala de medición	
Marcha	2	3	3	Gravemente comprometido=1	
Movimiento muscular	3	4	4	Sustancialmente comprometido=2	
Movimiento articular	3	4	4	Moderadamente comprometido=3	
Ambulación	2	4	3	Levemente comprometido=4	
				No comprometido=5	
Calificación mínima				Calificación máxima	

Asimismo, la **Tabla 5** presenta las intervenciones y su fundamento para recuperar control, fuerza y tono muscular de acuerdo con NIC. De igual manera se complementan con las expuestas en la **Tabla 3**.



Tabla 5. Actividades de Enfermería para el segundo diagnóstico.

Intervenciones (NIC)	Fundamento científico de las intervenciones
<p>Terapia de ejercicios: control muscular</p> <p>Colaborar con fisioterapeutas en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios según corresponda Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.</p> <p>Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia y fortaleza y flexibilidad.</p>	<p>Con el fin de reducir los índices de fragilidad en los adultos mayores se debe trabajar sobre la inactividad, que es el principal factor de riesgo para empeorar su estado. La inactividad física determina el estado cardiovascular, la resistencia a la insulina y los niveles de sarcopenia en el paciente, a la par que contribuye un deterioro cognitivo y propensa la aparición de depresión. Llevar a cabo intervenciones enfocadas en actividad física demuestran su eficacia para retrasar o, en este caso, incluso revertir la fragilidad y la discapacidad en el adulto mayor, mejorando a la par el estado anímico y emocional (Castro, 2021).</p> <p>El ejercicio físico se considera un arma secreta para sentirse bien, vivir más y ralentizar el proceso de envejecimiento. Forma parte del tratamiento de la artritis, la ansiedad y la depresión, que son problemas de salud habituales en los ancianos, además de mejorar la calidad de vida de esta población y permitirles volverse más autónomos (Aldas-Chara et al, 2021).</p> <p>Estudios recientes como el abordado por Hernández, Ramírez, Mendoza, López y Cano (2023) evidencia que la actividad física en el adulto mayor mejora su condición en aquellos alojados como ancianos frágiles, disminuyendo la fatiga en un 92% y pasando de un 80% de ancianos frágiles a un 64% pre-frágiles.</p>

Tomando en cuenta el mismo requisito 5 de autocuidado y el requisito 7, así como la alteración de requisitos de autocuidado de desviación de salud como el *prestar atención a efectos y resultados de estados patológicos que tienen efecto sobre el desarrollo y la modificación de autoconcepto y autoimagen para aceptarse como ser humano con un estado de salud particular y necesidades específicas de salud*, se llevó a cabo otro diagnóstico, pues la paciente refiere falta de energía para realizar sus



Actividades de la Vida Diaria (AVD) y AIVC; presenta agotamiento e inestabilidad y sobre todo una falta clara de autonomía para mantener un correcto autocuidado.

La **Tabla 6** evidencia el diagnóstico y dominio seleccionado de acuerdo con el NANDA, así como la clase y escala de medición según el NOC.

Tabla 6. Tercer diagnóstico prioritario y resultados esperados.

Diagnóstico de enfermería	Déficit de autocuidado: baño, relacionado con deterioro de la movilidad, disminución en la motivación, habilidad para la traslación deteriorada manifestado por deterioro de la capacidad para acceder al cuarto de baño, deterioro de la capacidad para lavarse el cuerpo, dificultad para trasladarse al sanitario y manipular su ropa para evacuar.			Resultado NOC:	Autocuidados: Actividades de la vida diaria
Población en riesgo:	N/A				
Condiciones asociadas	Deterioro musculoesquelético, deterioro neuromuscular				
Dominio (NANDA):	4. Actividad/Reposo		Dominio (NOC):	Salud funcional (I)	
Clase:	5. Autocuidado; baño		Clase:	Autocuidado (D)	
Indicadores (NOC):	Pre-intervención	Aumentar a	Post intervención	Escala de medición	
Higiene	3	4	4	Sustancialmente comprometido=2	
Se baña	2	4	3	Moderadamente comprometido=3	
Se viste	2	3	3	Levemente comprometido=4	
Realización del traslado				No comprometido=5	
	2	3	3		
Calificación mínima	Calificación máxima				



Por su parte en la **Tabla 7** se sitúan las intervenciones llevadas a cabo con el fin de asistir en su autocuidado y eventualmente recuperarlo, de acuerdo con el NIC.

Tabla 7. Actividades de Enfermería para el tercer diagnóstico.

Intervenciones (NIC)	Fundamento científico de las intervenciones
<p>Ayuda con el autocuidado</p> <p>Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados.</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de autocuidados.</p> <p>Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.</p> <p>Fomentar la actividad física en el adulto mayor para recuperar su autonomía de cuidados.</p>	<p>Se entiende como autocuidado a las acciones que realiza una persona que están encaminadas a ella misma, con el propósito de controlar factores tanto internos como externos que pudieran comprometer la vida y posteriormente su desarrollo. De esta manera, evaluar a los adultos mayores y conocer las condiciones en la que se encuentran es fundamental para motivarlos, y a sus familiares, a realizar acciones de autocuidado, pues la pérdida de esta parte de su autonomía resulta en un compromiso significativo en su calidad de vida (Lozano, <i>et al.</i>, 2022).</p> <p>Siguiendo en esta línea, se encuentra íntimamente relacionadas las enfermedades crónico-degenerativas en la vejez, la fragilidad y el impacto en el conocimiento y manejo de su autocuidado pues en el estudio de González, Ayala y Dávila (2021) mencionan que el conocimiento de su enfermedad está fuertemente ligada a su estado de conciencia del adulto mayor por sentir un compromiso a mantener un correcto régimen de autocuidado.</p> <p>Además, en relación con la actividad física para su autonomía, la aplicación del programa “Autocuidado para una vejez activa” en Perú arrojó una mejora significativa de casi 15% menos en dependencia, deterioro cognitivo y falta de autonomía en ABVD y AIVD, lo que significa que alentar la independencia fomenta el autocuidado (Molcho, Gálvez y Teque, 2020).</p>



Discusión

El proceso de atención de enfermería está orientado a mejorar la calidad de vida del paciente, al otorgar cuidados identificando y jerarquizando las necesidades de la persona, así como orientar sobre medidas para mejorar su autocuidado. Como parte esencial se debe construir un diagnóstico certero mediante la valoración, que se relacione con las manifestaciones clínicas y condiciones que esté presentando la paciente.

Barbero, C. (2020), concuerda que el diagnóstico enfermero es el eje central del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Es la segunda fase, siendo el resultado de la valoración para la planificación, ejecución y evaluación de la persona. Los profesionales de enfermería tras la valoración identifican una o varias etiquetas diagnósticas que les permiten planificar las intervenciones y lograr los resultados parciales, totales o nulos del proceso de atención de enfermería.

Ahora bien, las intervenciones establecidas posibilitan que la paciente pueda recuperar su movilidad física, por medio de la terapia de ejercicios del control muscular, así como, la ayuda asistencial con el autocuidado y la motivación para mostrar sus miedos, inseguridades, sentimientos y comprensión de su envejecimiento como factor importante de su enfermedad.

Herrera *et al.* (2020) menciona que el proceso de envejecimiento implica un deterioro progresivo de los sistemas biológicos, lo cual hace que el adulto mayor tenga más riesgo de sufrir discapacidad, enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, como fragilidad. Esto concuerda con los datos clínicos que presenta la paciente (debilidad muscular, sarcopenia, etc.), esto la vuelve más vulnerable a otras enfermedades y accidentes, dando como resultado una dependencia y el riesgo de muerte.

Es indiscutible que el envejecimiento se pueda detener, sin embargo, es posible que este pueda tener un curso saludable a manera de impactar en el bienestar físico, mental y social con el fomento de estrategias para cambiar ciertos hábitos de riesgo que son modificables, por lo que es necesario que la paciente pueda contextualizar su ciclo de vida y discernir entre las complicaciones y la importancia que tiene el recuperar su autocuidado. Por lo que el Proceso Enfermero permite identificar las necesidades y elaborar un plan de cuidado que permita otorgar cuidados asistenciales y de educación para disminuir las posibles complicaciones de los padecimientos que presenta la paciente.

Asimismo, es importante recalcar que, a nivel mundial, está ocurriendo un proceso de transición demográfica, el número de personas que en el mundo rebasa la barrera de 60 años aumentó en el siglo XX, ocasionado por un aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad. Es de esperar que este fenómeno genere un aumento de las enfermedades asociadas con la edad, como lo es la fragilidad y de la cual aún no se cuenta con el suficiente conocimiento sobre su prevalencia en la población. (Becerra & Patraca, 2021).



De esta manera y coincidiendo con este PAE, Morant *et al.* (2023) indica que un correcto manejo del anciano frágil debe abordarse desde varias perspectivas. Incluyendo en primer lugar el mantenimiento del ejercicio físico y la actividad, pues mejora la calidad de vida, la funcionalidad y potencia capacidades físicas; además, mantener un correcto aporte nutricional para evitar sobrepeso que comprometa aún más su salud; un correcto abordaje de cuadros clínicos específicos de las enfermedades crónicas del adulto y una revisión periódica de su medicación actual y el grado de independencia o dependencia para realizar sus actividades de autocuidado.

Por lo anterior, la atención del síndrome de fragilidad cada vez es más común en cualquier parte del mundo, por esto es de gran relevancia una valoración integral para determinar el grado de funcionalidad en el paciente geriátrico. El papel de enfermería es fundamental para contribuir en la mejora de la salud, debe abordar al paciente desde una perspectiva holística para identificar y cubrir sus necesidades reales, a partir de sus conocimientos propios y derivados de las ciencias.

Por lo que, la enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el usuario, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones del paciente-enfermero están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para causar o facilitar la situación de salud (Tejeda *et al.* 2021).

Conclusiones

En el presente caso clínico el Proceso de Atención de Enfermería que se implementó se atendieron las necesidades de la paciente adulta mayor con características de un anciano frágil, logrando mejorar la calidad de vida y el restablecimiento de su autonomía. Mediante la evaluación exhaustiva de su estado de salud, la identificación oportuna de sus necesidades prioritarias y la implementación de un plan de acción específico, se consiguió un progreso altamente significativo en su capacidad funcional y bienestar general.

Gracias a lo anterior y contrastando la primera visita a la paciente con la última, se pudo observar un gran progreso en la recuperación de su movilidad, el regreso progresivo de su autonomía para actividades básicas y el frenado del deterioro que el síndrome de fragilidad estaba causando en ella.

La aplicación de estrategias individualizadas al paciente, la colaboración y el seguimiento de su progreso han fungido como pilares fundamentales para el éxito de este PAE. De esta manera se puede observar la importancia fundamental de que los profesionales de Enfermería lleven a cabo el Proceso de Enfermería respetando sus cinco fases, consiguiendo así el éxito de cuidados e implementar intervenciones holísticas que no solo se centren en aquello evidente de sus patologías, sino que profundicen en su valoración para detectar necesidades no tan visibles.



Este caso ejemplifica perfectamente el crucial papel que tienen los profesionales de Enfermería en la promoción de bienestar y la independencia de los pacientes, especialmente geriátricos, lo cual reafirma el compromiso que como profesionales se debe tener en la aplicación de un cuidado integral, el interés por llevar a cabo procesos sistematizados y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Para resumir, el síndrome de fragilidad del anciano es un conjunto de síntomas que presentan los adultos mayores cuando no pueden afrontar correctamente enfermedades crónicas, lo que los debilita, incapacita y poco a poco vuelve completamente dependientes. Este síndrome ha estado siempre presente, pero en muchas ocasiones no se toma en cuenta por los profesionales de la salud pues lo creen secundario, sin embargo, implementar intervenciones que atiendan al síndrome mejora significativamente la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes.

Referencias

- Aldas-Vargas, C. A., Chara-Plua, N. J., Guerrero-Pluas, P. J. & Flores-Peña, R. (2021). Actividad física en el adulto mayor. *Revista Científica Dominio de la Ciencia*, 7(5), 64-77. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2233>
- Barbero, C., Rius, A., Avellanet, M., Gea, E. & García, F. (2020). Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el “Riesgo del síndrome de la fragilidad del anciano”. *Revista Ene de Enfermería*, 14(2), 1-21. https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/980/fragilidad_anciano
- BecerraPartida, E. N. & Patraca-Loaeza, A. E. (2021). Prevalencia de síndrome de fragilidad en adultos mayores de 70 años en Primer Nivel de Atención. *Revista CONAMED*, 26(1), 42-47. <https://dx.doi.org/10.35366/99127>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (7.ª ed.). ELSEVIER.
- Castro, J., Fernández, I., Moreno, I., Vargas, M., Fernández, A. & Embid, G. (24 de noviembre de 2021). Prevención de la fragilidad en el paciente geriátrico: una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-de-la-fragilidad-en-el-paciente-geriatrico-una-revision-bibliografica/>
- Figuerola, N., Calahorra, M., Domínguez, A., Laguna, P. & Oliver, P. (5 de diciembre de 2021). Síndromes geriátricos y la importancia de detectarlos a tiempo. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindromes-geriatricos-y-la-importancia-de-detectarlos-a-tiempo/>



- González-Bravo, M., Ayala-Lojo, A. & Dávila-Ortiz, N. (2021). Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en los adultos mayores y las prácticas de autocuidado. *TEYS Tiempos de Enfermería y Salud*, 3(11), 15-23. <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/117>
- Heather, T. H., Kamitsuru, S. & Takáo, C. (2021). *Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación NANDA Internacional 2021-2023* (12.ª ed). ELSEVIER.
- Hernández-Cruz, L., Ramírez-Torres, R., Mendoza-Guerrero, M. X., López-Nolasco, B. & Cano-Estrada, A. (2023). Ejercicio físico como intervención de enfermería para la fragilidad en adultos mayores. *SANUS*, 8(19). <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.350>
- Herrera-Pérez, D., Soriano, -Pérez A. N., Rodrigo-Gallardo, P. K & Toro-Huamanchumo, C. J. (2020). Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(2). <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1098>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2011). *Guía de Práctica Clínica GPC. Prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad del anciano. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-479-11*. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GER_0.pdf
- Lozano, M., Arias, E., García, I., Aguilar, E., González, G. & Ruiz, M. (2022). Capacidad de autocuidado en adultos mayores que radican en Morelia, Michoacán. *ACC CIETNA para el cuidado de la salud*, 9(2), 73-81.
- Marcos-Espino, M. P. & Tizón-Bouza, E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4). <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
- Molocho, C., Gálvez, N. & Teque, M. (2020). Impacto del programa “Autocuidado para una vejez activa” en la funcionalidad del adulto mayor peruano. *Revista Tzhoecoen*, 12(2), 228-237. <https://orcid.org/0000-0002-6975-0972>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M y Maas, M. (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC); Medición de Resultados en Salud* (6.ª ed.). ELSEVIER.
- Morant, A., Prieto, C., Valero, S., Del Alba, M., Hernández, P. & Marco, E. (28 de abril de 2023). El anciano frágil. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-anciano-fragil/>
- Tejeda, Y., Suarez, R., Dandicourt, C. & Espino, Z. (2021). La integración de cuidados de enfermería en el anciano en estado de necesidad desde la perspectiva comunitaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(4). <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1228>

Narrativa de enfermería: la enfermedad terminal de Jesenia

Nursing narrative: Jesenia's terminal illness

Narrativa de enfermagem: a doença terminal de Jesênia

*Pinargote-Chancay Rosa del Rocío  0000-0001-9899-9243

Universidad Estatal del Sur de Manabí, Carrera de Enfermería, Jipijapa, Ecuador.
Candidata a Doctora en Enfermería por la Universidad de Antioquía, Colombia.

*Autora correspondiente.

rosa.pinargote@unesum.edu.ec

Castillo-Merino Yasmin Alejandra  0000-0002-1442-1725

Universidad Estatal del Sur de Manabí, Carrera de Enfermería, Jipijapa, Ecuador.
Candidata a Doctora en enfermería por la Universidad de Antioquía, Colombia.

yasmin.castillo@unesum.edu.ec

Loor-Alvarado Lorena María  0000-0003-2851-0742

Universidad Estatal del Sur de Manabí, Carrera de Enfermería, Jipijapa, Ecuador.
Magíster en Gestión del Cuidado.

lorena.loor@unesum.edu.ec

Villacreses-Merino Katherine Monserrate  0009-0004-6023-2716

Universidad Estatal del Sur de Manabí, Carrera de Enfermería, Jipijapa, Ecuador.
Magíster en Gestión del Cuidado.

katherinne-villacreses@hotmail.com

Recibido: 02 de agosto de 2024. **Aceptado:** 15 de septiembre de 2024.

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: En el campo de la enfermería, las narrativas han adquirido un crecimiento notable e importante en los últimos años. El uso de esta técnica que permite la replicación de historias, situaciones y vivencias con los pacientes, las familias y el equipo de salud, ha generado un impacto significativo para el crecimiento de la disciplina.



Objetivo. Este artículo tiene como objetivo analizar una narrativa de enfermería basada en la experiencia de cuidado de una paciente de 56 años diagnosticada con cirrosis hepática en su etapa final.

Metodología. Para esto, a lo largo del artículo se identificaron elementos del conocimiento de enfermería, incluyendo la visión del mundo y conceptos empíricos. Fueron examinados diferentes patrones de conocimiento, tales como el personal, empírico, ético, estético, así como aquellos relacionados con el conocimiento sociopolítico y emancipatorio. Fue aplicada la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore, que consiste en ofrecer los cuidados de enfermería necesarios para crear una experiencia del final tranquilo de la vida.

Resultados. El análisis de la narrativa reveló que la implementación de cuidados paliativos adecuados tuvo un impacto positivo significativo en la experiencia del paciente y su familia. La paciente recibió un cuidado integral que abordó tanto sus necesidades físicas como emocionales, incluyendo el manejo efectivo del dolor y el apoyo emocional constante. La familia también recibió orientación y soporte emocional, lo que les permitió enfrentar la situación con mayor tranquilidad. Se destacó la importancia del conocimiento empírico y ético del personal de enfermería, que permitió una atención centrada en la dignidad y el respeto hacia la paciente. La integración de diversos patrones de conocimiento permitió un abordaje holístico y respetuoso.

Conclusión. Las narrativas en enfermería tienen un impacto muy importante en la disciplina, y el cuidado paliativo, junto con el soporte psicológico adecuado, son cruciales para asegurar una experiencia del final de la vida tranquila para los pacientes y sus familias. La integración de diversos patrones de conocimiento de enfermería permite un abordaje holístico y respetuoso, destacando la importancia del rol del profesional de enfermería en la fase final de la vida.

Palabras clave: Narrativa de enfermería; Cuidados paliativos; Narrativas personales.

ABSTRACT

Introduction. In the field of nursing, narratives have gained notable and important growth in recent years. The use of this technique, which allows the replication of stories, situations, and experiences with patients, families, and the healthcare team, has had a significant impact on the growth of the discipline.

Objective. This article aims to analyze a nursing narrative based on the care experience of a 56-year-old patient diagnosed with end-stage liver cirrhosis.

Methodology. To achieve this, elements of nursing knowledge, including worldview and empirical concepts, were identified throughout the article. Different patterns of knowledge were examined, such as personal, empirical, ethical, aesthetic, as well as those



related to sociopolitical and emancipatory knowledge. The Peaceful End-of-Life Theory by Cornelia M. Ruland and Shirley M. Moore was applied, which consists of providing the necessary nursing care to create a peaceful end-of-life experience.

Results. The narrative analysis revealed that the implementation of adequate palliative care had a significant positive impact on the experience of both the patient and her family. The patient received comprehensive care that addressed both her physical and emotional needs, including effective pain management and constant emotional support. The family also received guidance and emotional support, allowing them to face the situation more calmly. The importance of the empirical and ethical knowledge of nursing staff was highlighted, which enabled care centered on the patient's dignity and respect. The integration of various knowledge patterns allowed for a holistic and respectful approach.

Conclusion. Narratives in nursing have a significant impact on the discipline, and palliative care, along with adequate psychological support, is crucial to ensuring a peaceful end-of-life experience for patients and their families. The integration of various nursing knowledge patterns allows for a holistic and respectful approach, highlighting the importance of the role of nursing professionals in the end-of-life phase.

Keywords: Nursing narrative; Palliative care; Personal narratives.

RESUMO

Introdução. No campo da enfermagem, as narrativas têm ganhado crescimento notável e importante nos últimos anos. O uso desta técnica, que permite a replicação de histórias, situações e vivências com os pacientes, as famílias e a equipe de saúde, tem gerado um impacto significativo para o crescimento da disciplina.

Objetivo. Este artigo tem como objetivo analisar uma narrativa de enfermagem baseada na experiência de cuidado de uma paciente de 56 anos diagnosticada com cirrose hepática em estágio terminal.

Metodologia. Para isso, ao longo do artigo foram identificados elementos do conhecimento de enfermagem, incluindo a visão de mundo e conceitos empíricos. Foram examinados diferentes padrões de conhecimento, tais como pessoal, empírico, ético, estético, bem como aqueles relacionados ao conhecimento sociopolítico e emancipatório. Foi aplicada a Teoria do Final Tranquilo de Vida de Cornelia M. Ruland e Shirley M. Moore, que consiste em oferecer os cuidados de enfermagem necessários para criar uma experiência de final de vida tranquila.

Resultados. A análise da narrativa revelou que a implementação de cuidados paliativos adequados teve um impacto positivo significativo na experiência tanto da paciente quanto de sua família. A paciente recebeu um cuidado integral que abordou tanto suas necessidades físicas quanto emocionais, incluindo o manejo eficaz da



dor e o suporte emocional constante. A família também recebeu orientação e apoio emocional, permitindo-lhes enfrentar a situação com maior tranquilidade. Destacou-se a importância do conhecimento empírico e ético do pessoal de enfermagem, que permitiu uma atenção centrada na dignidade e respeito à paciente. A integração de diversos padrões de conhecimento permitiu uma abordagem holística e respeitosa.

Conclusão. As narrativas em enfermagem têm um impacto muito importante na disciplina, e os cuidados paliativos, juntamente com o suporte psicológico adequado, são cruciais para garantir uma experiência de final de vida tranquila para os pacientes e suas famílias. A integração de diversos padrões de conhecimento de enfermagem permite uma abordagem holística e respeitosa, destacando a importância do papel dos profissionais de enfermagem na fase final da vida.

Palavras-chave: Narrativa de enfermagem; Cuidados paliativos; Narrativas pessoais.

Introducción

El cuidado paliativo es una disciplina que se centra en mejorar la calidad de vida de pacientes que se encuentran enfrentando enfermedades crónicas y terminales, ha ganado una importancia creciente en la atención médica contemporánea. En particular, en el contexto de la enfermedad hepática crónica (EHC), donde los desafíos físicos, emocionales y sociales son profundos y complejos, volviéndose crucial el rol de los profesionales de enfermería en la provisión de cuidados paliativos (Campos *et al.*, 2019) "type": "article-journal", "volume": "27", "uris": [{"http://www.mendeley.com/documents/?uuid=a36c50fe-bdf2-4443-9511-d1e2dcb8f4a7"}], "mendeley": {"formattedCitation": "(Campos *et al.*, 2019).

En los últimos años en el campo de la enfermería, las narrativas han adquirido un crecimiento notable. El uso de esta técnica que permite la replicación de historias, situaciones y vivencias con los pacientes, las familias y el equipo de salud, han generado un impacto relevante en el avance de la disciplina. (Fitzpatrick, 2021). Es así como este artículo, busca explorar a través de una narrativa de enfermería el cuidado paliativo en una paciente diagnosticada con EHC. Por medio de esta narrativa, no solo serán profundizados los aspectos clínicos del cuidado, sino también el impacto humano y emocional que este proceso conlleva tanto para la paciente, su familia y el equipo interdisciplinar. La experiencia de esta paciente y el acompañamiento de los profesionales de enfermería proporcionan una ventana a la complejidad y la importancia de los cuidados paliativos en el manejo integral del EHC (Campos *et al.*, 2019) "type": "article-journal", "volume": "27", "uris": [{"http://www.mendeley.com/documents/?uuid=a36c50fe-bdf2-4443-9511-d1e2dcb8f4a7"}], "mendeley": {"formattedCitation": "(Campos *et al.*, 2019).



La EHC es una causa importante de mortalidad y morbilidad en todo el mundo y actualmente representa un importante problema de salud pública. Un estudio reciente de 2023 evidenció que estas enfermedades (cirrosis, hepatitis viral y cáncer de hígado) son responsables por más de dos millones de muertes al año, lo que equivale al 4 % de todas las muertes a nivel mundial (1 de cada 25 muertes). Siendo que, 1 de cada 3 muertes relacionadas con el hígado se producen en mujeres (Devarbhavi *et al.*, 2023). Así mismo, en las Américas las EHC, representa una alta carga para los sistemas de salud, y una de las principales causa de años de vida laboral perdidos (Díaz *et al.*, 2024).

La EH, tiene un deterioro progresivo de la función hepática durante 6 meses en donde se desencadena una serie de complicaciones referentes a la enfermedad y el estado de la gravedad en la que se encuentre el paciente, que puede llegar a una tasa de mortalidad de 2 meses de más del 90 %. La literatura ha sido consistente en describir que debido al impacto de la EH crónica, la implementación de cuidados paliativos de forma precoz es fundamental en la reducción de los síntomas, hospitalizaciones y por consecuentes el uso de los recursos generados por los sistemas de salud. Sin embargo, aún se carece de profesionales cualificados para satisfacer esta demanda, que se ha convertido en uno de los principales temas de la salud pública (Jarrett *et al.*, 2024).

Esta narrativa de enfermería, fue conducida a través de un análisis teórico y conceptual. Desde la línea teórica, fue aplicada la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore, que consiste en ofrecer los cuidados de enfermería necesarios para crear una experiencia del final tranquilo de la vida, evaluar e interpretar las manifestaciones de la experiencia del final de la vida de las personas e intervenir de forma adecuada (Ruland & Moore, 1998). Adicionalmente, fue analizado a través de cuatro patrones de los conocimientos propuestos por (Carper, 1978), que describen las formas en como la formación es adquirida y utilizada en los profesionales de enfermería. Mediado por el conocimiento, empírico, ético, estético y personal. Posteriormente, (White, 1995) fue incluido un quinto patrón denominado sociopolítico, y (Chinn & Kramer, 1999) el patrón emancipatorio.

Por tanto, a través del relato de este caso, fue explorado los desafíos y las recompensas de proporcionar cuidados paliativos en la práctica clínica, así como la importancia de una atención holística que aborde tanto las necesidades físicas como las emocionales, espirituales y sociales de los pacientes y sus familias. En última instancia, este artículo tuvo como objetivo analizar una narrativa de enfermería basada en la experiencia de cuidado de una paciente de 56 años diagnosticada con cirrosis hepática en su etapa final.



Narrativa de enfermería

Durante mi tiempo como profesional de enfermería en el área rural, tuve la oportunidad de atender a un paciente llamado Jesenia, de 56 años, diagnosticada con cirrosis hepática en su etapa final. Durante mi turno, me fue el cuidado de Jesenia y al interactuar con ella, noté varios signos preocupantes: su rostro mostraba tristeza, sus facciones estaban pálidas, evidenciaba preocupación, su abdomen estaba distendido, mostraba poco interés en socializar, presentaba ictericia generalizada y su estado anímico estaba notablemente decaído.

Desde ese momento, sentí una profunda preocupación por la situación de esta señora y la difícil condición en la que se encontraba. Esta preocupación me llevó a realizar una investigación exhaustiva, basada en su diagnóstico, antecedentes familiares, situación socioeconómica, estado civil, hábitos alimentares y estilo de vida. Obtener la información necesaria implicó revisar detalladamente su historial clínico y obtener la colaboración de sus familiares, previa obtención de su consentimiento informado. Esto me permitió una comprensión más completa de los factores que podrían haber influido en el desarrollo de su patología.

Tuve la oportunidad de conversar con los familiares de Jesenia, mantuvimos una extensa conversación, donde les indagué sobre los antecedentes de la señora. Con esto fue encontrado indicios de que el deterioro de la salud de Jesenia podría estar asociado con sus hábitos de alimentación, además, ella disfrutaba de salir a tomar con sus amigos y fumaba tres cajetillas de tabaco al día. Estaba sumida en una profunda depresión debido a su incapacidad para concebir un hijo para su esposo y aunque *“él la amaba y estaba dispuesto a ayudarla”*, con el tiempo comenzó a distanciarse debido a su estilo de vida y personalidad. A pesar de los cambios en su relación, él sintió que debía estar a su lado hasta el final debido al amor que le había profesado.

Al escuchar esta historia, me invadió una profunda tristeza y sentimientos encontrados, ya que había experimentado una situación similar con un familiar. Reconocí lo difícil que es para las familias atravesar esta etapa tan dura y la importancia de brindarles todo el apoyo necesario. En ese momento, opté por guardar silencio y expresar compasión hacia ellos. Le aseguré al esposo de Jesenia que su apoyo incondicional era vital para ella en este momento crítico y que Dios recompensaría sus buenas acciones sin guardar ningún rencor.

Después de finalizar la conversación, caminaba en silencio por los pasillos, reflexionando sobre cómo podía ayudar a este paciente y a su esposo. Me comprometí a brindarles atención de calidad y calidez, así como un cuidado humanizado hasta el final de sus días.

Al día siguiente, tras meditar sobre la historia vivida por el esposo de Jesenia y la progresión de la enfermedad que padecía, comencé a ofrecer cuidados basados en mis conocimientos como enfermero rural. Realicé actividades como la toma de signos vitales, cambios posturales, medición



del perímetro abdominal, control de la ingesta y eliminación, además de administrar medicamentos bajo supervisión y según las indicaciones de las licenciadas del área donde se encontraba Jesenia.

Durante los días que doña Jesenia pasó en nuestra institución de salud, se fue estableciendo un vínculo significativo entre ella y el equipo de enfermería. Esta conexión nos llevó a desarrollar un profundo aprecio por su situación, lo cual me motivaba cada mañana a levantarme y ejecutar mis planes de cuidado de enfermería de la manera más efectiva posible. Sin embargo, a pesar de nuestros esfuerzos, la salud de doña Jesenia continuaba deteriorándose, manifestando síntomas como distensión abdominal y deterioro del patrón respiratorio.

Durante su ingreso en nuestra institución, llevamos a cabo todas las acciones pertinentes a nuestra disposición para brindarle el mejor cuidado posible. Sin embargo, su estado de salud empeoró progresivamente, y llegó un momento en el que estaba en agonía, luchando entre la vida y la muerte. Por lo tanto, decidí acompañarla durante esta etapa en el hospital. En ese momento, sentí una profunda tristeza al ver partir a doña Jesenia y al observar la expresión en el rostro de su esposo. Esta situación me embargó de melancolía, recordándome el día en que falleció un familiar cercano y lo difícil que fue para mí enfrentar ese proceso.

Cuando doña Jesenia pidió perdón por cualquier error cometido, supe que finalmente había encontrado paz y descanso. Me quedé con la satisfacción de haber cumplido con mi deber al brindarle los mejores cuidados posibles durante su estancia en nuestra institución.

Visión del mundo

En el ámbito de la enfermería, la comprensión filosófica subyacente en la práctica del cuidado adquiere un papel fundamental. La visión del mundo adoptada dentro de esta disciplina no solo orienta las intervenciones de enfermería, sino que también define la relación entre el profesional de la salud y la persona que requiere el cuidado. Permitiendo con esto, un marco conceptual relevante desde perspectiva de reciprocidad e integración (Ferla *et al.*, 2022).

Esta visión del mundo se basa en la concepción del ser humano como un ser holístico, en el cual las dimensiones físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales están profundamente interrelacionadas. A lo largo de los años, la enfermería se ha distinguido como una disciplina social y humanística, que, fundamentada en la ciencia, orienta su práctica profesional mediante conocimientos, habilidades y un compromiso constante con el cuidado integral (Facione, 2017). En el contexto de esta narrativa, la condición patológica de Jesenia no puede ser comprendida de manera aislada; en cambio, requiere una aproximación que considere cómo cada aspecto de su vida cotidiana, sus relaciones personales, y su cultura impactan en su salud. Por lo tanto, Jesenia no es



simplemente una paciente que recibe cuidado; es una persona cuya experiencia de salud está moldeada por la interacción continua con su entorno, y es dentro de este marco que el profesional de enfermería interviene, reconociendo a Jesenia como un individuo completamente dependiente del contexto que la rodea, lo que implica que su proceso de cuidado no puede ser abordado de manera fragmentada o unidimensional, y al contrario, reconoce la interconexión entre todos los aspectos de la vida de la paciente (Facione, 2017; Ferla *et al.*, 2022).

En conclusión, la visión del mundo adoptada en esta narrativa de enfermería enfatiza la reciprocidad y la integración como principios fundamentales en la práctica del cuidado. Al comprender al ser humano como un ente holístico y considerar su relación con el entorno, el profesional de enfermería se convierte en un agente activo en la promoción de la salud y el bienestar de Jesenia, abordando todas las dimensiones de su existencia con sensibilidad y comprensión. Sin embargo, esta práctica aún presenta algunas lagunas en la literatura en relación a los efectos de satisfacción en los profesionales de enfermería (Ferla *et al.*, 2022).

Filosofía y teoría de enfermería

La Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore, constituye un enfoque vital en el ámbito de la enfermería, especialmente en situaciones donde los individuos se encuentran en un estado crítico de salud o enfrentan el final de sus vidas. Esta teoría reconoce y valora la singularidad de la experiencia de cada persona, marcada por su historia, sus relaciones y sus circunstancias. En el caso de Jesenia, se profundiza en aspectos clave de su vida que influyen directamente en su situación actual, como sus hábitos alimenticios y su lucha contra el tabaquismo, así como su dolorosa batalla contra la depresión debido a su incapacidad para concebir (Ruland & Moore, 1998).

En el contexto de la atención hospitalaria, la enfermería desempeña un papel esencial al brindar un apoyo integral tanto a Jesenia como a su familia. Desde el momento en que experimenta un deterioro de salud y entra en agonía, hasta el enfrentamiento con la lucha entre la vida y la muerte, los profesionales de enfermería se comprometen a proporcionar un cuidado centrado en el paciente y en su bienestar emocional, físico y espiritual.

Una parte fundamental de esta teoría es el énfasis en el final tranquilo de la vida. A través de una atención cuidadosamente diseñada, se busca aliviar el sufrimiento y promover la paz en el paciente y su entorno familiar. Esto implica una atención holística que abarca tanto los cuidados paliativos como los terminales, asegurando que Jesenia y sus seres queridos sean acompañados con compasión y dignidad en este difícil tránsito (Carrillo *et al.*, 2017).



En resumen, la Teoría del Final Tranquilo de la Vida ofrece un marco conceptual valioso para guiar la práctica de enfermería en situaciones de enfermedad grave y terminal. Al reconocer la importancia de la experiencia única de cada individuo y priorizar un enfoque centrado en el cuidado integral, esta teoría se convierte en una herramienta fundamental para proporcionar un acompañamiento compasivo y significativo durante los momentos más desafiantes de la vida de Jesenia y de aquellos que la rodean (Carrillo *et al.*, 2017; Ruland & Moore, 1998).

Metaparadigma

Al explorar la narrativa de la enfermería, es esencial desglosar cada uno de los elementos que conforman el metaparadigma disciplinario. Estos componentes son vitales para clarificar los conceptos que delimitan el campo de acción de la disciplina, abarcando la persona, la salud, el cuidado de enfermería y el entorno. Estos pilares reflejan la esencia misma de la naturaleza humana, según lo expuesto por Fawcett. (Fawcett, 2006; Fernandes *et al.*, 2017; León-Román, 2017; Ramírez-Giróna *et al.*, 2020). A continuación, se detallan y exploran individualmente cada uno de estos conceptos (ver [Tabla 1](#)).



Tabla 1. Visión de Enfermería desde la perspectiva del metaparadigma de enfermería

Metaparadigmas	Situaciones de enfermería
<p>Persona: se refiere al individuo, familia, comunidad y otros grupos receptores de las intervenciones y cuidados del personal de enfermería (Fawcett, 2006).</p>	<p>Jesenia, más que estar limitada por su enfermedad hepática, era alguien que necesitaba cuidado humanizado. El profesional de enfermería en servicio rural observó la necesidad de conversar y compartir sentimientos encontrados con el esposo de Jesenia y sus demás familiares. Es importante reconocer cómo un individuo corresponde y necesita mantener una relación profesional de enfermería-paciente, y sentirse respaldado y apoyado durante los días difíciles de una enfermedad e incluso en los últimos días de vida, como era el caso de Jesenia.</p>
<p>Ambiente o escenario: es el lugar en donde la situación de enfermería es desarrollada, se refiere a las personas o los ambientes físicos donde las intervenciones son llevadas a cabo (Fawcett, 2006).</p>	<p>El ambiente corresponde a un área que brinda atención médica, como es el Centro de Salud Tipo B Mocache, ubicado en la ciudad de Quevedo, específicamente en la unidad de medicina interna. Esta unidad se caracteriza por la atención a individuos adultos con diagnósticos y tratamientos no quirúrgicos de enfermedades que afectan diversas partes de sus órganos y sistemas internos, así como su prevención.</p>
<p>Salud: como meta o dirección a la cual el personal de enfermería enfoca sus intervenciones o el estado de bienestar en el momento en que se ofrece el cuidado (Fawcett, 2006).</p>	<p>La salud de Jesenia se vio afectada por una enfermedad hepática que condujo al deterioro de su salud física y psicoemocional. Su rostro reflejaba tristeza, facciones pálidas, preocupación, abdomen distendido, falta de sociabilidad, ictericia generalizada, decaimiento y deterioro del patrón respiratorio. Estas condiciones de salud llevaron a Jesenia a una etapa terminal de cirrosis hepática, además de experimentar una agonía mientras luchaba entre la vida y la muerte. Es en este momento donde el profesional de enfermería interviene brindándole compañía durante su estancia en el hospital.</p>
<p>Enfermería: que, según Fawcett, describe cómo las acciones que tienen lugar por parte de enfermería o en conjunto con la persona son para su beneficio (Fawcett, 2006).</p>	<p>Las actividades realizadas por el profesional de enfermería, como los planes de cuidado, permitieron que el profesional identificara los signos y síntomas de la enfermedad que afectaba a doña Jesenia. Al dialogar con la paciente sobre sus sentimientos en esta etapa terminal, ella misma pidió perdón a su esposo y a sus familiares por los errores cometidos.</p> <p>No obstante, el profesional de enfermería proporcionó cuidado humanizado y atención de calidad y calidez hasta los últimos días de la vida de doña Jesenia. Esto incluyó la toma de signos vitales, cambios posturales, medición del perímetro abdominal, control de la ingesta y eliminación, así como la administración de medicamentos para aliviar los síntomas de la paciente.</p>



Indicador empírico

El profesional de enfermería brindó soporte a las intervenciones que eran parte de su gestión disciplinar, comenzando por fundamentar su decisión una vez identificado el problema. Esto implicó llevar a cabo una investigación exhaustiva basada en el diagnóstico de la paciente, sus antecedentes familiares, estado socioeconómico, estado civil, hábitos alimenticios y estilo de vida. La información necesaria se obtuvo a través de su historial clínico y con la ayuda de sus familiares, previa obtención de su consentimiento informado para explicar brevemente el desencadenante de su patología.

El manejo del dolor y los síntomas de su enfermedad se convirtió en un desafío para la enfermería, ya que son fundamentales para el bienestar, la tranquilidad y la dignidad del paciente. Estos aspectos son cruciales para garantizar una muerte tranquila y facilitar un duelo familiar más saludable. Para Jesenia, este proceso la llevó a encontrar paz consigo misma, pidiendo perdón a su esposo y a sus familiares.

Patrones del conocimiento de Barbara Carper

En los patrones del conocimiento que encontramos en la narrativa tenemos los siguientes (ver **Figura 1**):



Figura 1. Patrones del conocimiento de Barbara Carper.

Patrón empírico: centrado en la comprensión basada en la evidencia de datos concretos. En el contexto de la enfermería, implica entender y aplicar principios científicos y técnicos para proporcionar un cuidado efectivo a los pacientes.

Este patrón se evidencia en la capacidad del profesional de enfermería rural para comprender el dolor, la desesperación, la preocupación y la ansiedad asociados a la disminución del patrón respiratorio. A través de la administración de medicamentos, se buscó mejorar las condiciones sintomáticas de Jesenia, incluso en su etapa final de vida. Los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería reflejan un papel importante siendo el paciente un ser holístico.

Patrón personal: se refiere a la comprensión subjetiva y emocional que el profesional de enfermería desarrolla a través de sus propias experiencias y valores personales, en conectar emocionalmente con el paciente y responder de manera empática a sus necesidades individuales.

Este patrón se manifiesta en el compromiso del profesional de enfermería con el cuidado de la paciente durante sus horas laborales. El profesional de enfermería muestra habilidades para escuchar y empatizar con el sufrimiento de Jesenia. Permite conocerse a sí mismo, lo que la sensibiliza ante los problemas de su paciente. Además, el apoyo de los familiares hacia el profesional es fundamental tanto para su satisfacción personal como profesional.

Patrón estético: Va más allá de los aspectos técnicos y científicos involucrando la sensibilidad y la intuición del profesional de enfermería para comprender y atender las necesidades emocionales, espirituales y sociales del paciente.

Dentro del Patrón Sociopolítico, se exploran no solo los aspectos clínicos, sino también relaciones que el profesional de enfermería establece tanto con la paciente como con sus familiares. Estas interacciones son esenciales para comprender la situación integral de salud de la persona. Durante una extensa conversación con los familiares de Jesenia, se lograron recabar antecedentes importantes sobre su estilo de vida, incluyendo detalles sobre sus hábitos alimenticios, el consumo de alcohol y tabaquismo, factores que impactan directamente en su estado de salud.

Patrón ético: aborda la dimensión ética de la atención, lo que implica tomar decisiones responsables y justas, respetando la dignidad, los derechos y la autonomía de los pacientes. Permitiendo una actuación con integridad del profesional de la salud.

Dentro del Patrón Ético, se exploran no solo las técnicas de cuidado sino también las decisiones morales y los principios que guían la práctica de la enfermería. En el caso de Jesenia, esta perspectiva ética se reflejó en la manera en que abordaron sus necesidades emocionales y las de su familia. La empatía y el respeto hacia sus valores y dignidad fueron cruciales para ofrecer una atención humanizada.



Patrón sociopolítico de Jill White

El Patrón Sociopolítico, desarrollado por Jill White, constituye un marco teórico fundamental en el campo de la enfermería que reconoce la intrínseca conexión entre los factores sociales, económicos y políticos y la salud de los individuos y las comunidades. Este enfoque amplio y holístico va más allá de la mera atención clínica, reconociendo que la salud está profundamente influenciada por el entorno en el que las personas viven, trabajan y se desarrollan (Osorio Castaño, 2016; White, 1995).

El Patrón Sociopolítico nos insta a examinar y abordar las inequidades estructurales que impactan la salud, como la distribución desigual de recursos, el acceso limitado a atención médica de calidad, las políticas públicas deficientes y las condiciones sociales adversas. Al considerar estos factores, los profesionales de enfermería pueden identificar y abordar las causas subyacentes de los problemas de salud, promoviendo así una atención más integral y centrada en el bienestar integral de los individuos y las comunidades a las que sirven (Osorio Castaño, 2016; White, 1995).

En el contexto del caso de Jesenia, el Patrón Sociopolítico nos ofrece una lente a través de la cual entender las influencias más amplias que han contribuido a su situación de salud. Jesenia no solo enfrenta desafíos relacionados con su salud física, sino que su experiencia está profundamente entrelazada con factores sociopolíticos, como la precariedad laboral, la falta de acceso a recursos básicos y un sistema de salud con modelos de atención sanitaria que no atiende las necesidades de quienes tienen limitaciones socioeconómicas al final de la vida. Así, como la falta de políticas que promuevan la equidad en el acceso a la atención sanitaria, han contribuido a una situación de salud que no puede ser abordada únicamente desde la perspectiva clínica (Bowers *et al.*, 2022).

Patrón emancipatorio de Chinn y Kramer

El Patrón Emancipatorio, conceptualizado por Chinn y Kramer, es un marco teórico que busca promover la autonomía, la igualdad y la justicia social en el cuidado de la salud. Este enfoque reconoce que las personas y las comunidades tienen el derecho y la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su propia salud y bienestar, así como de abogar por cambios sociales que mejoren las condiciones de salud (Chinn & Kramer, 1999; Osorio Castaño, 2016).

En el caso de Jesenia, el Patrón Emancipatorio invita a reflexionar sobre cómo se pueden empoderar tanto a Jesenia como a su familia para tomar decisiones que promuevan su bienestar y calidad de vida. Esto implica no solo brindar información y apoyo para que puedan participar activamente en su propio cuidado, sino también abogar por políticas y prácticas sociales que aborden las inequidades subyacentes que han contribuido a su situación de salud. Además, el Patrón Eman-



El enfoque emancipatorio destaca la importancia de trabajar en colaboración con las personas y las comunidades, reconociendo sus conocimientos y experiencias como recursos valiosos en el proceso de cuidado. En el contexto de Jesenia, esto podría implicar facilitar espacios para que ella y su familia expresen sus preocupaciones, necesidades y deseos, y trabajar juntos para desarrollar un plan de cuidado que refleje sus valores y metas. Al adoptar un enfoque emancipatorio, los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel activo en la promoción del empoderamiento y la autonomía de Jesenia y su familia, así como en la lucha por un sistema de salud más equitativo y justo para todos.

Conclusión

Este estudio de enfermería ofrece una visión profunda sobre el cuidado de pacientes en etapa terminal, centrándose en el caso específico de una paciente de 56 años diagnosticada con cirrosis hepática en su fase final. La aplicación de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore proporciona un marco sólido para comprender y abordar las complejidades de este proceso delicado. A lo largo de la narrativa, se evidencia la importancia de un enfoque multidimensional en el cuidado de pacientes en fase terminal. Los profesionales de enfermería no solo deben considerar las necesidades físicas del paciente, sino también sus necesidades emocionales, sociales y espirituales. Esta comprensión holística es esencial para garantizar una atención completa y satisfactoria.

Los cuidados paliativos se centran en aliviar el sufrimiento del paciente y mejorar su calidad de vida, en lugar de buscar una cura. En el caso de la paciente con cirrosis hepática en su etapa final, los cuidados paliativos son cruciales en la gestión de sus síntomas y en el apoyo a su bienestar general. Asimismo, se enfatiza la importancia del apoyo a la familia y a los cuidadores durante este proceso. La enfermedad terminal de un ser querido puede ser extremadamente desafiante emocionalmente, y los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en proporcionar orientación, apoyo y recursos a los cuidadores familiares.

En resumen, este estudio subraya la importancia crítica del papel del profesional de enfermería en el cuidado de pacientes en fase terminal. Al aplicar una perspectiva integral y centrada en el paciente, y al utilizar la Teoría del Final Tranquilo de la Vida como guía, los profesionales de enfermería pueden ofrecer un cuidado de calidad que mejore la calidad de vida del paciente y brinde apoyo tanto al paciente como a su familia durante este período difícil.



Referencias

- Bowers, S. P., Chin, M., O’Riordan, M. & Carduff, E. (2022). The end of life experiences of people living with socio-economic deprivation in the developed world: an integrative review. *BMC Palliative Care*, 21(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01080-6>
- Campos, V. F., da Silva, J. M. & da Silva, J. J. (2019). Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Revista Bioética*, 27(4), 711–718. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
- Carrillo, G. M., Gómez Ramírez, O. J., & Arias, E. M. (2017). Nursing theories for research and health care practice in palliative care. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(32-1), 60–79. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1764>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–24. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Chinn, P. & Kramer, M. (1999). *Theory and Nursing Integrated Knowledge Development* (5th edition). Mosby.
- Devarbhavi, H., Asrani, S. K., Arab, J. P., Nartey, Y. A., Pose, E. & Kamath, P. S. (2023). Global burden of liver disease: 2023 update. *Journal of Hepatology*, 79(2), 516–537. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.03.017>
- Díaz, L. A., Villota-Rivas, M., Barrera, F., Lazarus, J. V. & Arrese, M. (2024). The burden of liver disease in Latin America. *Annals of Hepatology*, 29(3). <https://doi.org/10.1016/j.aohep.2023.101175>
- Facione, P. A., Oliveira, M. G. & Riegel, F. (2017). Pensamento Crítico Holístico no Processo Diagnóstico de Enfermagem. *Rev Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), 1-2. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.75576>
- Fawcett, J. (2006). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (Davis Company (ed.), 2nd ed.). F. A. Davis.
- Ferla, J. B. da S., Araújo, C. M. de, Stechman-Neto, J., Tonocchi, R. de C., Krüger, S. I. & Berberian, A. P. (2022). Effect of the patient-centered care model on health professional satisfaction: a systematic review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43(Special Issue). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210288.en>
- Fernandes, C. R. C., Porto, I. S. I., & Soares, A. M. M. (2017). El cuidado del cuerpo en el arte, la ciencia y la filosofía de la enfermería. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 21(47). <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.47.08>
- Fitzpatrick, J. J. (2021). Narrative Nursing. Empowering Nurse Leaders. *Nursing Administration Quarterly*, 45(4), 324–329. <https://doi.org/10.1097/naq.0000000000000486>



- Jarrett, S. A., Bley, E. & Kalman, R. S. (2024). Understanding the Role of Palliative Care Within Routine Care of Advanced Liver Disease. *Current Hepatology Reports*, 23, 307–315. <https://doi.org/10.1007/s11901-024-00656-5>
- León-Román, C. A. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>
- Osorio Castaño, J. H. (2016). Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1352-1357. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
- Ramírez-Girón, N., Landeros-Olvera, E. & Cortés-Barragán, B. (2020). Nursing narrative: An experience of care in hemodialysis. *Enfermeríaa Universitaria*, 17(3), 354–362. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.781>
- Ruland, C. M. & Moore, S. M. (1998). Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169–175. [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0)
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73–86. <https://doi.org/10.1097/00012272-199506000-00007>