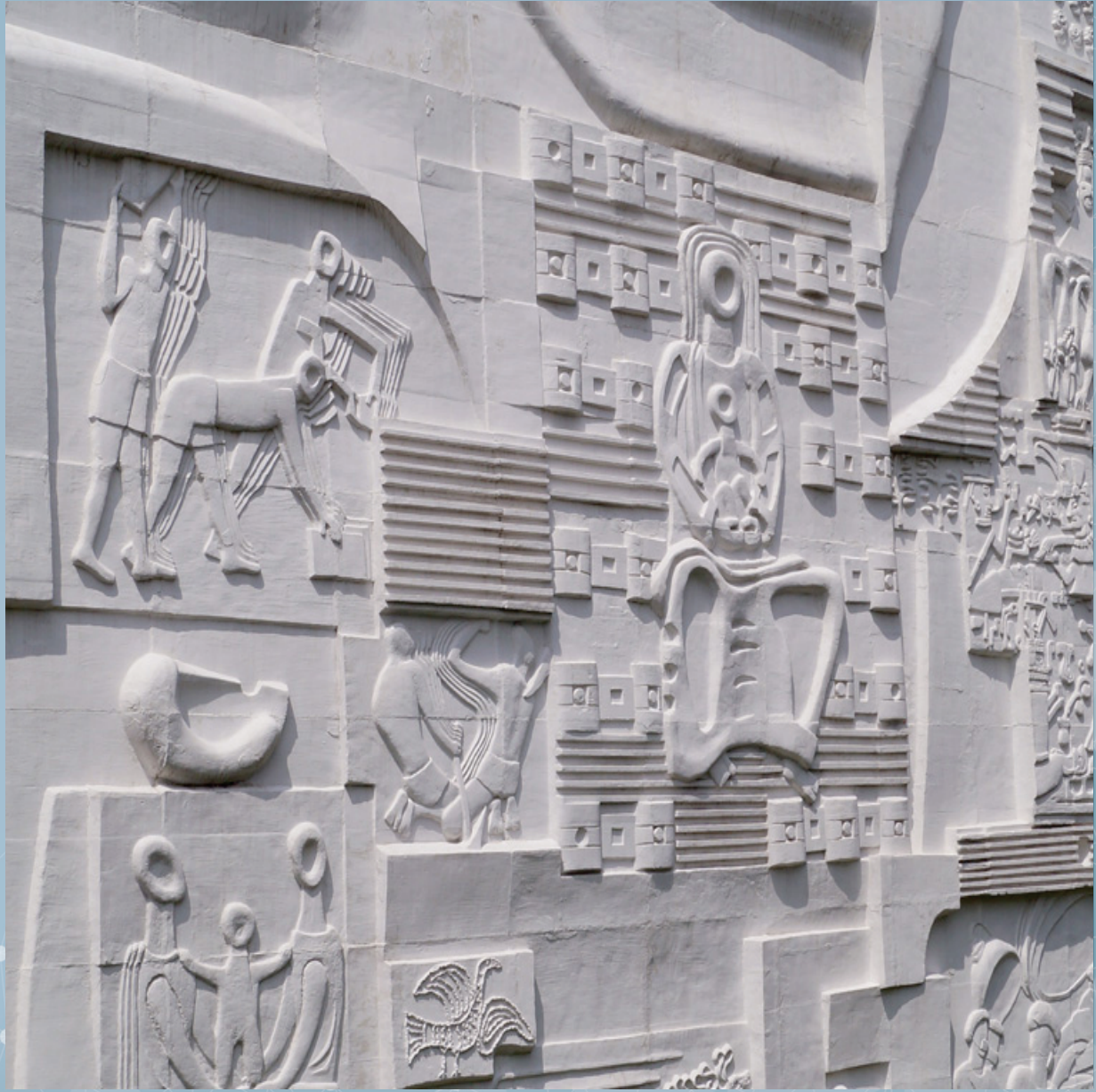


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



ISSN - 1870-6592 • e-ISSN: 2954-3428 Indexado en: Base de datos CUIDEN (Granada, España)

octubre - diciembre 2023

Vol. 22
N.3

DIRECTORIO



INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

DR. ÁNGEL ANTONIO ARAUZ GÓNGORA
Director General

DR. EDGAR NATHAL VERA
Director Médico

DRA. FABIOLA EUNICE SERRANO ARIAS
Directora de Enseñanza

DR. BENJAMIN PINEDA OLVERA
Director de Investigación

DR. RAMIRO GILBERTO RUIZ GARCÍA
Subdirector de Enseñanza

DRA. ELIZABETH LEÓN MANRIQUEZ
Jefa del Depto. de Publicaciones Científicas

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

DIRECTORA EJECUTIVA

Mtra. Martha Elena Castillo Trejo <https://orcid.org/0009-0002-6201-4881>

FUNDADORA

Mtra. Hortensia Loza Vidal

EDITORA

Lic. Guisety López Cantera <http://orcid.org/0000-0001-7680-2948>

EDITORAS ADJUNTAS

Mtra. Gloria Ortiz López <https://orcid.org/0000-0002-4180-0798>

Mtra. E. Patricia Zamora Ruiz <https://orcid.org/0000-0002-8037-789X>

Dra. Ma. Guadalupe Nava Galán <https://orcid.org/0000-0003-0682-8514>

Mtra. Monserrat Castelán Flores <https://orcid.org/0009-0005-8013-2250>

Dra. Sara Santiago García <https://orcid.org/0000-0002-6963-4808>

TRADUCTOR

Mtro. Alejandro Belmont Molina <https://orcid.org/0000-0002-4722-8841>

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

Mara Isabel Ramírez Naranjo <https://orcid.org/0000-0002-1983-0915>

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Lic. Mario Orlando Solís Solís

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Evaluador Internacional

Dra. Rafaela Camacho Bejarano

Universidad de Huelva España

<https://orcid.org/0000-0003-0716-5038>

Mtra. Antonia Campolongo Perillo

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Institut de Recerca, Barcelona, Catalunya, España

<https://orcid.org/0000-0002-7962-3264>

Dra. Amélia Costa Mendes

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-0704-4319>

Mag. Mónica Isabel Hanna Lavalle

Universidad de Córdoba, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-4118-761X>

Dr. Augusto Hernán Ferreira-Umpiérrez

Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Enfermería, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay

<https://orcid.org/0000-0002-2088-382X>

Dra. Ma. José López Montesinos

Universidad de Murcia, España

<https://orcid.org/0000-0001-6084-2670>

Dra. Stefany Ortega Pérez

Universidad del Norte, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-3058-5161>

Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-2790-3333>

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-2168-7801>

Dra. Edith E. Rivas Riveros

Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

<https://orcid.org/0000-0002-9832-4534>

Mtra. Anabel Sarduy Lugo

Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-7666-7846>

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Mtra. Mirelys Sarduy Lugo

Hospital Provincial Pediátrico Universitario José Luis Miranda

<https://orcid.org/0009-0009-1749-9403>

Dra. Catalina Sepúlveda Rivas

Universidad Mayor, Sede Temuco

<http://orcid.org/0000-0002-5256-2270>

Mag. Rosana Tessa

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay

<https://orcid.org/0000-0002-0516-9222>

Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile

<https://orcid.org/0000-0002-1308-4835>

Comité Evaluador Nacional

Dra. Adela Alba Leonel

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0001-9359-9590>

Dra. Carmen Lasty Balseiro Almario

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-3484-432X>

Dra. María Candelaria Betancourt Esparza

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

<https://orcid.org/0000-0003-3956-2003>

Mtra. Miriam Bretado de los Ríos

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-8127-1384>

Mtra. Beatriz Carmona Mejía

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0003-2831-1313>

Mtra. Marisol Castro Serrato

Hospital de PEMEX Central Sur

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Dra. Sofía Cheverría Rivera

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

<https://orcid.org/0000-0003-1099-8719>

Dra. Silvia Crespo Knopfler

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-7720-7187>

Mtra. Belinda de la Peña León

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-2579-7699>

Mtra. Erika Rossi Díaz Benítez

Hospital General de Zona No. 32, Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

<https://orcid.org/0000-0001-6458-4998>

Dra. María del Carmen Escalante Membrillo

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

<https://orcid.org/0009-0004-5452-4720>

Mtra. Ma. Rosy Fabián Victoriano

Hospital General Dr. Manuel Gea González

<https://orcid.org/0000-0002-2026-0331>

Dr. Luis Manuel Fernández Hernández

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. Martha Liliana Giraldo Rodríguez

Instituto Nacional de Geriátría

<https://orcid.org/0000-0001-6541-865X>

Mtra. Ma. del Carmen Gómez Lucio

Centro Oncológico Estatal ISSEMyM

<https://orcid.org/0000-0001-5465-1560>

Dra. María Susana González Velázquez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-5851-4886>

Dra. Alejandra Hernández Castañón

Universidad Autónoma de Querétaro

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Dra. Sandra Hernández Corral

Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra"

<http://orcid.org/0000-0003-4292-2380>

Mtra. Pamela Edith Juárez Beltrán

Instituto Mexicano del Seguro Social

<https://orcid.org/0000-0003-0340-5479>

Dra. Martha Landeros López

Universidad de San Luis Potosí

<https://orcid.org/0000-0002-5035-3715>

Dr. Erick Alberto Landeros Olvera

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

<https://orcid.org/0000-0001-6270-1759>

Dra. María Luisa Leal García

Universidad Autónoma de Querétaro

<https://orcid.org/0000-0002-4511-2052>

Dr. Benjamín López Nolasco

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

<https://orcid.org/0000-0003-4566-214X>

Mtra. Silvia Macario Hernández

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Mtra. Ariana Maya Sánchez

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

<https://orcid.org/0000-0002-6479-2524>

Dra. Laura Morán Peña

Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-7072-742X>

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

<https://orcid.org/0000-0002-7152-0244>

LEO Samantha Naranjo Álvarez

Hospital General Regional No. 1, Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Mtro. Héctor Nebot García

Academia Nacional Mexicana de Bioética A.C.

Dra. Yedith Isaura Olea Torres

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Juan Pineda Olvera

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0003-4552-7714>

Mtro. Gerardo Pluma Bautista

Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl

Dra. Gandhi Ponce Gómez

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-1532-8207>

Dra. Natalia Ramírez Girón

Universidad de las Américas Puebla

<https://orcid.org/0000-0002-8312-6287>

Mtra. Martha Ranauro García

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

<https://orcid.org/0000-0003-4151-0245>

Dra. Virginia Reyes Audiffred

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-9366-9883>

Dr. Alejandro Rodríguez Camacho

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

<https://orcid.org/0000-0002-0486-4039>

Dr. Ariel Alejandro Rodríguez García

Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0001-5779-0371>

Dr. Ernesto Roldan Valadez

Universidad Panamericana

<https://orcid.org/0000-0002-7116-5289>

Mtra. Teresa Sánchez Estrada

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0001-5294-0182>

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Dr. Nicolas Santiago González

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

<https://orcid.org/0000-0002-1999-5541>

Dra. Sandra Magdalena Sotomayor Sánchez

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-8048-5284>

Dra. Rosa A. Zárate Grajales

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

<https://orcid.org/0000-0002-9264-8490>

Comité Evaluador Institucional

Mtro. Alejandro Belmont Molina

<https://orcid.org/0000-0002-4722-8841>

Mtra. Araceli Bernal González

<https://orcid.org/0000-0002-1204-9050>

Mtra. Monserrat Castelán Flores

<https://orcid.org/0009-0005-8013-2250>

Dra. Gloria Guzmán Hernández

Mtra. Verónica Jalapa Nicasio

Dra. Ma. Guadalupe Nava Galán

<https://orcid.org/0000-0003-0682-8514>

Mtra. Gloria Ortiz López

<https://orcid.org/0000-0002-4180-0798>

MRN. Irene Quiza Tomich

<https://orcid.org/0009-0000-6033-5492>

Dra. Sara Santiago García

<https://orcid.org/0000-0002-6963-4808>

MRN. Rocio Valdez Labastida

<https://orcid.org/0000-0001-6232-7453>

Mtra. Adriana Yonca Moreno

Mtra. E. Patricia Zamora Ruíz

<https://orcid.org/0000-0002-8037-789X>

No. 3
2023

Contents
Contenido

EDITORIAL

Education and Nursing: Projections and Perspectives

Educación y Enfermería: Proyecciones y perspectivas

Luis Alberto Centeno Reynoso

ORIGINAL ARTICLE

ARTICULO ORIGINAL

Salutogenesis in urban communities and health promotion

La salutogénesis en comunidades urbanas y la promoción de la salud

Julio Hernández Falcón, Adela Alba Leonel

202-210

Level of adaptation and perceived stress in older adults to the COVID-19 pandemic in three municipalities of the State of Hidalgo

Nivel de adaptación y el estrés percibido en los adultos mayores ante la pandemia de COVID-19 en tres municipios del Estado de Hidalgo

Sayuri Edhit Sánchez Cabrera, Lizzette Yadira Esteban Trinidad, Diana García Hernández, Benjamín López Nolasco, Ariana Maya Sánchez

211-219

Evaluation of conscious pronation in cancer patients with SARS-CoV-2

Evaluación de la pronación consciente en el paciente oncológico con SARS-CoV-2

Jorge Andrés Gómez Cisneros, Gandhy Ponce Gómez, Julio César Estrada Cadena

220-229

Neurological nursing: opinion and perspectives on the skills and abilities to exercise autonomy of practice in a highly specialized institute

Enfermería neurológica: opinión y perspectivas sobre las habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica en un instituto de alta especialidad

Carlos Alfredo Ugalde Basabe, Gustavo Humberto Nigenda López, Rey Arturo Salcedo Álvarez

230-241

Working conditions of nursing staff in three public health institutions

Condiciones de trabajo del personal de enfermería en tres instituciones de salud públicas

Carmen Lasty Balseiro Almario, Wendy Melina Suasto Gómez, María Adriana Chaparro Sánchez, Yohyotzin Edgar Tapia Juárez, Nayelli Aguilera Padilla, María Teresa Maldonado Guiza, María del Rosario Monterosas Regalado, Araceli Colín Tejeda

242-253

Identification of advanced practice nursing competencies in professionals from specialized care clinics

Identificación de competencias de enfermería de práctica avanzada en profesionales de clínicas de cuidado especializado

José Antonio Cuellar Buendía, Wendy Melina Suasto Gómez, Laura Sofía Romero Cisneros, María Adriana Chaparro Sánchez, Yohyotzin Edgar Tapia Juárez, Ma. Rosy Fabián Victoriano

254-265

Case study

Estudio de caso

Nursing interventions for post-operated person of meningioma based on the self-care model

Intervenciones de enfermería a persona post operada de meningioma sustentadas en el modelo del autocuidado

Zahid Andrés Sánchez Vázquez, María Verónica Balcázar Martínez

266-280

Innovation in Nursing Practice

Innovación a la práctica

Validation and adaptation of psychometric instruments for the advancement of nursing research

Validación y adaptación de instrumentos psicométricos para el avance de la investigación en enfermería

Erick Landeros Olvera, Ana Laura Morales Cruz, Erika Lozada Perezmitre, Rosa María Galicia Aguilar, Guadalupe Antonio González

281-290



Education and Nursing: Projections and Perspectives

Educación y Enfermería: Proyecciones y perspectivas

La pandemia de 2019 modificó de manera significativa la atención de la salud en todas las áreas de especialización médica, incluida la atención que tiene que ver con las enfermedades neurológicas. Las consecuencias para el sistema nervioso fueron cada vez más investigadas. En este sentido, Matías y colaboradores señalaron que:

- a. la pandemia incrementaría notablemente las especialidades relacionadas.
- b. la pandemia trajo consecuencias neurológicas a largo plazo.
- c. no se destinaron mayores recursos a la investigación neurológica.
- d. hubo un cambio en la forma de trabajo del especialista en neurología.¹

Por lo anterior, la salud de las personas está directamente influenciada por las condiciones sociales y económicas en las que viven, estas condiciones se denominan “*determinantes sociales y comerciales de la salud*”. Con la llegada de la pandemia, se evidenció que conocer estos determinantes son requisitos básicos en la formación de enfermería, lo que llevará a que las investigaciones tomen más en cuenta estos elementos.

La investigación dirigida hacia temas de carácter neurológico aún no se establece como un tema prioritario entre los profesionales de la salud, pero que, sin duda, es necesario para continuar promoviendo el primer nivel de atención.

La educación en enfermería está experimentando cambios importantes, tanto a nivel político como económico. En primera instancia, se dirige hacia políticas públicas fundamentadas en aspectos de producción, como “*la venta de la salud*”, y satisfacer demandas de los determinantes sociales. Estas transformaciones y cambios en las políticas se reflejan en el Plan Nacional de Desarrollo Institucional de cada universidad, por ello, se requiere contar con planes y programas de calidad que atiendan la demanda social del derecho a la salud.

Es necesario enfocar la evaluación de la educación y la investigación clínica, especialmente en los posgrados de enfermería, para apuntar a un futuro en el que el perfil profesional vaya más allá del nivel licenciatura, incluyendo la capacidad de adaptación a las diversas opciones del mercado laboral y complementándose con la autoformación, la polivalencia, la creatividad y las habilidades comunicativas. Los cambios políticos que surgen en el país se dirigirán hacia un eje que impulsará la educación con la creación de nuevas universidades que fortalezcan los posgrados. Enfermería es una profesión con futuro, ya que el cuidado es fundamental para el bienestar social. En este contexto, la especialización de personal que atienda demandas sociales cada vez más específicas y la investigación clínica con enfoque en enfermedades neurológicas, permitirán un mayor control de los recursos, incrementando la puesta en práctica de las capacidades políticas, sociales y económicas. Esto permitirá a la enfermería protagonizar cambios importantes desde el primer nivel de atención, facilitando a las comunidades la adopción de estilos de vida saludables y transformando el tercer nivel de atención.^{2,3,4}

Referencias

1. **Matías J, Matías JA, Álvarez J, et al.** ¿Va a cambiar la neurología tras la pandemia Covid-19 en los próximos 5 años? Estudio de enfoque mediante informadore clave. *Neurología [internet]*. 2020 [citado 03 jun 2024]; 35(4): 252-257. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.006>
2. **Acevedo M, Guillén D, García E.** Políticas educativas que influyen en la formación de las enfermeras de la Universidad Nacional Autónoma de México. *RP*. 2010 [citado 03 jun 2024]; 15(73): 1-10. Disponible en: <https://bit.ly/2CgdfEn>
3. **Marcén VA.** Enfermería, profesión de futuro [Internet]. *Enfermería en Desarrollo*. 2015 [citado el 12 de junio de 2024]. Disponible en: <https://cutt.ly/teoH92oS>
4. **Bartolomé-Moreno C, Córdoba R, Melús-Palazón E.** Determinantes sociales, comerciales y ambientales de la salud: el reto de la promoción y la prevención. *Aten Primaria [Internet]*. 2024;56(2):102852. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102852>

Correspondencia: Luis Alberto Centeno Reynoso

Email: albrtocntno@gmail.com

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2107-6273>

Educación y Enfermería: Proyecciones y perspectivas

Education and Nursing: Projections and Perspectives

The COVID-19 pandemic significantly modified healthcare in every specialized medical area, including the care of neurological diseases. The research of the consequences for the nervous system increased. In this sense, Matías and contributors pointed out:

- a. The pandemic would make related specialties increase considerably.
- b. The pandemic brought long term neurological consequences.
- c. There were no major investments for neurological research.
- d. There has been a change in the way neurological specialists work¹.

According to the factors above, people's health is influenced directly by their social and economic conditions. These conditions are named as "*Commercial and Social Determinants*." With the advent of the pandemic, it became evident that knowledge of these determinants are basic requirements in nursing education. This will lead to taking these factors more into account for further research.

Research on neurological issues remains to be established as a priority among health professionals. It is undoubtedly necessary in order to continue promoting primary care.

Nursing education is undergoing major changes, both politically and economically. Firstly, it is guided to production's public policies, such as "*healthcare marketing*", and satisfying Social Determinants demands. These transformations and changes in policies are shown in the Institutional Development Plan of each university; therefore, it is necessary to have quality plans and programs that meet the social demand for the right to health.

It is essential to reinforce focus on the evaluation of clinical education and research, especially on postgraduate nursing courses to aim for a future in which the professional profile covers more than a graduate level. Moreover, it is vital to have the ability to adapt to different employment options in the market, as well as having self-education, versatility, creativity and communication skills.

The political changes that are emerging in the country will lead to a position where education will be promoted by the inauguration of new universities that strengthen postgraduate programs. Nursing is a profession with a promising future since care is fundamental for social welfare. That being the case, the expertise of employees for meeting increasingly specific social demands and clinical research focused on neurological diseases will allow greater control of resources, developing the practice of political, social and economic skills. This will allow nursing to lead important changes from primary care to transforming tertiary care by facilitating the embrace of healthy lifestyle by communities^{2,3,4}.

References

1. **Matías J, Matías JA, Álvarez J, et al.** ¿Va a cambiar la neurología tras la pandemia Covid-19 en los próximos 5 años? Estudio de enfoque mediante informadore clave. *Neurología [internet]*. 2020 [cited June 03 2024]; 35(4): 252-257. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.006>
2. **Acevedo M, Guillén D, García E.** Políticas educativas que influyen en la formación de las enfermeras de la Universidad Nacional Autónoma de México. *RP*. 2010 [cited June 03 2024]; 15(73): 1-10. Available in: <https://bit.ly/2CgdfEn>
3. **Marcén VA.** Enfermería, profesión de futuro [Internet]. *Enfermería en Desarrollo*. 2015 [cited June 03 2024]. Available in: <https://cutt.ly/teoH92oS>
4. **Bartolomé-Moreno C, Córdoba R, Melús-Palazón E.** Determinantes sociales, comerciales y ambientales de la salud: el reto de la promoción y la prevención. *Aten Primaria [Internet]*. 2024;56(2):102852. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102852>

Correspondence: Luis Alberto Centeno Reynoso

Email: albrtocntno@gmail.com

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2107-6273>



Artículo original

Salutogenesis in urban communities and health promotion

La salutogénesis en comunidades urbanas y la promoción de la salud

Julio Hernández Falcón  Adela Alba Leonel 

Abstract

Introduction: The salutogenic model revitalizes health promotion by considering health assets in individuals, their families, and society. Antonovsky's positive health theory called salutogenesis emphasizes the importance of regaining intimacy and promoting health through family connections.

Objective: To identify health assets (factors or resources to promote health) as indicators of the salutogenic model in urban communities.

Material and methods: An ethnographic study was conducted with four key informants residing in Mexico City. Unstructured, open-ended interviews were used, starting with trigger questions such as: What do you do to feel good? The interviews focused on identifying health assets within the framework of the salutogenic model.

Results: Isa: Optimistic, enjoys her work activities, and recognizes their social benefits. She spends her free time enjoying her home. Estrella: The family, in general, has worked towards integration with the aim of fostering harmonious coexistence.. Silvia: Maintains consistent contact with her social network and makes an effort to socialize periodically. Franc: Enjoys the company of various birds and, as a single individual, prefers solitude over cohabitation.

Discussion: The findings align with studies conducted in Spain, which emphasize the consistency of salutogenic factors as a foundation for health promotion.

Conclusion: Antonovsky's salutogenesis provides a different perspective on health and its promotion, focusing on the intimacy of individuals and their families. The health assets identified include optimism, work motivation, family integration, and openness to change.

Keywords: health promotion, salutogenesis, community health, family.

Citación: Hernández Falcón J, Alba Leonel A. La salutogénesis en comunidades urbanas y la promoción de la salud. Rev Enferm Neurol.2023;22(3): pp. 202-210.

Correspondencia: Adela Alba Leonel
Email: adelaalbaleonel65@gmail.com
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de
Enfermería y Obstetricia

Recibido: 3 junio 2023
Aceptado: 27 agosto 2023



Resumen

Introducción: el modelo salutogénico revitaliza la promoción de la salud al considerar los activos para la salud en las personas, su familia y la sociedad. La teoría de salud positiva de Antonovsky denominada autogénesis se encarga de que la persona desde la familia recupere la intimidad necesaria y promueva su salud.

Objetivo: identificar los activos para la salud (factor o recurso para promover la salud) como indicadores del modelo salutogénico en comunidades urbanas.

Material y métodos: se realizó un estudio etnográfico, muestra cuatro informantes claves residentes de la Ciudad de México. Se utilizó una entrevista abierta no estructurada partiendo de preguntas detonantes: ¿Qué hace usted? ¿Para sentirse bien? considerando los activos del modelo salutogénico.

Resultados: *Isa:* optimista, disfruta su actividad laboral y reconoce los beneficios sociales. Disfruta de su casa en tiempo libre. *Estrella:* en general la familia se ha integrado con el propósito de tener una adecuada convivencia. *Silvia:* mantiene contacto permanente con su red social y trata de convivir periódicamente. *Franco:* se hace acompañar de diversas aves, es una persona sola que prefiere su condición a la convivencia.

Discusión: los datos concuerdan con estudios de España destacan la consistencia de los factores salutogénicos como punto de partida para la promoción de la salud.

Conclusión: la salutogénesis propuesta por Antonovsky provee una visión distinta de la salud y su promoción desde la intimidad de los actores y sus familias. Los activos para la salud encontrados incluyen: optimismo, motivación laboral, integración familiar y disposición al cambio.

Palabras clave: promoción de la salud, salutogénesis, salud comunitaria, familia.

Introducción

Aaron Antonovsky en los 70s llamo la atención sobre el concepto de salud positiva y la nomenclatura salutogénesis. Siendo esta una alternativa al enfoque centrado en la enfermedad o riesgo, con un planteamiento positivista que promueva la identificación de los recursos necesarios para mejorar la salud y la calidad de vida. Él afirma que debemos mirar aquello que crea la salud más que las causas y complicaciones de las enfermedades. Un antecedente previo a Antonovsky es la teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy (1969) en su momento ofreció la posibilidad de un modelo de unificación de la salud a partir de la

comprensión de las personas desde la complejidad y su interacción con el mundo.¹ Esta teoría de sistemas se orienta hacia el estudio multidisciplinario de la salud ofreciendo un modelo unificador en el análisis de las personas desde su complejidad e interacción.

La salutogénesis se encarga de que las personas aprendan a promover su salud aprovechando sus propios recursos y aumentar su sentido de coherencia de acuerdo con la escala SOC. El trabajo de Antonovsky guarda similitudes con el objetivo principal de la carta de Ottawa (1986) la promoción de la salud,² y sus cinco funciones: 1. Desarrollar aptitudes personales para la salud, 2. Desarrollar entornos favorables, 3. Reforzar la

acción comunitaria, 4. Reorientar los servicios de salud; e 5. Impulsar políticas públicas saludables. La estrategia de promoción para la salud es: la paz, educación, vivienda, alimentación, ingreso, un ecosistema estable y la conservación de los recursos.

La orientación positiva de la salud más que centrarse en identificar, promover y utilizar los hábitos y estilos de vida, son esenciales los recursos disponibles que constituyen los activos para la salud.

Antonovsky reflexiona sobre la incapacidad humana para controlar la vida y la necesidad de vivir con lo impredecible; lo que hace esencial en él: creer en la vida, confiar en ella para enfrentar el caos y la incertidumbre. Afirma que bajo el efecto de factores estresores, nos ponemos en tensión y en ocasiones sucumbimos y enfermamos o nos movemos hacia la salutogénesis. Por consiguiente, se representa como un continuum bienestar-enfermedad situando a la persona en algún punto en que es deseable transitar a la salud positiva convirtiéndose en un estado multifacético para la promoción de la salud con base en los recursos de la persona, bienestar y la calidad de vida.

Desde esta perspectiva ontológica la salud incluye; la corporalidad, emocionalidad; del mismo modo, la espiritualidad de las personas que se proyecta como estrategia de cambio de los estilos de vida, la política saludable, en los entornos de las ciudades, las comunidades e individuos; es decir, desde la calidad de vida. Lo precedente, acorde con la UNESCO y el informe "Delors" donde resalta la educación como un proceso global.³

La teoría integra y revitaliza los activos para la salud, en otras palabras, cualquier factor o recurso potencial de las comunidades o grupos para mantener la salud y bienestar. La promoción

de la salud positiva inicia por comprender los activos clave en cada etapa de la vida; centrándose en las necesidades de los jóvenes, adultos; mujeres, niños y las alternativas emergentes como: los grupos de baile, reuniones y la acción comunitaria. En cada caso los hábitos de vida, factores y recursos presentes en cada contexto constituyen los activos para la salud disponibles, a modo de ejemplo de estos activos, lo constituye: la nutrición, hábitos alimentarios o las expresiones culturales o sociales.

Los activos para la salud se identifican como factores salutogénicos de promoción, protección y fuente de las acciones de promoción de la salud física, emocional y social,⁴ los cuales contribuyen a la generación de acciones efectivas para las habilidades, capacidades y destrezas entre los miembros y las propias comunidades.

Salutogénesis y alteridad

La frase "*mente sana en cuerpo sano*" escrita por Decimus Junius Juvenalis entre los siglos I y II d.C. en su carácter de plegaria u oración donde compromete cuerpo, mente y espíritu. En el siglo XIX esta frase se centra más al cultivo del cuerpo⁵ como practicar alguna disciplina que ayude tanto a nivel cognitivo y cerebral. En consecuencia, la sociedad europea y las instituciones religiosas acogieron la filosofía humanista de la burguesía prevalente donde se fomentaron las ideas educativas y pedagógicas de los siglos XVI y XVII. Otro antecedente, lo constituye el libro IV de la República escrito por Platón, donde se le asigna una relación entre justicia y salud. Con el propósito que el cuerpo no mantenga diferencias económicas de ricos y pobres.⁶

Además, Michel Foucault en su libro "*El sujeto y el poder*"; destaca la relevancia de una política saludable de los entornos de las ciudades, comunidades e individuos, de ahí que el sujeto

aborda el problema del poder y establece una dependencia a partir del contexto social en el cual se ubican los individuos y las sociedades—patriarcales, cristianas, que obligan a una determinada identidad, el concepto que cada individuo tiene de sí mismo y el discurso generado como producto de la propia identidad.

Esta actitud, Foucault la coloca bajo el término tecnologías del “yo”, donde *“permite a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos”*, se llama autocuidado, un punto central de la psicología humanística que señala los rasgos de la personalidad saludable y aun más de la plenitud. La excelencia en la adultez de Allport la ampliación del “yo”, su relación afectuosa con los demás, la seguridad emocional, una percepción conforme a la realidad, aptitudes ante las tareas, conocimiento de sí y visión unificadora de la vida. No es muy distinta a la caracterización de Maslow de las personas *“autorrealizadas”*: con percepción eficaz y cómoda de la realidad, aceptadoras de sí mismas, de los demás y de la naturaleza, espontáneas, centradas en los problemas, autónomas, con buenas relaciones personales y sentido del humor. Se asemeja a lo que Rogers propone como meta del deseable *“proceso de convertirse en persona”* y a lo que invita en eco de Píndaro: llegar a *“ser el que uno es”*, consistente en autodirección, deseo de progreso, apertura a la experiencia, confianza en uno mismo, sentimiento de libertad y espontaneidad.⁷

De aquí la relevancia de conocerte a ti mismo, de esta forma se plantea la pregunta *¿Quién es, el sí mismo del que me tengo que ocupar?* Lo que le permite a la propia persona reflexionar *¿quién es?* Conociendo así la identidad desde donde emerge el cuidado de sí como un problema ético-político.

Se establece un conjunto de órdenes, signos, significados presentes en el discurso social incluye el de la salud. En este marco la salutogénesis aparece como alternativa al discurso prevalente.⁷ Es fundamental el reconocimiento de los activos para la salud y la coherencia en su promoción para la salud y el bienestar.

La salutogénesis al asumirse a partir de los activos para la salud constituye el cambio hacia la esfera privada de la vida, es una ampliación del horizonte del humanismo, que en su mayoría de edad rompe con el ejercicio del poder y retorno a las raíces directas de la historia en el marco de la familia y comunidad.⁸

Las comunidades urbanas y la salutogénesis

Los núcleos urbanos lejos de ser simples productos del desarrollo responden a la emergencia social organizada para la producción y convivencia.

La comunidad es una unidad simbólica de compartir la vida común; espacio intersubjetivo dinámico de intercambio de identidad, interrelación y pertenencia cuyo propósito central es dar respuesta a las necesidades en estrecha relación con el entorno y el devenir histórico. Escenario de los enlaces afectivos individuales y colectivos, lugar de búsqueda de placer y displacer; así como del bienestar.⁹ Mantiene su origen en la conformación de lo privado y público en el desarrollo y evolución de las sociedades; de igual manera, la permanente institución llamada familia.

Es sustancial señalar que a pesar de la globalización y la crisis desestructurante, las familias mexicanas en general mantienen su vigencia adaptativa y transformadora sustentada en el amor de sus miembros y en el sentido convencional utilitario, donde la mujer transita a lo público y el hombre se

adentra en lo privado y compartido. La familia sacraliza sus valores en el tránsito evolutivo.

La pérdida de significados, como: colectivo, patria, comunidad, grupos de poder económico y político han impactado en la mutación de la familia donde trata de mantener y fortalecer los valores tradicionales. En su inmediatez y cercanía los integrantes de la familia comparten el amor en la crianza, educación y bienestar. Es en esta realidad donde se debe propiciar la salutogénesis inscribiendo a los integrantes de la familia en un proceso llevado al bienestar y calidad de vida, oportunidad ofrecida por el avance científico y económico.

Sin duda, en la familia está presente la búsqueda de una libertad deseable en contra de los mecanismos de poder. La equidad, respeto, tolerancia y aceptación de los otros en situación de vulnerabilidad -niños, ancianos, etc.- se inicia en la familia, se continua y se mantiene en la misma. Queda atrás en la historia del hombre la salud pública como control social de intereses económicos para adentrarse de forma verdadera en el altruismo y el ecumenismo entre los humanos.

La familia puede hacer este cambio de paradigma, donde demanda un contacto diferente con la realidad, con sus protagonistas quienes están llamados a conocer y actuar en pro de la salud en un horizonte de alteridad-solidaria.¹⁰

En el entorno urbano de las ciudades se compete por el flujo de insumos económicos, productivos, culturales resintiéndose los efectos de la globalización y su demanda de capital humano, donde se tiene otra percepción de la calidad de vida y desarrollo, estas tienen un impacto en la toma de decisiones de orden político con miras a la realización material y personal. En las zonas rurales prevalece la pobreza, se carece de la disposición de servicios públicos, empleo, educación y salud por mencionar algunos de los componentes de la calidad de vida y su

percepción. Por regla general, alcanzar una mayor calidad de vida implica una visión colectiva; del mismo modo, el valor en la percepción individual más cercana al cotidiano vivir y la familia. La salutogénesis de esta forma involucra la intimidad familiar e individual de los ciudadanos.

Beltrán, *et al.*,¹¹ realizaron una investigación descriptiva de los activos para la salud en la ciudad de Madrid identificaron entre otros activos físicos (áreas verdes), centros educativos y de convivencia. En la teoría salutogénica la identificación de activos para la salud se muestra como una de las actividades previas de importancia para los agentes de salud y los profesionales.

Por su parte, Vaca en su estudio sobre los activos para la salud frente a la soledad en la zona reconoce el valor de los amigos, los familiares en el propio barrio en especial el caso de los adultos mayores. Sobresale al mismo tiempo, el valor de la singularidad de cada persona y el valor de las oportunidades para afrontar la soledad y su efecto.¹²

Por su parte, Cura y Sandin (2021) realizaron un análisis de los activos para la salud y la calidad de vida en personas diagnosticadas con enfermedad mental grave. Identificaron que sus activos para la salud son similares al de las personas sanas; no obstante, las necesidades y barreras son distintas siendo indispensable facilitar el acceso a los satisfactores de índole económico y social.

Por lo que, es preciso identificar los activos para la salud como indicadores del modelo salutogénico.

Material y métodos

Se realizó un estudio de carácter etnográfico cuyo objetivo es la narrativa de las experiencias cotidianas de los individuos para comprender

las prácticas sociales existentes. Los informantes claves cuatro residentes de la Ciudad de México. A los participantes se les invitó haciendo mención del propósito de la investigación, se mantuvo un diálogo íntimo en cuanto al espacio y ambiente.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos de investigación y apegado al informe de Belmont de la ética de la investigación respetando el anonimato de los datos. Se realizó el consentimiento informado donde se les explicó la finalidad de la investigación; de igual manera, los beneficios y riesgos. El trabajo se consideró de bajo riesgo en atención acorde con el reglamento de investigación de la Ley General de Salud.

El escenario estuvo constituido por la planta física de la FENO, UNAM y los cuatro informantes forman parte de la comunidad universitaria. Las entrevistas se realizaron durante el turno matutino en los espacios de trabajo.

El encuentro cara a cara en la entrevista lleva la finalidad de reconocer la perspectiva compartida. Siempre tener en mente que no se trata del discurso de un especialista. Lo importante es compartir un corpus lingüístico que sirva de base en la investigación. La recolección de la información se realizó mediante entrevista abierta no estructurada, partiendo de las siguientes preguntas detonantes referidas a los activos para la salud del modelo salutogénico: *¿Qué hace usted para sentirse bien? ¿Qué actividades diarias realiza para su salud?* La información compartida se codificó de manera abierta y axial a partir de la teoría salutogénica de Antonovsky se interpretó siguiendo la comparación de los textos. De igual modo, se tomó nota de los discursos mediante un diario de campo.

Resultados

Las cuatro entrevistas se realizaron con informantes que forman parte de la comunidad

de la FENO-UNAM, en el turno matutino. A través de sus discursos registrados en el diario de campo se integró un borrador, mismo que se puso a consideración de cada entrevistado. La lectura de este constituyó la codificación abierta y la consideración de los activos para la salud la codificación axial.

Activos para la salud

Isa, secretaria. Se considera optimista, disfruta su actividad laboral y reconoce los beneficios sociales de la misma. En su tiempo libre disfruta de su casa aun cuando se mantiene en contacto permanente con familiares y amigos. El cine es su diversión en el tiempo libre, pero le gusta el baile y su práctica. Se considera una persona realizada. Trata de seleccionar y comer cosas buenas incluso cuando no hace ejercicio de manera cotidiana. Duerme sin preocupaciones y procura descansar siempre que es posible. Los activos para la salud que incluyen son hábitos de vida, factores y recursos presentes, en cada contexto ponen de manifiesto en este primer caso: los referidos al optimismo, disfrute de la actividad laboral, tiempo libre, práctica recreativa, hábitos alimentarios e higiene del sueño.

Estrella, coordinadora de carrera. En los últimos días se ha mantenido activa ante la demanda del puesto que ahora tiene. En general la familia se ha integrado con el propósito de hacer más adecuada la convivencia, todos cooperan en la alimentación y tareas de mantenimiento de la casa. El padre de familia ha preservado una relación de apoyo y ánimo ante el nuevo rol. Tratan de convivir los domingos ante la carga de trabajo de la semana y los estudios de maestría del fin de semana. En el trabajo hay un ritmo agotador y demandante que inicia muy temprano; no obstante, refiere ímpetu y disposición para las tareas. No se ha cancelado la comunicación con familiares y amigos. En el texto compartido resalta la integración familiar, compartir roles y tareas, el aprovechamiento del

tiempo libre; así como la comunicación aspectos que son congruentes con la visión salutogénica.

Silvia, asesora pedagógica. Se mantiene permanentemente activa en su labor que disfruta. Hace un uso relajado de su tiempo, le gusta la lectura, no hace ejercicio. Mantiene contacto continuo con su red social y trata de convivir con frecuencia. Preserva su salud espiritual al practicar la oración y el recogimiento. Ahora, no lleva una dieta, pero trata de comer cosas sanas y en un horario. Vive sola y conserva un estado de ánimo optimista. En esta entrevista resalta la convivencia, la red social y aspectos relativos a la salud espiritual.

Franc, vigilante. Inicia todos los días una jornada de trabajo muy temprano, disfruta el trabajo, pero se mantiene al margen de establecer relaciones. En su tiempo libre le gusta cultivar en el campo herencia de sus padres. En casa se hace acompañar de diversas aves (canarios, buitlacoche, gorriones etc.). Es una persona sola que prefiere su condición a la convivencia. Se divierte con la televisión, le gusta ver películas mexicanas. Tiene mala opinión de los compañeros y por esta razón los evita. La actitud hacia la jornada de trabajo, el optimismo, la elección de la convivencia y el aprovechamiento del tiempo libre constituyen nuevos ejemplos personales de los factores salutogénicos.

Discusión

Los activos para la salud presentes en los entrevistados corresponden al modelo salutogénico, en diversas categorías de orden social y emocional. En el marco de la dinámica de las sociedades urbanas el valor del trabajo ocupa una posición importante pues es motivo de autorrealización e ingreso económico. Los entrevistados en general reconocen su valor social sin que pierdan de vista su repercusión económica en el día a día en su vida. El optimismo con que se califica el cotidiano muestra diversos ejemplos

del valor de la vida aun con la restricción de los espacios; ninguno de los entrevistados refirió riesgos.

En la etnografía se busca hacer una descripción escrita de: la organización, recursos simbólicos y materiales; así como su cultura, costumbres, alimentación, vestido, saberes, prácticas e intereses. Por otro lado, depende de la competencia lingüística del hablante; la comunicación y el punto de contacto per se con el investigador, quien tiene el diario de campo como un instrumento para dar fe del discurso de los informantes

Los hallazgos concuerdan con los planteados por Vaca,¹³ referidos a la soledad en el barrio, puesto que indica la relevancia de la red de convivencia y la familia como activos para la salud presentes en los eventos o circunstancias que alteran los mismos.

En apoyo a la trascendencia de los factores salutogénicos, de los datos referidos por los informantes coinciden con las comunidades sanas y de otras afectadas tal como las describe Cura.¹⁵

Es primordial señalar que la familia sigue siendo un activo para la salud, donde aporta a sus miembros la flexibilidad de roles, la adaptación solidaria en las tareas domésticas, entre otras. Tal cual se mencionó en una de las entrevistas, el papel que juegan las mascotas: acompañamiento y distracción. Los recursos en el entorno urbano muestran al cine y a los programas de televisión como una posibilidad recreativa. La privacidad se marca como una posibilidad positiva, que es elegida por los informantes como activo para la salud de manera positiva.¹³

Conclusiones

La salutogénesis propuesta por Aaron Antonovsky contiene una visión distinta de la

salud y su promoción desde la intimidad de los actores y sus familias; más que a la prevención del riesgo en las poblaciones vulnerables o francamente enfermas indica promover desde la familia la actividad salutogénica que incluye los recursos de resistencia generalizada al aumentar su sentido de coherencia.

Es primordial señalar, que el estado moderno se encuentra fragmentado ante la imposibilidad de continuar con su labor gestora y resolutoria de los problemas relativizados por el desarrollo económico; por lo que es esencial dar vuelta a la tuerca, lo que significa retornar a la intimidad de la familia, donde se debe concretizar el proyecto incluyente de la calidad de vida y el logro de la promoción de la salud. Ahora, es preciso mantener la congruencia entre los esfuerzos colectivos comunitarios para la promoción de la salud y la convocatoria permanente de las personas a participar de forma activa en la misma, a partir del reconocimiento de los activos para la salud. En esta tarea los programas y acciones emprendidos por las enfermeras es elemental promover acciones anclando su hacer y coparticipación con las instituciones de salud; al igual que, en los activos para la salud.

Referencias

1. **Rivera E.** Camino salutogénico: estilos de vida saludable. *Rev Digit Postgrado.* 2019; 8(1):e159
2. **Mantas JS.** Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positiva en los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas [Ph.D. Thesis]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Girona; 2017 [citado: 25 enero 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/406045>
3. **Vivas GM.** La educación emocional conceptos fundamentales. *Sapiens. Rev Univer Invest* 2003;4(2):1-22.
4. **Guzmán EKJ.** Sentido de coherencia y determinantes sociales de la salud del modelo salutogénico influyentes en la promoción de estilos de vida saludables de la Fundación Universitaria Cafam. Bogotá. 2019:1-205 Disponible en: <https://cutt.ly/GeyLE12E>
5. **Mens sana in corpore sano.** Sobre la educación del cuerpo en la Contrarreforma española, siglos xvi y xvii *Franciscanum. Rev Cien Espiritu.* 2018;60(170):273-328.
6. **Maruy Van Den Broek R.** Dialéctica de la justicia. Una apología de Platón como crítico social. *Estudios de Filosofía.* 2020;18:112-136. Disponible en: <https://doi.org/10.18800/estudiosdefilosofia.202001.005>
7. **Foucault M.** El sujeto y el poder. *Rev Mex Sociol.*1998;50(3):3-20
8. **Rosales MNW.** El cuidado de sí y la institución de la moral: una reflexión en torno a la ética en psicología y psicoanálisis. Octubre, 2019 [citado: 25 enero 2024]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/11692>
9. **Rivas GRM.** La crisis del humanismo: una revisión y rehabilitación de los supuestos del humanismo cristiano ante los desafíos del antihumanismo contemporáneo. *Franciscanum. Rev Cien Espiritu.*2019;61(172):1-2 .Disponible en: <https://cutt.ly/aeYLTDR0>
10. **Cueto RM, Espinosa A, Guillén H, Seminario M.** Sentido de comunidad como fuente de bienestar en poblaciones socialmente vulnerables de Lima, Perú *Psykhé.*2016;25(1):1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.7764/psykhe.25.1.814>
11. **Rodriguez T, Casas PD, Contreras LG, Ruano CL.** De la enfermología a la salutogénesis: conceptos teóricos en la

- búsqueda de la salud como derecho universal. Rev Méd Univ Costa Rica 2015;9(2):18 Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/21988>
12. **Beltrán PB, Provencio HV, Santa-María MA, Martínez BT, Iscar ER.** Estudio descriptivo de los activos para la salud identificados por la población de la ciudad de Madrid. Rev Comunidad.2021;23(3):3. Disponible en: <https://cutt.ly/XeyLU3WT>
 13. **VacaCabrero A.** Mapeo de activos frente a la soledad en la zona básica de salud de Abrantes. Universidad Complutense de Madrid; 2022 Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/3165>
 14. **Garipe LY, Pace N, Cane L, García MH, Fernández RC, Perman G.** Estrategia de mapeo de activos comunitarios para la salud y el bienestar en la ciudad de Buenos Aires. Rev Fac Cienc Méd Univ Nac Cordoba 2022;79(2):156-6. Disponible en: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n2.30899>
 15. **Cura BA, Sandin VM.** Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. Gac Sanit 2021;35(5):473-47.



Artículo original

Level of adaptation and perceived stress in older adults to the COVID-19 pandemic in three municipalities of the State of Hidalgo

Nivel de adaptación y el estrés percibido en los adultos mayores ante la pandemia de COVID-19 en tres municipios del Estado de Hidalgo

Sayuri Edhit Sánchez Cabrera¹  Lizzette Yadira Esteban Trinidad²  Diana García Hernández³ 
Benjamín López Nolasco⁴  Ariana Maya Sánchez⁵ 

Abstract

Introduction: Identifying the level of adaptation gives patterns of the effect that the COVID-19 pandemic had on older adults, as well as determining if there was a relationship with stress.

Objective: To analyze the relationship between the level of adaptation and perceived stress in older adults during the COVID-19 pandemic in three municipalities of the State of Hidalgo.

Material and methods: Cross-sectional and correlational study conducted in a non-probabilistic convenience sample of 375 older adults. The study was approved by the ethics committee and participants signed a letter of informed consent before participation. The Perceived Stress Scale was used to measure the degree of stress of the participants. The Adaptation of the Active Older Adult instrument was used, which assesses physiological adaptive modes, self-concept, interdependence, and role function.

Results: The mean age of the participants was 68.7 years with a standard deviation of ± 7.8 years, 53.3% of the participants were female. A low correlation was observed between the level of adaptation and perceived stress.

Discussion: 58% of older adults report stress; in addition, high physiological adaptation and role integration are observed, but with differences in self-concept and interdependence, possibly impacted by COVID-19.

Conclusion: There is a relationship between the level of adaptation and stress in older adults during the COVID-19 pandemic in three municipalities of the State of Hidalgo.

Keywords: older adult, psychological stress, adaptation level.

Citación: Sánchez Cabrera SE, Esteban Trinidad LY, García Hernández D, López Nolasco B, Maya Sánchez A. Nivel de adaptación y el estrés percibido en los adultos mayores ante la pandemia de COVID-19 en tres municipios del Estado de Hidalgo. Rev Enferm Neurol.2023;22(3): pp. 211-219.

Correspondencia: Benjamín López Nolasco
Email: benjamin_lopez8496@uaeh.edu.mx

¹⁻⁵ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Recibido: 12 junio 2023

Aceptado: 11 noviembre 2023



Resumen

Introducción: Identificar el nivel de adaptación da las pautas del efecto que tuvo la pandemia de COVID-19 en los adultos mayores, así como determinar si hubo relación con el estrés.

Objetivo: Analizar la relación del nivel de adaptación y el estrés percibido en adultos mayores ante la pandemia de COVID-19 en tres municipios del Estado de Hidalgo.

Material y métodos: Estudio transversal y de alcance correlacional realizado en una muestra no probabilística por conveniencia de 375 adultos mayores. El estudio contó con la aprobación del comité de ética y los participantes firmaron carta de consentimiento informado previo a su participación. Se empleó la Escala de Estrés Percibido para medir el grado de estrés de los participantes. Se utilizó el instrumento de Adaptación del Adulto Mayor Activo, que evalúa los modos adaptativos fisiológico, autoconcepto, interdependencia y función del rol.

Resultados: La media de edad de los participantes fue de 68.7 años con una desviación estándar de ± 7.8 años, 53.3% de los participantes fueron mujeres. Se observó una correlación baja entre el nivel de adaptación y el estrés percibido.

Discusión: El 58% de adultos mayores reportan estrés, además, se observa alta adaptación fisiológica e integración en roles, pero diferencias en autoconcepto e interdependencia, posiblemente impactadas por el COVID-19.

Conclusión: Existe una relación entre el nivel de adaptación y el estrés en los adultos mayores ante la pandemia de COVID-19 en tres municipios del Estado de Hidalgo.

Palabras clave: adulto mayor, estrés psicológico, nivel de adaptación.

Introducción

Los adultos mayores constituyen una población que incrementará considerablemente dentro los próximos años según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual menciona que entre el 2015 y 2050 el porcentaje de adultos mayores casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.¹ Se sabe que esta población tolera menos el estrés, además suele mantenerse en estado de alerta, aumentan los síntomas físicos, así como la preocupación y el malestar, por lo que es difícil diferenciar entre los signos propios del envejecimiento y un posible

agravamiento depresivo.² Por lo tanto, investigar la situación que afecta a esta población permitirá crear las bases para mejorar su atención.

Por su parte, el COVID-19 fue un obstáculo significativo para la salud en general, debido a que la población tuvo que ser confinada en casa en detrimento de la salud mental.³ Los adultos mayores no fueron la excepción, pues este evento fue causante de la constante exposición a múltiples factores estresantes; como los cambios financieros,^{4,5} la exclusión que sufrieron,⁶ la recepción de noticias asociadas al COVID-19,⁷ la incertidumbre sobre la duración de la cuarentena,

el aburrimiento, el miedo a contagiarse y a la muerte, la desinformación acerca de la enfermedad y las patologías de riesgo en caso de contagio. Todos estos estresores, junto con el aislamiento, provocan en el adulto mayor irritabilidad, soledad y desconexión con la sociedad, lo cual altera los niveles de estrés,^{8,9} que se puede definir como “*un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se les somete a fuertes demandas*”.¹⁰ El estrés, en caso de no ser regulado de forma oportuna, tiene como consecuencia diversas situaciones, entre ellas mayor incidencia de discapacidad funcional,¹¹ así como la dificultad en la detección de síntomas¹² que ponen en riesgo la vida del adulto mayor y que incluso propician la aparición de síntomas depresivos.¹³ Aunque diversos autores exponen que los efectos del estrés en los adultos mayores no son tan perjudiciales como en los jóvenes, no se puede negar que el adulto mayor posee características que pueden potenciar los efectos negativos de la pandemia, como la reducción del contacto social e incluso la presencia de relaciones negativas.¹⁴

La concepción del adulto mayor como un ser biopsicosocial permite tener un panorama de los ámbitos de la vida que fueron mayormente perjudicados por la presencia de altos niveles de estrés, pues desde la perspectiva del modelo de Callista Roy; “*los seres humanos son sistemas integrales y adaptables*”.¹⁵ La percepción sobre del adulto mayor ha cambiado, ahora no solo es un ser biopsicosocial, sino que también se debe de tomar en cuenta cómo resuelve los conflictos. De igual forma, identificar el nivel de adaptación permite describir la condición de los procesos de vida descritos en tres niveles clasificados como integrado, compensatorio y comprometido.¹⁶

En otras palabras, durante la pandemia los adultos mayores se vieron inmersos en un entorno cambiante, teniendo como resultado mayores

niveles de estrés. Hasta el momento, no hay evidencia científica de la relación entre adaptación y estrés en los adultos mayores, al igual que se desconoce el impacto del estrés en el nivel de adaptación, sin embargo, se cree que podría tener repercusiones en los mecanismos adaptativos del adulto mayor, generando fallas y finalmente malestar emocional y físico. Debido a lo anterior, el propósito de este estudio fue analizar la relación entre el nivel de adaptación y el estrés percibido en los adultos mayores ante la pandemia de COVID-19.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo y transversal de alcance correlacional, realizado en una muestra no probabilística de 375 adultos mayores de 60 años, cumpliendo con los criterios de inclusión. La muestra se conformó por residentes de los municipios de Atitalaquia, Tetepango y Tepeji del Rio Ocampo, se incluyeron tanto hombres como mujeres que estuvieran en condiciones para contestar el cuestionario, es decir, que se encontraran dentro de sus facultades mentales, de los meses de noviembre 2021 a marzo del 2022. El estudio se llevó a cabo bajo las condiciones establecidas en la ley general de salud, así como en la declaración de Helsinki,^{17,18} y se realizaron cuestionarios de Google, Además, se asistió a lugares donde se reunían adultos mayores e incluso se realizó visita domiciliaria para invitarlos a participar en el estudio. Tras la obtención de la firma del consentimiento informado se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y de salud.

Para identificar el nivel de adaptación se aplicó la Escala Nivel de Adaptación del Adulto Mayor Activo, que consta con 112 ítems dicotómicos y se divide en cuatro dimensiones o modos

adaptativos (modo fisiológico, modo autoconcepto, modo función del rol, modo interdependencia). Esta escala cuenta con niveles de confiabilidad aceptables ($KR-20 > 0.70$), 16 y para cada una de sus dimensiones clasifica el nivel de adaptación como integrado, compensatorio o comprometido, de la siguiente manera:

- Modo fisiológico: menor a 15 puntos = integrado, 15-18 puntos = compensatorio, 19-42 = comprometido.
- Modo autoconcepto: menor a 12 puntos = integrado, 12-23 = compensatorio, 24-35 = comprometido.
- Modo interdependencia: menor a 7 = integrado, 7-12 = compensatorio, 13-18 = comprometido.
- Modo función del rol: menor a 7 puntos = integrado, 7-12 = compensatorio, 13-18 = comprometido.

Asimismo, para medir el nivel de estrés se aplicó la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), la cual ha sido validada en población mexicana con un alfa de Cronbach de 0.82. Dicha escala tiene 14 preguntas tipo Likert, su puntuación global es de 56 puntos y se interpreta de la siguiente forma: 0-14 indican que casi nunca o nunca está estresado, 15-28 que de vez en cuando está estresado, 29-42 que a menudo está estresado, y 43-56 que muy a menudo está estresado.¹⁹

Las variables sociodemográficas, así como el nivel de adaptación y estrés, se describieron con frecuencias y porcentajes. Para examinar la relación entre estrés percibido y nivel de adaptación se empleó la prueba de correlación de Spearman. Se optó por esta prueba no paramétrica ya que, de acuerdo con la prueba de Shapiro-Wilk, la distribución de las puntuaciones de las variables de interés no fue normal. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS versión 22.

Resultados

Se contó con la participación de 375 adultos mayores con una media de edad de 68.7 años y una desviación estándar de ± 7.8 años. Más de la mitad de los participantes fueron mujeres (53.3%), solamente el 38.1% de los participantes reportó no padecer ninguna enfermedad crónica. Únicamente el 86.4% de los participantes realizaba sus actividades por sí mismo. El 43.2% de la muestra se encontraba casada, el 75.5% refirió contar con educación básica, es decir, primaria y secundaria, y el 40.4% mencionó no tener un trabajo remunerado. Casi toda la población de estudio profesaba algún tipo de religión, siendo la religión católica la predominante (89.1%). Además hay que destacar que el 10.9% vivía solo (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Características generales de la población de estudio

<i>Características generales</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Media de edad (en años) 68.73 \pm 7.8 años			
Sexo	Femenino	200	53.3
	Masculino	175	46.7
Estado civil	Casado	162	43.2
	Unión libre	75	20
	Soltero	43	11.5
	Divorciado	6	1.6
	Viudo	89	23.7

<i>Características generales</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Media de edad (en años) 68.73 ± 7.8 años			
Escolaridad	Ninguna	65	17.3
	Primaria	190	50.7
	Secundaria	93	24.8
	Preparatoria	10	2.7
	Universidad	17	4.5
Ocupación	Ama de casa	141	37.6
	Desempleado	11	2.9
	Obrero	17	4.5
	Comerciante	49	13.1
	Agricultor	59	15.7
	Profesionista	11	2.9
	Pensionado	63	16.8
	Chofer	3	0.8
	Otro	21	5.6
	Religión	Católico	334
Cristiano		9	2.4
Testigo de Jehová		4	1.1
Evangélico		20	5.3
No profesora		3	0.8
Otra		5	1.3
Enfermedad crónica	Si	232	61.9
	No	143	38.1
Autonomía en las actividades	Autónomo	324	86.4
	Requiere apoyo	51	13.6
Compañía	Vive solo	41	10.9
	Vive acompañado	334	89.1

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos

n= 375

Estrés en los adultos mayores

La información encontrada sobre el estrés fue la siguiente: más de la mitad de la población (59.2%) refirió encontrarse de vez en cuando estresada (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Frecuencia de estrés en la muestra

Nivel de estrés	<i>f</i>	<i>%</i>
Casí nunca está estresado	85	22.7
De vez en cuando está estresado	222	59.2
A menudo está estresado	63	16.8
Muy a menudo está estresado	5	1.3
<i>f: frecuencia</i>		n=375

Fuente: Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

Nivel de adaptación de los adultos mayores

Por otra parte, en el nivel de adaptación se obtuvo que el 33.3% de la población se encontraba en el modo fisiológico comprometido, y en el modo autoconcepto 96.8% estaba en un nivel compensatorio. Además, menos de la mitad de la población de estudio poseía un nivel de adaptación compensatorio en los modos interdependencia y función del rol, con 37.1% y 45.6% respectivamente (ver Cuadro 3).

Cuadro 3 Frecuencia y porcentaje del nivel de adaptación en los modos adaptativos

<i>Modo fisiológico</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Integrado	188	50.1
Compensatorio	61	16.5
Comprometido	125	33.3
<i>Modo autoconcepto</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Integrado	9	2.4
Compensatorio	363	96.8
Comprometido	3	0.8
<i>Modo interdependencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Integrado	229	61.9
Compensatorio	139	37.1
Comprometido	7	1.9
<i>Modo función del rol</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Integrado	194	51.7
Compensatorio	171	45.6
Comprometido	10	2.7
<i>f: frecuencia</i>		<i>n=375</i>

Fuente: Escala de Nivel de Adaptación en el Adulto Mayor Activo

Correlación entre el estrés percibido y el nivel de adaptación

Al realizar la correlación en los distintos modos adaptativos con el estrés percibido, se observó que a mayor frecuencia de estrés mayor compromiso en el nivel de adaptación; sin embargo, se encontró una relación baja pero significativa (ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Correlación entre el estrés percibido y el nivel de adaptación

<i>Modos</i>	<i>Coefficiente de correlación</i>	<i>Valor p^a</i>
Modo fisiológico	0.205	<0.001
Modo autoconcepto	0.203	<0.001
Modo interdependencia	0.205	<0.001
Modo función del rol	0.178	<0.001

^a Correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia

Discusión

En este estudio se encontró un alto porcentaje de adultos mayores que refieren encontrarse de vez en cuando estresados, representado por el 58%. Estos datos son similares a lo reportado por Naranjo Hernández y colaboradores, quienes en el 2021 encontraron que el 47% de los adultos mayores se encontraban estresados, lo cual podría ser consecuencia de la diferencias sociodemográficas. Por otra parte, en dicha investigación el 36% de los adultos mayores estudiados vivían solos,⁹ mientras que solamente el 10.9% de nuestra muestra cumplía con esta característica. Asimismo, hay que recalcar el uso de diferentes instrumentos para evaluar el estrés.

En lo que respecta al nivel de adaptación, en el presente estudio se observó en la población un alto nivel integrado en el modo fisiológico. Por consiguiente, en el modo autoconcepto se observó una alta frecuencia en el nivel compensatorio, mientras que, en el modo interdependencia y en el modo función del rol, se observó una mayor prevalencia en el nivel integrado. Estos datos presentan diferencias con los resultados de Chávez Pérez y colaboradores,¹⁶ quienes reportaron en 2019 que el 80% de los adultos mayores se encontraban en un nivel integrado en el modo fisiológico, además de que el 20% se encontraban en un nivel compensatorio; en cambio, en el presente estudio se halló una prevalencia de 33.3% en un nivel comprometido. En lo que respecta al modo autoconcepto, estos mismos autores reportaron un notable nivel comprometido en su población de estudio (70%), mientras que en nuestra muestra menos del 1% se encontraba en el mismo nivel. Además, se ha observado que, en los resultados del presente estudio, hay una ligera similitud en la prevalencia considerable del nivel integrado para los modos interdependencia y función del rol. Muy probablemente, estas diferencias se deban a

que el estudio de Chávez Pérez se realizó antes de la pandemia de COVID-19, pues las posteriores implicaciones sobre los adultos mayores por el confinamiento pudieron impactar en el estrés de la población. Sin embargo, es importante mencionar que el estudio de Chávez Pérez contó con una muestra de n=35.

Conclusión

Con base en los resultados obtenidos, se puede afirmar que sí existe una relación entre el nivel de adaptación y el estrés en los adultos mayores ante la pandemia de COVID-19 en los municipios de Atitalaquia, Tetepango y Tepeji del Río Ocampo en Hidalgo, México. Asimismo, se observó que a mayor frecuencia de estrés mayor compromiso en el nivel de adaptación; sin embargo, debido a la naturaleza transversal del estudio, no se pudo determinar una temporalidad de los resultados ni la causalidad entre las variables de estrés y adaptación, dando cumplimiento al objetivo de investigación.

El estrés es una situación que repercute en las diferentes esferas de la vida del adulto mayor, por lo cual no se debe minimizar el desgaste físico, mental, emocional y social que este grupo tuvo durante la pandemia de COVID-19. Además, es importante implementar cuidados integrales de enfermería con énfasis en la salud mental y física de los adultos mayores, y a su vez se recomienda crear nueva evidencia que permita dar un seguimiento en el nivel de adaptación post confinamiento, con el fin de observar la transformación de este proceso a corto, mediano y largo plazo.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la

- Salid; 2022. Disponible en: <https://cutt.ly/dwVj8O6s>
2. **Esmeraldas Vélez EE, Falcones Centeno MR, Vásquez Zevallos MG, Solórzano Vélez JA.** El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Recimundo* 2019;3(1):58-74.
 3. **Gloster AT, Lamnisos D, Lubenko J, Presti G, Squatrito V, Constantinou M, et al.** Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(12). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244809>
 4. **Samuel LJ, Dwivedi P, Hladek M, Cudjoe TKM, Drazich BF, Li Q, et al.** The effect of COVID-19 pandemic-related financial challenges on mental health and well-being among US older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2022;70(6):1629–41. Doi: [10.1111/jgs.17808](https://doi.org/10.1111/jgs.17808)
 5. **Odani S, Shinozaki T, Shibuya K, Tabuchi T.** Economic hardships and self-reported deterioration of physical and mental health under the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study, 2020, Japan. *J Epidemiol* [Internet]. 2022;32(4):195-203. Doi: [10.2188/jea.JE20210268](https://doi.org/10.2188/jea.JE20210268)
 6. **D'cruz M, Banerjee D.** 'An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. *Psychiatry Res.* 2020; núm. 292. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113369>
 7. **Srifuengfung M, Thana-Udom K, Ratta-Apha W, Chulakadabba S, Sanguanpanich N, Viravan N.** Impact of the COVID-19 pandemic on older adults living in long-term care centers in Thailand, and risk factors for post-traumatic stress, depression, and anxiety. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 [citado el 12 de septiembre de 2022]; núm. 295:353-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.044>
 8. **Sánchez-Ordóñez R, Sánchez-Vázquez JF.** El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena. *Studia Zamorensia.* 2020; núm. 19: 33-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7718175.pdf>
 9. **Naranjo Hernández Y, Mayor Walton S, Rivera García O de la, González Bernal R.** Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Rev Inf Cient.* 2021;100(2).
 10. **García-Pulido E, Mercado-Rivas M.** Respuestas de afrontamiento a estrés en adultos en proceso de jubilación. *Revista Iberoamericana de Ciencias* [Internet]. 2018;5(1). Disponible en: <https://cutt.ly/swVkw6Gr>
 11. **Takashima N, Nakamura Y, Miyagawa N, Kadota A, Tanaka-Mizuno S, Matsui K, et al.** Association between stress-coping strategy and functional disability in the general older adult population: The Takashima study. *Gerontology* [Internet]. 2022 [citado el 12 de septiembre de 2022];68(6):699-706. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000519194>
 12. **Sheffler JL, Joiner TE, Sachs-Ericsson NJ.** The Interpersonal and Psychological Impacts of COVID-19 on Risk for Late-Life Suicide. *Gerontologist.* 2021;61(1):23-9.
 13. **Cristóbal-Narváez P, Haro JM, Koyanagi A.** Longitudinal association between perceived stress and depression among community-dwelling older adults: Findings from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *J Affect Disord* [Internet]. 2022; núm. 299:457-62. Doi: [10.1016/j.jad.2021.12.041](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.041)
 14. **Birditt KS, Turkelson A, Fingerhman KL, Polenick CA, Oya A.** Age differences in stress, life changes, and social ties during the COVID-19 pandemic: Implications for psychological well-being. *Gerontologist* [Internet]. 2021 [citado el 21 de septiembre de 2022];61(2):205-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa204>
 15. **Raile Alligood M.** Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2018.

16. **Chávez Pérez PM, Soto Pérez YY, Trejo Mendoza NB.** Nivel de adaptación del adulto mayor de la Casa de Día del Adulto Mayor de Apaxco, Estado de México. *Geriatría Clínica* [Internet]. 2019;13(2):38-47. Disponible en: <https://cutt.ly/dwVQUh7a>
17. **Asociación Médica Mundial.** Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire: Asociación Médica Mundial; 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/9wVQItsr>
18. **México.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2014. Disponible en: <https://cutt.ly/pwVQIMa5>
19. **Torres Lagunas MA, Vega Morales EG, Vinalay Carrillo I.** Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclamsia. *Enferm univ.* 2015;12(3):122-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>



Artículo original

Evaluation of conscious pronation in cancer patients with SARS-CoV-2

Evaluación de la pronación consciente en el paciente oncológico con SARS-CoV-2

Jorge Andrés Gómez Cisneros¹  Gandhi Ponce Gómez²  Julio César Estrada Cadena³ 

Abstract

Introduction: The increase of COVID cases with respiratory problems of variable complexity and the current inclusion of pharmacological and therapeutic treatments in the oncologic population are reasons to study the effects of prone position in conscious patients.

Material and methods: A quantitative study of retrospective design, in which a review of clinical records was performed. The sample consisted of 100 files that met the inclusion criteria. The descriptive data analysis included frequencies and percentages, while the hypothesis was performed through Student's t-test for related samples.

Results: The female sex was represented in 52%, where hemato-oncologic cancer predominated as the type of cancer. According to the capacity of people with cancer to carry out activities, 54% of the population was able to live at home and take care of themselves.

Limitations of the study: Lack of a control group, and inclusion of some study variables that could have intervened in the results. **Originality:** This article has value due to the lack of information on the cancer patient and COVID-19.

Conclusions: Pronation is a management option in cancer patients that can prevent further damage or complications, considering that it is an intervention that requires a previous evaluation to determine if the conditions are favorable for its application.

Keywords: Cancer patient, SARS-CoV-2, pronation.

Citación: Gómez Cisneros JA, Ponce Gómez G, Estrada Cadena JC. Evaluación de la pronación consciente en el paciente oncológico con SARS-CoV-2. Rev Enferm Neurol. 2023;22(3): pp. 220-229.

Correspondencia: Gandhi Ponce Gómez

Email: gandhy_ponce@yahoo.com.mx

¹ Instituto Nacional de Cancerología

² Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM

³ Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Recibido: 4 agosto 2023

Aceptado: 8 noviembre 2023



Resumen

Introducción: El incremento de casos COVID con problemas respiratorios de complejidad variable y la inclusión actual de tratamientos farmacológicos y terapéuticos en la población oncológica son motivos de estudio para verificar los efectos de la posición prono en paciente consciente.

Material y métodos: Estudio cuantitativo de diseño retrospectivo, en el que se realizó una revisión de los expedientes clínicos. La muestra estuvo constituida de 100 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El análisis de datos descriptivo incluyó frecuencias y porcentajes, mientras que la hipótesis se realizó a través de la prueba T de Student para muestras relacionadas.

Resultados: El sexo femenino se representó en un 52%, donde predominó como tipo de cáncer el hematológico. De acuerdo con la capacidad de las personas con cáncer para realizar actividades, se mostró que 54% de la población podía vivir en casa y auto cuidarse.

Limitaciones del estudio: Falta de un grupo control, inclusión de algunas variables de estudio que podrían haber intervenido en los resultados.

Originalidad: Este artículo posee valor debido a la falta de información sobre el paciente con cáncer y COVID-19.

Conclusiones: La pronación es una opción de manejo en pacientes oncológicos que puede prevenir mayor daño o complicaciones, considerando que es una intervención que requiere una evaluación previa para determinar si las condiciones son favorables para aplicarla.

Palabras clave: Paciente oncológico, SARS-CoV-2, pronación.

Introducción

En personas que desarrollan una enfermedad grave, las complicaciones del SARS-CoV-2 implican un aumento en los costos de atención, mayor estancia hospitalaria e incremento en el riesgo de mortalidad, sobre todo cuando se trata de pacientes con vulnerabilidad, comorbilidades o algún tipo de inmunosupresión ocasionada por enfermedad neoplásica o por tratamientos farmacológicos. Por ende, existe la necesidad de mejorar la condición de los pacientes oncológicos con COVID-19, a fin de disminuir su gravedad. Con este propósito, las instituciones especializadas en oncología desarrollan estrategias para prevenir complicaciones y garantizar que los tratamientos específicos para enfermedades neoplásicas no se retrasen.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó 55,924 casos de COVID-19, entre los cuales los pacientes graves sufrieron disnea, frecuencia respiratoria mayor a 30 respiraciones por minuto (rpm) y SPO₂ < 93%, así como la PaO₂/FiO₂ < 300 mmHg, con un aumento de infiltrados pulmonares mayor del 50%, lo cual se detectó en radiografías tomadas en un período de 24 a 48 horas.¹

En consecuencia, en China se realizó una revisión temprana, en la que se encontró mayor prevalencia de COVID-19 en personas con cáncer. De manera similar, la tasa de mortalidad de 5.6% en personas con carcinomas, sugiere que estas tenían un riesgo 3.5 veces mayor de contagiarse de SARS-CoV-2. Asimismo, el cáncer de pulmón y COVID-19 fueron más comunes. En

consecuencia, estos pacientes tenían más riesgo de eventos graves como la muerte, comparado con los pacientes no oncológicos (39%), pues se deterioraron más rápidamente con un tiempo medio de eventos severos de 13 días.²

Por esta razón, el uso de terapias suplementarias de oxígeno y la aplicación de intervenciones basadas en evidencia son indispensables para evitar mayores complicaciones. Se debe reconocer que la mortalidad en quienes llegan a requerir apoyo con ventilación mecánica invasiva (VMI) es mayor al 50%.³ No obstante, las recomendaciones para el inicio de oxigenoterapia en los pacientes con cáncer deben realizarse cuando presenten hipoxemia más disnea, ya que no serán beneficiados de la terapia complementaria.⁴

Ante dicha situación, la OMS propuso como tratamientos para el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SIRA) por COVID-19, la posición prona durante la ventilación mecánica invasiva, con resultados de mejora en oxigenación y menor mortalidad. La oxigenación aumenta de esta manera ya que no se compromete por el peso de la cavidad abdominal y en el mediastino, se reabren los alveolos y se lleva al reclutamiento de regiones más eficientes en el intercambio de gases.⁵

De esta manera, guías americanas y europeas documentan el prono como manejo para pacientes con SIRA por COVID-19. Por supuesto, recomiendan un tiempo de duración variable que oscila entre las 12 y 16 horas en prono para sujetos con una PAFI < 150 mmHg, de acuerdo con la escala de Berlín.⁶

Material y métodos

Estudio cuantitativo de nivel descriptivo retrospectivo-documental de diseño transversal, con análisis de expedientes clínicos de pacientes que estuvieron hospitalizados de marzo del 2020 a mayo del 2021, a quienes se les aplicó una

estrategia de medida y control para evaluar o limitar las complicaciones de la neumonía por COVID-19.

El estudio fue realizado en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México con atención a pacientes contagiados con COVID-19. La muestra estuvo conformada por un total de 100 expedientes, se seleccionó por conveniencia y los criterios de inclusión fueron casos de pacientes con cáncer y prueba SARS-CoV-2 positiva por PCR, en estado neurológico consciente y con presencia de SIRA por COVID-19. Las variables principales de esta investigación son mediciones fisiológicas y químicas, como PaO₂/FiO₂, PaCO₂, SpO₂, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria en la pre y post pronación y en el tiempo de duración del prono medido en horas.

Asimismo, se incluyeron variables intervinientes como: edad, estadio de cáncer, dispositivo de oxígeno, grado de disnea, escala de Karnofsky y manejo avanzado de la vía aérea. En cuanto a la validación, el instrumento de recolección de datos fue creado exprofeso y sometido a juicio de expertos, con experiencia en el cuidado y manejo del paciente crítico y en COVID-19. Además, fue elaborado mediante la revisión crítica de literatura en bases de datos científicas. El instrumento estuvo integrado con 17 ítems de manera inicial, indicando la redacción, pertinencia y congruencia de acuerdo al objetivo del estudio. Para organización y análisis estadístico de la información (pruebas de estadística no paramétrica) se utilizó el software estadístico SPSS versión 25. Se realizó la descripción de la población por medio de tablas de frecuencias y porcentajes, mientras que la estadística inferencial se realizó a través de medidas de normalidad en las variables escalares y de la prueba T de Student para muestras relacionadas.

Resultados

Se observaron pacientes conscientes en pronación, entre los que predominó el sexo femenino con 51% (ver Cuadro 1). La edad tuvo una media de 56.4 ± 15.6 años, y el diagnóstico predominante fue cáncer hematológico, además de leucemias

y linfomas con un 24%. Una variable estudiada fue el estadio del cáncer, detectándose una mayor incidencia del I y IV con 27% (ver Cuadro 1). Asimismo, se evaluó la escala de funcionalidad de Karnofsky, en la que las personas realizaron cuidado de sí mismas y mostraron un 23.5% de capacidad para llevar a cabo la auto pronación (ver Cuadro 2).

Cuadro 1. Estadísticos descriptivos de población oncológica con SARS-CoV-2

		<i>n=100</i>	
Variable		Fr (%)	Media DE
Sexo			
Femenino		50 (51)	
Masculino		48 (49)	
		Edad	18-86 *
		Tipo de cáncer	
		Hematológico	24 (24)
		Cérvico uterino	13 (14)
		Cáncer de mama	16 (17)
		Gástrico	12 (12)
		Cáncer de próstata	12 (12)
		Tumores germinales	4 (4)
		Renal	1 (1)
		Cáncer de CyC	2 (2)
		Sarcomas	5 (5)
		Cáncer del Sistema Nervioso Central	2 (2)
		Cáncer de Pulmón	4 (4)
		Melanoma	1 (1)
		Estudio de cáncer	I*
		0	5 (5.1)
		I	18 (18.4)
		II	26 (26.5)
		III	23 (23.5)
		IV	26 (26.5)
Escala de Karnofsky			
		Gravemente enfermo	1 (1)
		Severamente incapacitado	2 (2)
		Incapacitado	6 (6.1)
		Requiere ayuda considerable	10 (10.2)
		Necesita ayuda ocasional	18 (18.4)
		Cuida de sí mismo	23 (23.5)
		Actividad normal con esfuerzo	17 (17.3)
		Actividad normal	15 (15.3)
		Asintomático	6 (6.1)

*Nota: moda

Cuadro 2. Escala de Karnofsky agrupada de acuerdo a la capacidad de realizar actividades

		<i>n= 100</i>
Variable		Fr (%)
Incapaz de autocuidado, requiere cuidados especiales.		8 (8)
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse		54 (54)
Capaz de realizar actividades, no requiere cuidados especiales		38 (38)

Respecto al inicio de síntomas de COVID-19 se detectó un rango de 2 a 17 días, con una media de 6.8 ± 3.3 días. Por otro lado, el uso de fármacos

ansiolíticos en los pacientes fue mínimo, en el que hubo 5% de casos de uso de haloperidol, y 4% de otros como la morfina o dexmedetomidina (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Estadísticos descriptivos de fármacos y sintomáticos de población oncológica con SARS-CoV-2

<i>n</i> = 100		
Variable	Fr (%)	Media DE
Escala de Disnea (NYHA)		
I	21 (21.4)	
II	39 (39.8)	
III	25 (25.5)	
IV	13 (13.3)	
Tipos de fármacos ansiolíticos		
Ninguno	89(89)	
Haloperidol	5 (5)	
Midazolam	2 (2)	
Otro	4. (4)	
Días de inicio de síntomas	2-17 *	6.8±3.3

Nota: *Rango

La oxigenoterapia inherente al tratamiento durante la hospitalización del paciente y previa a la pronación consciente se realizó mediante puntas nasales en primer lugar (43%), y mascarilla reservorio en segundo. Después del uso del prono se observó que la cantidad de personas sin algún tipo de dispositivo

de oxígeno aumentó hasta un 21%, y la mascarilla reservorio disminuyó un 17%, lo que nos indicaría que disminuyó el requerimiento de oxígeno posterior al prono. Acorde con el tiempo estimado de duración de la posición prono se tuvo un rango de 2 a 16 horas, con una media de 8.6 ± 3.45 horas (ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Datos de oxigenoterapia pre y post pronación del paciente oncológico consciente

<i>n</i> = 100		
Variable	Pre-pronación Fr (%)	Post-pronación Fr (%)
Dispositivo de O₂		
Ninguno	16 (16)	21(21)
Puntas nasales	43 (43)	46(46)
Mascarilla reservorio	40(40)	17(17)
PNAF	1(1)	3 (3)
Hemlett (casco cefálico)		6(6)
VMNI		7(7)
Duración de posición prono (Hrs.)		
2	2 (2)	
3	10(10)	
4	7(7)	
5	2(2)	
6	10(10)	
7	1(1)	8.6 ± 3.45
8	21(21)	
10	6(6)	
12	40(40)	
16	1 (1)	
Manejo avanzado de la vía aérea		
No	74(75.5)	
Sí	24(24.5)	

Con el estimado de tiempo en prono, aunado a los distintos dispositivos de oxigenoterapia, del total de la población con cáncer y COVID-19 solo se presentó una media de eventos de manejo avanzado de la vía aérea del 24.5%, es decir, la tasa de eventos graves disminuyó y, por consiguiente, también las posibles complicaciones asociadas a la ventilación mecánica como infecciones, incremento en mortalidad, etc. (ver Cuadro 4).

De acuerdo con los datos descriptivos clínicos, se observó un aumento significativo en la SpO_2 , con

una medición media previa de $86 \pm 7 \%$ y posterior con $90 \pm 8 \%$. De manera similar, se observó significancia clínica con disminución de la Fc en pre-pronación y post-pronación, con 98 ± 15 y 83 ± 18 latidos por minuto (lpm) respectivamente. En consecuencia, la Fr tuvo significancia clínica con disminución pre-estrategia de 22 ± 5 respiraciones por minuto (rpm), en comparación con la post estrategia que registró 21 ± 6 rpm. Esto indica buena respuesta a la posición prono con la disminución de la sintomatología (ver Cuadro 5).

Cuadro 5. Valores clínicos pre y post pronación de la persona oncológica consciente

Variable	<i>n=100</i>	
	Pre-pronación Media DE	Post-pronación Media DE
PaFiO ₂	174.5 ± 93.48	218.81 ± 113.98
SpO ₂	86 ± 7	90 ± 8
FiO ₂	48 ± 25	44 ± 27
PaCO ₂	28.31 ± 5	30.40 ± 6.5
PaO ₂	64.5 ± 16.02	72.73 ± 14.90
Fc	98 ± 15	83 ± 18
Fr	22 ± 5	21 ± 6

Nota: frecuencia cardiaca (Fc), frecuencia respiratoria (Fr), saturación de oxígeno (SpO₂), presión arterial de oxígeno (PaO₂), presión arterial de dióxido de carbono (PaCO₂).

De esta manera, entre los valores bioquímicos medidos en gases arteriales, se encontraron la PaCO₂ pre (28.31 ± 5 mmHg) y post (30.40 ± 6.5 mmHg), y la PaO₂ pre (64.5 ± 16.02 mmHg) y post (72.73

± 14.90 mmHg). Como resultado, el cálculo de PaFiO₂ pre (174.5 ± 93.48 mmHg) y post (218.81 ± 113.98 mmHg) se vio mejorado posterior al uso de la estrategia (ver Figura 1 y Figura 2).

Figura 1. Valores PaFiO₂ pre y post pronación en la persona con cáncer y COVID-19

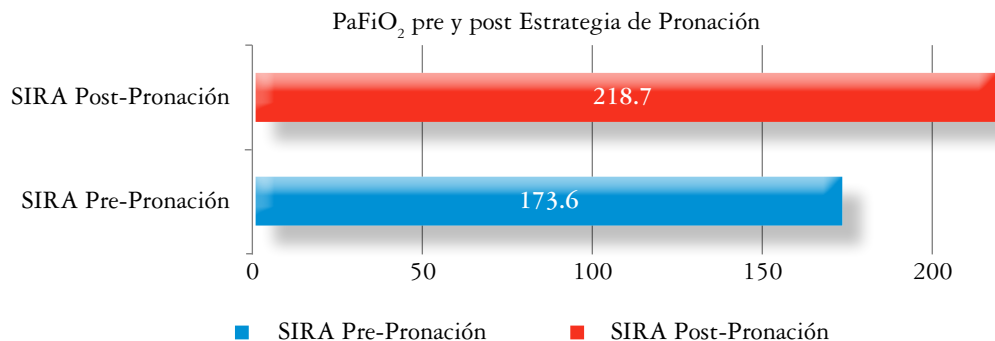
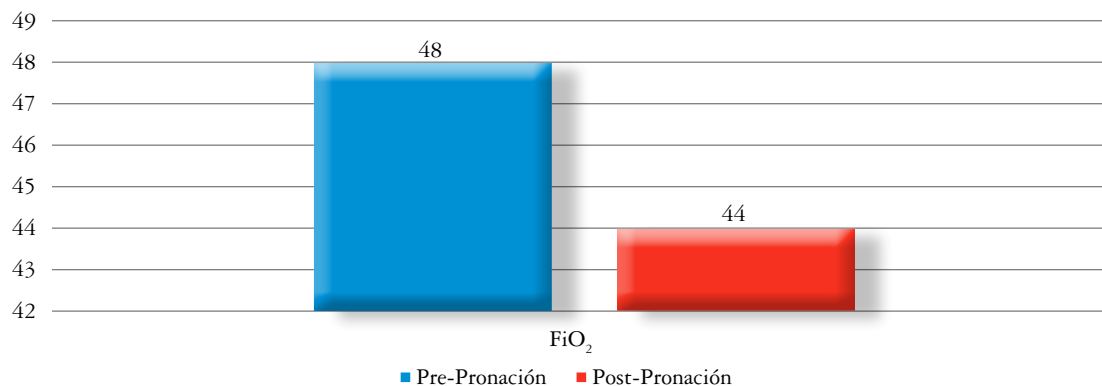


Figura 2. Valores de FiO_2 pre y post pronación en la persona con cáncer y COVID-19

Nota: Se muestra la media de la cantidad de FiO_2 aportada al paciente previo y posterior al prono, y se observa una leve disminución en la cantidad requerida por el paciente oncológico. Fuente propia.

Análisis de resultados

Se realizaron pruebas de estadística paramétricas mediante la prueba de T de student. De acuerdo al análisis estadístico, podemos observar que variables clínicas y

químicas como la $PaFiO_2$, SpO_2 , PaO_2 y Fc resultaron estadísticamente significativas mediante la prueba aplicada, de manera que cada uno de los resultados clínicos, junto con los ya mencionados, mejora posterior a la pronación (ver Cuadro 6).

Cuadro 6. Prueba T de Student para muestras relacionadas del uso de la estrategia de pronación consciente en el paciente oncológico ($p < 0.005$)

Variable	Inferior	Posterior	gl	p
PaFiO ₂	-12.07	-4.28	99	0.001*
SpO ₂	-6.5	-2.05	99	0.001*
FiO ₂	-1.96	7.96	99	0.233
PaCO ₂	-3.64	-.61	99	0.006
PaO ₂	-12.07	-4.28	99	0.001*
Fc	11.51	18.74	99	0.001*
Fr	-3.64	-.61	99	0.203

Nota: IC 95% (intervalo de confianza), gl (grados de libertad), p (nivel de significancia)

Discusión

Mediante la estrategia de pronación consciente se estima mejorar el estado clínico del paciente oncológico con SARS-CoV-2, así como los valores de los indicadores bioquímicos que nos señalan o nos dan un acercamiento a la gravedad

de la persona. Así, es posible la resolución del SIRA en quién tiene cáncer de manera temprana y, por lo tanto, evitar complicaciones severas o que resulten en muerte.

El estudio tuvo como finalidad evaluar la estrategia de pronación en los pacientes oncológicos con SARS-CoV-2, medida emergente

durante la pandemia y ante la situación crítica que se suscitó por el COVID-19.

En los resultados expuestos y de acuerdo a lo observado demográficamente, la edad coincide con lo descrito en el artículo de Weinkove *et al.* de 2020,⁶ en el que el COVID-19, en este caso grave, se presenta principalmente en personas mayores de 50 años. De igual forma, la presentación de casos de acuerdo al tipo de enfermedad neoplásica resultó con mayor susceptibilidad para los pacientes con cáncer hematológico, según revisiones realizadas por Hirsch *et al* (2013),⁷ Einchenberg *et al* (2019)⁸ y Herrera *et al* (2021).⁹ Por su parte, las infecciones por virus respiratorios presentaban mayor incidencia en personas con este tipo enfermedad oncológica, como en el estudio realizado. Por ello, es importante que el profesional de enfermería fomente el autocuidado en la persona hematooncológica, haciendo énfasis en medidas de seguridad como el uso de cubrebocas, lavado de manos, mantener la sana distancia de 1.5 mts con otras personas, entre otras, a fin de disminuir los eventos graves por infecciones víricas de tipo respiratorio.

En relación al sexo de la población, el estudio fue similar a lo descrito por Fuentes *et al* en 2014, de acuerdo a la presentación y descripción de casos de infecciones respiratorias en adultos oncológicos, donde la prevalencia fue mayor en el sexo femenino.¹⁰ La prevalencia de este tipo de infecciones se estimó en personas con neutropenia en el artículo mencionado, situación que no se midió en el presente estudio y que indicaría una limitación para la investigación.

Según los resultados encontrados, la funcionalidad de los pacientes y la capacidad de realizar actividades influye en la presencia de eventos graves y su desarrollo, tal y como lo refiere Martín-Moro *et al*, quienes los asocian a la muerte en una serie de 34 casos de neoplasia

hematológica en Madrid.¹¹ A pesar que no se estima el número de pacientes que fallecieron, se podría considerar que la disminución de la gravedad de los valores clínicos dio lugar a un menor riesgo de mortalidad por COVID-19 en quien tenía cáncer. El fomento del autocuidado o de la educación para el cuidado de la persona con cáncer que puede realizar actividades cotidianas, podría ayudar a la disminución de su gravedad, por lo que es un punto importante para profundizar en la práctica clínica enfermera, así como en el campo de investigación y conocimiento.

La frecuencia de intubación en la población oncológica se observa en un 24.5%, similar a lo descrito en el estudio de Pérez *et al* con una tasa de 23.6 %, ¹² de forma que las características de la población general y con cáncer resultan similares en cuanto al riesgo de intubación durante la implementación de la pronación. Dado que, por lo tanto, el riesgo es prácticamente el mismo para los pacientes oncológicos, la caracterización de la enfermedad por COVID-19 no distingue entre este tipo de poblaciones en cuanto a la severidad.

Por otro lado, el tiempo medio de pronación es similar a los resultados publicados en 2022 por Fralick *et al*, en los que la mediana fue de seis horas, reflejada directamente en la FiO₂ con una representación de 30%,¹³ es decir, menos del 15% del requerimiento en la población con neoplasias. Esto contradice lo descrito anteriormente en cuanto a la similitud en los distintos tipos de poblaciones, si bien esta variable pudo verse afectada por el manejo brindado en cada centro hospitalario.

Asimismo, aumentaron variables de interés como la PaFiO₂, en semejanza con Cherian *et al*.¹⁴ Posterior a una media de cuatro horas de pronación consciente se incrementó la relación saturación de oxígeno y presión arterial de oxígeno (SpO₂/PaO₂), con significancia estadística

($p < 0.001$) y aumento aproximado de hasta 100 mmHg, teniendo en cuenta que la SpO_2/FiO_2 de 235 corresponde a PaO_2/FiO_2 de 200.¹⁴ En comparación con Elharrar, que no obtuvo mejoría de estos valores y de la $PaCO_2$ sin significancia estadística,⁵ esto se puede relacionar con el tiempo, en el que la media fue de una hora, lo cual significaría que el tiempo de pronación determina la mejoría de los valores gasométricos.⁷

De igual forma, como Sartrini et al, la media de frecuencia respiratoria disminuyó con relevancia estadística. Se establece que dicho estudio solo se realizó con dispositivos de ventilación mecánica invasiva en población no oncológica, llevando a cabo una comparativa en grupo control y de intervención, en la cual la cantidad de pacientes resultó con respiraciones bajas. Vale la pena observar que el grupo control, no considerado en el presente estudio, puede haber agregado datos con mayor peso estadístico y que integren mayores hallazgos en la persona con cáncer.

Al día de hoy, los efectos del COVID-19 se han basado en varias medidas epidemiológicas y clínicas, que han dado forma a las medidas de protección recomendadas. Sin embargo, este estudio no está libre de limitaciones, debido a que solo se hicieron dos mediciones y no se estableció un grupo control, además de la falta de inclusión de algunas otras variables que pueden intervenir en el análisis, como IMC, peso, talla y alguna comorbilidad, pues pueden afectar o no la mejoría del paciente. Hay que tener en cuenta que este estudio solo se realizó en el paciente con cáncer, lo que nos da una brecha para el manejo del mismo.

Referencias

1. **Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim C-M, Vasistha J, et al.** Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2020 [citado 22 de abril de 2022]; 8(5):506-17. Doi: 10.1016/S2213-2600(20)30161-2.
2. **Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al.** Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* [Internet]. 2020 [citado 22 de abril de 2022]; 21(3):335-7. Doi: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6.
3. **Martínez O, Nin N, Esteban A.** Evidencias de la posición en decúbito prono para el tratamiento del síndrome de distres respiratorio agudo: una puesta al día. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2019 [citado 22 de abril de 2022]; 45(6): 291-6. Doi: 10.1016/j.arbres.2008.05.010
4. **Yamaguchi T, Goya S, Kohara H, Watanabe H, Mori M, Matsuda Y, et al.** Treatment Recommendations for Respiratory Symptoms in Cancer Patients: Clinical Guidelines from the Japanese Society for Palliative Medicine. *J Palliat Med.* 2016; 19(9):925-35. Doi: 10.1089/jpm.2016.0145.
5. **Sartini C, Tresoldi M, Scarpellini P, Tettamanti A, Carcó F, Landoni G, et al.** Respiratory Parameters in Patients With COVID-19 After Using Noninvasive Ventilation in the Prone Position Outside the Intensive Care Unit. *JAMA* [Internet]. 2020; [citado 22 de abril de 2022]; 323(22):2338-40. Doi: 10.1001/jama.2020.7861.
6. **Weinkove R, McQuilten Z, Adler J, Agar M, Blyth E, Cheng A, et al.** Managing haematology and oncology patients during the COVID-19 pandemic: interim consensus guidance. *Med J Aust* [Internet]. 2020 [citado mayo de 2021]; 212(10):481-9. Doi: 10.5694/mja2.50607

7. **Hirsch H, Martino R, Ward KN, Boeckh M, Einsele H, Ljungman P.** Fourth European Conference on Infections in Leukaemia (ECIL-4): guidelines for diagnosis and treatment of human respiratory syncytial virus, parainfluenza virus, metapneumovirus, rhinovirus, and coronavirus. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2013 [citado noviembre de 2022]; 56(2):258-266. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/cis844>
8. **Eichenberger E, Soave R, Zappetti D, Small CB, Shore T et al.** Incidence, significance and persistence of human coronavirus infection in hematopoietic stem cell transplant recipients. *Bone Marrow Transplant* [Internet]. 2019 [citado noviembre de 2022]; 54(7):1058-66. Doi: 10.1038/s41409-018-0386-z
9. **Herrera F, Bues F, Rojas R, Temporiti E, Videla C, Dupont J, et al.** Infección por SARS-COV-2 en pacientes con neoplasias hematológicas y trasplantes. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2021 [citado noviembre de 2022]; 81(3):396-400. Disponible en: <https://cutt.ly/UwLWh55c>.
10. **Fuentes G, Venegas C, Ortega M, Briceño C, Dreyse J, Rabagliati R, et al.** Caracterización de las infecciones respiratorias en pacientes adultos oncológicos. *Rev. Chil. Enferm. Respir* [Internet]. 2014 [citado noviembre de 2022]; 30(2):75-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482014000200003>.
11. **Martín-Moro F, Marquet J, Piris M, Michael B, Sáez A, Corona M, et al.** Survival study of hospitalized patients with concurrent Covid-19 and haematological malignancies. *Br J Haematol*. [internet] 2020 [citado noviembre de 2022]; 190(1). Doi: 10.1111/bjh.16801.
12. **Pérez O, Escarraman D, Guerrero M, Zamarron E, Mancilla J, Kammar A, et al.** Awake prone positioning and oxygen therapy in patients with COVID-19: the APRONOX study. *Eur Respir J* [Internet]. 2022 [citado noviembre de 2022]; 59(2). Doi: 10.1183/13993003.00265-2021.
13. **Fralick M, Colacci M, Munshi L, Venus K, Fidler L, Hussein H, et al.** Prone positioning of patients with moderate hypoxaemia due to covid-19: multicentre pragmatic randomised trial (COVID-PRONE). *BMJ*. 2022; núm. 376. Doi:10.1136/bmj-2021-068585
14. **Cherian S, Li C, Roche B, Reyes S, Karanth S, Lal A, et al.** Predictive factors for success of awake proning in hypoxemic respiratory failure secondary to COVID-19: A retrospective cohort study. *Respir Med* [Internet]. 2021 [citado noviembre de 2022]; núm. 181. Doi: 10.1016/j.rmed.2021.106379.



Artículo original

Neurological nursing: opinion and perspectives on the skills and abilities to exercise autonomy of practice in a highly specialized institute

Enfermería neurológica: opinión y perspectivas sobre las habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica en un instituto de alta especialidad

Carlos Alfredo Ugalde Basabe¹  Gustavo Humberto Nigenda López²  Rey Arturo Salcedo Álvarez² 

Abstract

Introduction: the history of nursing shows us a very important growth in terms of the practice of the profession. The above has allowed the incorporation of concepts that become relevant, among them, autonomy.

Objective: identify the opinion and perspectives of nursing professionals about their abilities and skills to exercise autonomy of practice within a highly specialized institution.

Material and methods: this is a quantitative, descriptive, observational, cross-sectional study. The purpose of the study will be to describe the frequency and the most important characteristics of a particular phenomenon in a population (nursing professionals).

Results: The results have identified different dimensions that have to do with nursing professional autonomy, where in most of the items evaluated in the instrument they stand out with percentages ranging from 60% to 80% in areas such as freedom in the care planning that nurses have within their workplace or in how they make independent decisions within it.

Discussion: in a Chilean study reported by Triviño Vargas, the population studied was concentrated under 30 years of age. In this range, it is expected that the nursing professional lives and acts in society according to his own responsibility and not under the tutelage of others, as reported in the present study.

Conclusions: this study made it possible to identify the level of autonomy that nursing professionals exercise and perceive in caring for people, in order to reveal, understand and explore the way in which nurses perceive autonomy in their clinical practice. In daily practice and daily tasks, professionals still have limitations in the exercise of autonomy.

Keywords: nursing care, autonomy, professional autonomy, nursing.

Citación: Ugalde Basabe CA, Nigenda López GH, Salcedo Álvarez RA. Enfermería Neurológica: opinión y perspectivas sobre las habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica en un instituto de alta especialidad. Rev Enferm Neurol.2023;22(3): pp. 230-241.

Correspondencia: Carlos Alfredo Ugalde Basabe

Email: carlos.ugalde@innn.edu.mx

¹Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez

²Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

Recibido: 17 septiembre 2023

Aceptado: 3 enero 2024



Resumen

Introducción: la historia de la enfermería nos muestra un avance muy importante en cuanto al ejercicio de la profesión. Lo precedente, ha permitido la incorporación de conceptos que cobran relevancia, entre ellos, la autonomía.

Objetivo: identificar la opinión y perspectivas de los profesionales de la enfermería sobre sus habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica dentro de una institución de alta especialidad.

Material y métodos: estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal. La finalidad es describir la frecuencia y las características más importantes de un fenómeno particular en una población (profesionales de enfermería).

Resultados: los resultados han identificado diferentes dimensiones que tienen que ver con la autonomía profesional de enfermería, en donde en la mayoría de los ítems evaluados en el instrumento destacan con porcentajes que van desde el 60 % hasta el 80 % en rubros como la libertad en la planificación de cuidados que tienen los enfermeros dentro de su centro de trabajo o en que toman decisiones independientes dentro del mismo.

Discusión: en un estudio chileno reportado por Triviño Vargas la población estudiada se concentró bajo los 30 años de edad, en este rango es de esperarse que el profesional de enfermería viva y actúe en la sociedad según su propia responsabilidad y no bajo la tutela de otros, como reporta el presente estudio.

Conclusiones: este estudio permitió identificar el nivel de autonomía que ejercen y perciben los profesionales de enfermería en el cuidado de las personas, esto con el fin de develar, conocer y explorar la forma en cómo el enfermero percibe la autonomía en su práctica clínica. En el ejercicio cotidiano y el quehacer diario los profesionales aún tienen limitaciones en el ejercicio de la autonomía.

Palabras clave: cuidado de enfermería, autonomía, autonomía profesional, enfermería.

Introducción

El presente trabajo refleja la importancia del fenómeno de autonomía como un elemento importante en el trabajo diario de las personas que ejercen la enfermería dentro de las instituciones de salud; se analiza el papel fundamental que cumple la autonomía como una herramienta que permite elevar la calidad del cuidado, así como dar a conocer algunas de las características más relevantes que giran en torno a tan importante concepto.

En este sentido, y para fines del actual análisis, se entenderá por autonomía en enfermería a la toma de decisiones, y la ejecución de actos del cuidar, en

que no medie la necesidad de supervisión por parte de un profesional del equipo interdisciplinario. Para ello, el profesional fundamentará su actuar con el conocimiento de su disciplina, y también se apoyará en otras que permitan un abordaje integral de la persona, la familia, el grupo o la comunidad receptora de dicho cuidado.¹

La autonomía posibilita la aplicación de conocimientos generados a través de la investigación, lo que aumentará aún más el valor que tiene enfermería como profesión, permitiéndole desarrollar un cuerpo de conocimientos propio para la prestación de cuidados de salud a las personas, familias, grupos y comunidades.

En esta investigación se revela que la

autonomía tiene interrelaciones con otros factores, lo que demuestra el reconocimiento que se le da a través de las personas que integran la misma profesión y de otras profesiones, y que, a su vez, reflejan que la autonomía ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina.²

La autonomía no sólo implica el ejercicio de la práctica independiente sino la aplicación del juicio crítico basado en conocimientos que establece a lo largo de su experiencia quien ejerce la enfermería.³

La historia de la enfermería nos muestra un crecimiento muy importante en cuanto al ejercicio de la profesión. Lo anterior, ha permitido la incorporación de conceptos que cobran relevancia, entre ellos la autonomía, la cual se entenderá como la aplicación del juicio crítico basado en conocimientos que establece el personal de enfermería en su actuar la cual no siempre fue considerada con el valor que quizá ahora se le otorga.⁴

Estos cambios significaron el crecimiento de la enfermería como una profesión más cercana a ser autónoma en su práctica, para ello, se han realizado estudios que analizan esta variable que podría apoyar para que la enfermería continúe satisfaciendo las necesidades de cuidado y asumiendo la responsabilidad de liderar la gestión de los mismos en las personas, familias, grupos y comunidades, conforme a sus propias normas. La autonomía corresponde a un concepto necesario en la enfermería debido a que la profesión ha sido cuestionada por otras disciplinas dentro del sistema de salud.⁵

Lo anterior, significó pasar desde un lugar de desconocimiento y sin identidad profesional, producido por la carencia de un cuerpo de conocimientos propios de enfermería, al posicionarse como una profesión cuyo centro de estudio es el cuidado, acto de fundamental responsabilidad de la disciplina en enfermería.⁶

En esta transición, poco antes de la enfermería moderna, las características de sumisión, docilidad y carencia de cuestionamientos a las labores médicas se consideraba algo innecesario en la formación de otras y

otros profesionales. El cuidado era realizado de manera dependiente, en donde estaban supeditados a las indicaciones médicas y de otros profesionales de la salud.⁷

Aún con el avance actual que se documenta de la enfermería moderna, la problemática de los cuidados de enfermería que se prestan es en parte producto de la percepción de la enfermería misma como profesión. La opinión que las y los enfermeros tienen de sí mismos como profesionales no siempre coincide con la definición que otras personas adjudican a este gremio.⁸

Algunos estudios encuentran la falta de autonomía como una de las mayores fuentes de sufrimiento para las enfermeras, pues deben enfrentarse con el ejercicio del poder por múltiples actores, asunto que las puede llevar a una falta de pensamiento crítico y capacidad de cuestionamiento que evocan a una enfermería dogmática y una alienación que se traduce en sumisión y abnegación, por ello, enfermería entonces responde a los propósitos institucionales y no a los intereses de la profesión o de la sociedad.⁹

Este trabajo cobra una trascendencia importante, ya que los enfermeros se han profesionalizado, la autonomía en la práctica sirve para aplicar un único cuerpo de conocimientos de la disciplina vista como un indicador importante de que enfermería es una profesión en crecimiento. La autonomía ha sido relacionada con la calidad de vida de los enfermeros, la satisfacción por su trabajo, los ambientes de práctica profesional positivos y las percepciones de la calidad del cuidado, todos estos elementos abarcan tener libertad para actuar en lo que se sabe, qué tanta independencia se tiene en el trabajo o iniciativa o habilidad para desempeñar funciones en forma independiente, sin tener supervisión cercana.¹⁰

Sin embargo, el interés de este trabajo no es sólo en los aspectos teóricos o conceptuales de la autonomía de enfermería. Se enfoca también en hechos relacionados con el ejercicio de la autonomía o la práctica de ésta en el trabajo profesional. En los complejos ambientes de práctica dominados por el sistema de salud actual, los

profesionales tienen el reto de practicar la autonomía como miembros de un grupo o equipo, algunas veces son confusas las distinciones sobre los roles que cada profesional juega dentro de la multidisciplinariedad.¹¹

Los nuevos perfiles profesionales de la enfermería, tal como: Enfermería de Práctica Avanzada exige que se deben cumplir, entre otras características, con un alto grado de autonomía y su ejercicio profesional sea totalmente independiente, el manejo de casos a través de poner en práctica competencias clínicas avanzadas reconocidas para la valoración, razonamiento diagnóstico y toma de decisiones, deberá proveer servicios de consultoría a los propios profesionales de la enfermería que le rodeen y se desarrollarán planes de acción, así como la implementación y evaluación de programas educativos.¹²

Objetivo

Identificar la autopercepción de los profesionales de la enfermería sobre sus habilidades y destrezas para ejercer la autonomía de práctica dentro de una institución de alta especialidad.

Objetivos específicos

1. Reconocer el nivel de autonomía de las y los profesionales de enfermería dentro de un Instituto de alta especialidad.
2. Medir el nivel de autonomía de los profesionales de enfermería.
3. Reconocer los datos obtenidos e identificar las ventajas y limitaciones del estudio.

Material y método

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal.

La finalidad del estudio será describir la frecuencia y las características más importantes de un fenómeno

particular (autonomía) en una población (profesionales de enfermería) y proporcionará datos sobre los que se podrán realizar algunas conclusiones.

Se considera como universo del estudio a todos los profesionales de enfermería que laboran en un Instituto de tercer nivel; sin embargo, se sugiere que el instrumento entre otros de sus elementos sirvan para aplicarse en poblaciones de enfermeras y enfermeros que laboran en instituciones de segundo y primer nivel, respectivamente, debido a que en algunas de sus características tanto profesionales, como de formación, comparten muchas de ellas y serviría para unificar algunos criterios que sirvan para consolidar el crecimiento de la profesión.

Los sujetos a incluir en el estudio dependerán estrictamente de la pregunta y los objetivos de investigación, para el caso particular de este estudio se tomarán en cuenta a los profesionales de enfermería que laboran en una institución de alta especialidad y se tomarán como criterios inclusivos que tengan un grado de licenciatura o superior y que cuenten con mínimo 3 años de experiencia laboral, se tomarán en cuenta tanto a hombres como mujeres; los criterios de exclusión son personal que cuente únicamente con una carrera técnica y que tengan menos de 3 años de experiencia laboral, mientras tanto los criterios de eliminación serán las personas que no deseen participar en el cuestionario y que no respondan completamente el cuestionario.

La población de profesionales la integran la totalidad de enfermeras y enfermeros tanto generales como especialistas del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. La selección de la muestra no necesita cálculo, ya que se utilizaron otros criterios como se describe en el apartado siguiente para seleccionar a los participantes. Se seleccionaron todos los servicios del Instituto.

Se utilizó la Escala de Actividad de Enfermería que fue desarrollada para medir el nivel de autonomía en profesionales de enfermería. La escala es una revisión de Schutzenhofer por la cual se

nombra ahora Escala de autonomía profesional de enfermería de Schutzenhofer (SPNAS).¹³

Los elementos de dicha escala son descripciones breves de situaciones que no son específicas de ningún área clínica en la cual el profesional de enfermería debe emprender alguna acción, pero sí requiere el ejercicio del juicio profesional de enfermería y consiste en 30 ítems contruidos, aunado a esta escala se agregó una pregunta de respuesta libre en la que el profesional califica su autonomía en un ejercicio de autopercepción.¹⁴

La validez de contenido evaluada mediante una revisión por profesores de enfermería preparados con doctorado para asegurar una gama de comportamientos autónomos. La base en la literatura de enfermería también se informó a priori evidencia de validez de contenido.

También se les dio la definición de trabajo de autonomía profesional utilizado en el desarrollo del instrumento, porque trabajos anteriores habían indicado bajos niveles de comprensión de la autonomía profesional. El valor alfa de Cronbach 0.92.¹⁵

La recolección y el análisis de los datos se realizó a través de la plataforma *Google forms*, se eligió esta plataforma, ya que es de uso gratuito, múltiples usuarios pueden acceder a ella simultáneamente, es de fácil acceso a través de un dispositivo móvil o desde una computadora y permite obtener datos en tiempo real acerca de las respuestas que cada uno de los participantes emita en los cuestionarios, aunado a ello, se elaboró el mismo cuestionario en un formato físico, ya que

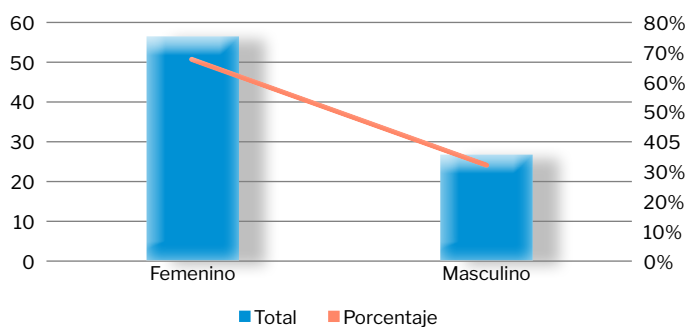
algunas personas prefirieron responder de esta forma. Los datos se trasladaron al programa SPSS, versión 21, para así obtener diversas medidas de tendencia central y dispersión, los datos finales se copiaron a un archivo *Microsoft Excel* en donde se obtuvieron gráficas más detalladas, y que fueron agregadas en los resultados de este estudio.

Resultados

En este apartado, se exponen los datos obtenidos a través de la aplicación de la escala en formato digital y formato físico, las respuestas obtenidas de los cuestionarios se realizaron a través de los dispositivos móviles de los participantes en un ambiente relajado, mientras que los cuestionarios físicos se realizaron durante el trabajo profesional dentro del turno del participante. Para una mayor comprensión de los resultados se dividen en 2 partes: caracterización de la muestra: incluye género, edad, grado académico, servicio, turno y antigüedad; mientras que en la segunda se hace un análisis utilizando gráficos donde las 3 variables que forman parte, del estudio, a su vez representan los *ítems* respondidos en el cuestionario son visibles en una puntuación global y se hace un análisis de la pregunta de respuesta libre agregada al final del cuestionario.

Género.- Se encuestó a 84 profesionales de enfermería, en donde 57 participantes fueron mujeres (68%) y 27 hombres. (32%) (ver gráfica 1).

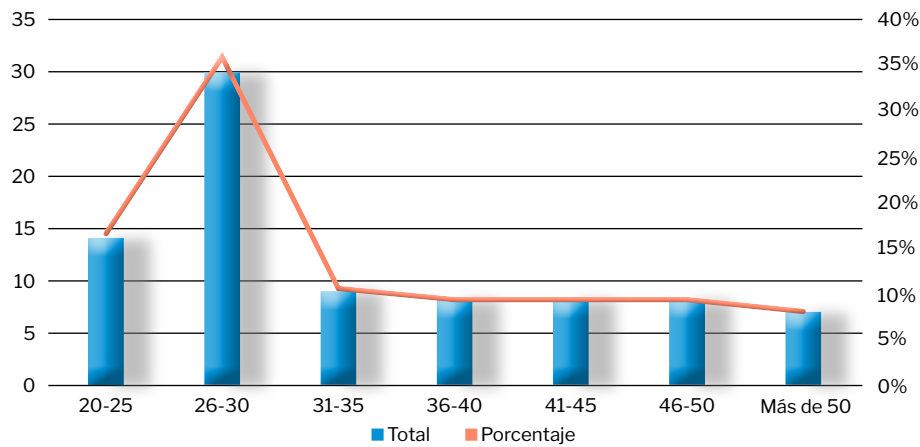
Gráfica 1. Género



Fuente: Cuestionario SPNAS

Edad.- Respecto a la edad se identificó a los participantes en los grupos de edad que van de los 20-25 años (14), 26-30 años (30), 31-35 años (9), 36-40 años (8), 41-45 años (8), 46-50 años (8) y más de 50 años (7) (ver gráfica 2).

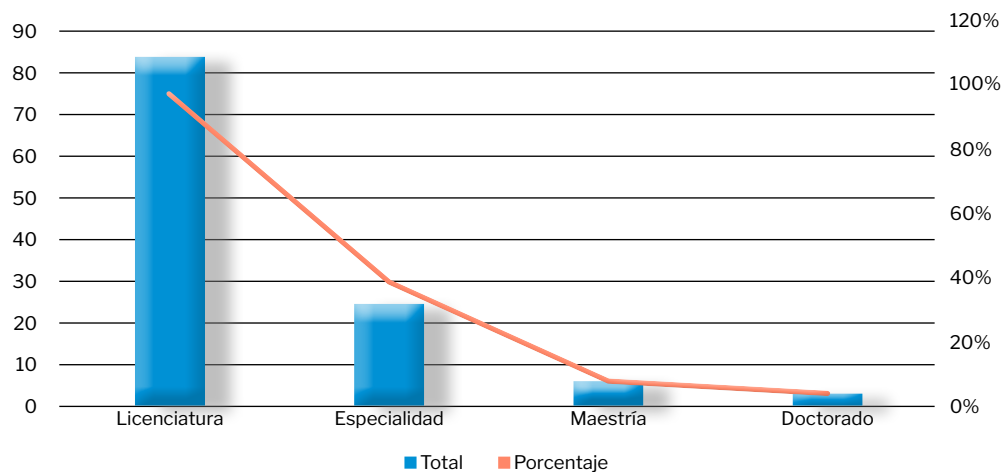
Gráfica 2. Edad



Fuente: Cuestionario SPNAS

Grado académico.- Respecto al grado académico uno de los criterios de inclusión es que los encuestados tengan un grado de licenciatura, así el 100 % de los participantes cumple con este criterio; sin embargo, 25 de ellos tienen un grado de especialidad, 6 cuentan con un grado de maestría y tan solo 3 un tienen un grado de doctorado (ver gráfica 3).

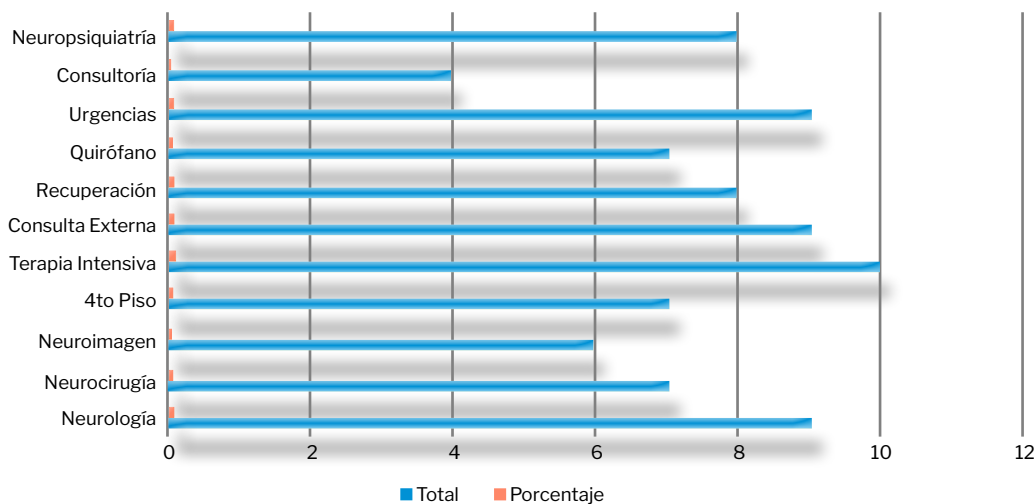
Gráfica 3. Grado académico



Fuente: Cuestionario SPNAS

Servicios del Instituto.- Se tomaron en cuenta todos los servicios del Instituto donde se aplicó el cuestionario, se muestran los participantes de cada uno de los servicios (ver gráfica 4).

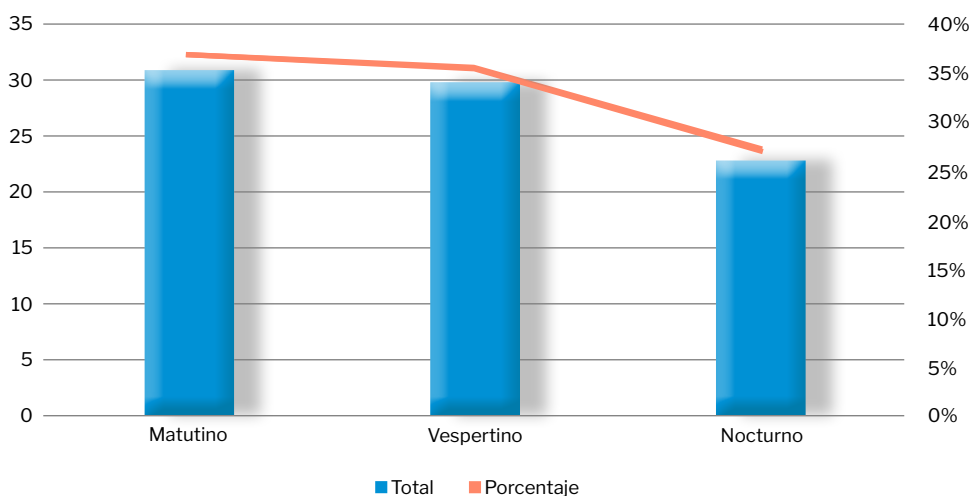
Gráfica 4. Servicios del Instituto



Fuente: Cuestionario SPNAS

Turno.- Respecto al turno, 31 participantes pertenecen al matutino, 30 participantes al turno vespertino y 23 participantes al turno nocturno (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Turno

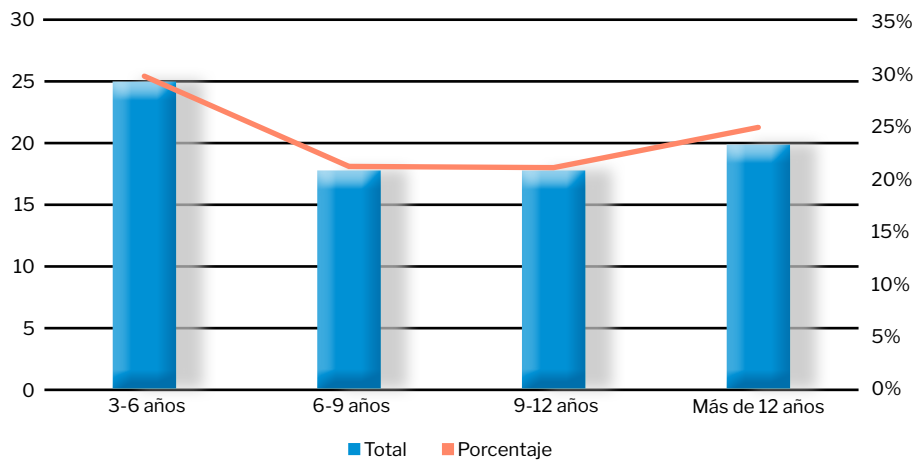


Fuente: Cuestionario SPNAS

Antigüedad en el servicio.- Concerniente a la antigüedad en el servicio y que también funge como un criterio de inclusión importante para

la resolución del cuestionario, se clasificó en las siguientes categorías: 3-6 años, 6-9 años, 9-12 años y más de 12 años (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Antigüedad en el servicio

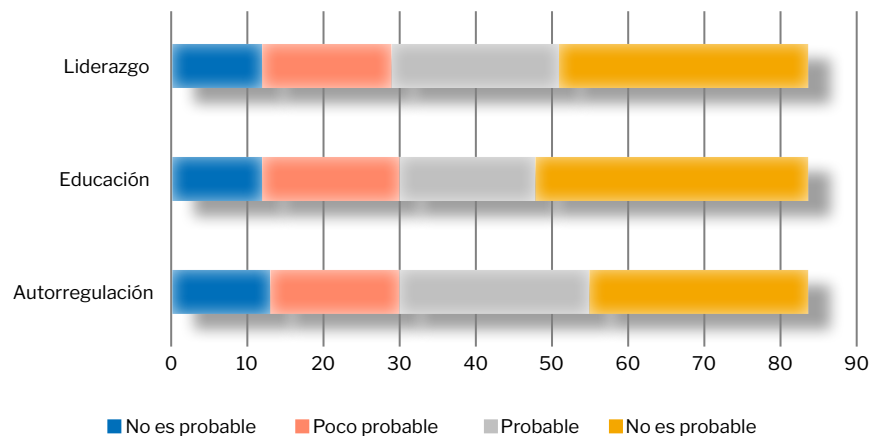


Fuente: Cuestionario SPNAS

Dimensiones.- Se identificaron 3 dimensiones que juegan un papel muy importante para la autonomía de la práctica de enfermería: autorregulación, educación y liderazgo, respecto al instrumento a cada una de ellas pertenecen 10 preguntas respecto al instrumento SPNAS, a la

primera de ellas (autorregulación) las preguntas 1-6, 12-13, 19 y 30, la segunda variable medida (educación) las preguntas 7, 11, 14, 17, 20, 22, 23, 25, 26, 29 y a la última variable (liderazgo) las preguntas 8, 9, 10, 15-16, 18, 21, 24, 27-28 (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Respuesta por dimensión



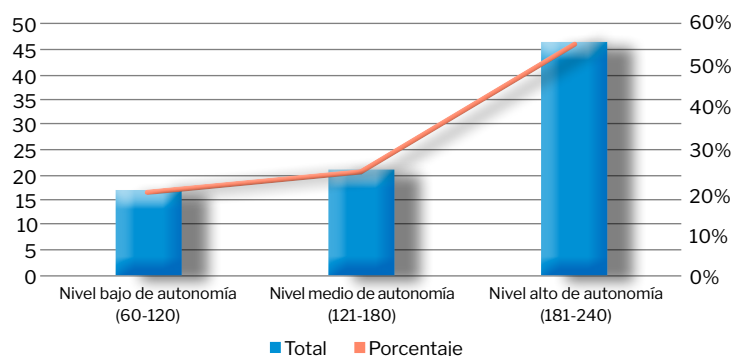
Fuente: Cuestionario SPNAS

En las 3 dimensiones menos del 16 % de los participantes respondieron: no es probable que su actuar se lleve conforme a los ítems respondidos; sin embargo, la respuesta con más valía es muy probable que los participantes actúen de acuerdo a los ítems respondidos, con un porcentaje elevado.

Nivel de autonomía.- De acuerdo a la forma de evaluación del instrumento en donde las respuestas ponderan tres niveles de autonomía que

van desde: 1 = nivel bajo de autonomía, 2 = nivel medio de autonomía y 3 = alto nivel de autonomía. Para lograr la ponderación, el puntaje numérico del ítem de cada encuestado se multiplica por el peso de cada ítem, ya sea por 3, por 2 o por 1, según corresponda, a continuación, se suman las puntuaciones ajustadas de los ítems para que las puntuaciones totales producidas puedan oscilar entre 60 y 240 (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Nivel de autonomía



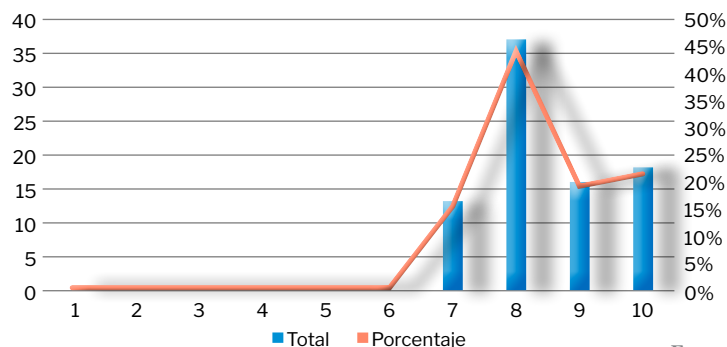
Fuente: Cuestionario SPNAS

Como se observa, el 54.7% de los participantes piensan que tienen un nivel alto de autonomía en los diferentes servicios donde ejercen su actividad profesional, el 25% tienen un nivel medio de autonomía, mientras que el 20.2% ejercen un nivel de autonomía bajo.

Pregunta de respuesta libre.- Aunado al

instrumento SPNAS, se agregó una pregunta de respuesta libre en la que cada participante respondió conforme a su propia percepción, la pregunta en una escala del 1 al 10, ¿cómo considera su nivel de autonomía dentro del servicio donde labora tomando en cuenta su actividad profesional? (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Respuesta libre



Fuente: Cuestionario SPNAS

Se observa que el 44 % de los participantes se ubica en escala 8/10 como profesionales autónomos dentro de su práctica profesional, 19 % se encuentra en la escala 9/10, 21.4 % se coloca en la escala 10/10, mientras que el 15.4 % se posiciona en la escala 7/10, por lo que se observa un nivel de autonomía alto en cada uno de los diferentes servicios donde se ejerce la autonomía de práctica dentro del Instituto.

Discusión

La unión que hay entre autonomía e involucramiento con las actividades también está relacionada con la edad de los profesionales de enfermería. De tal forma, se reporta que diferentes niveles de involucramiento se vinculan con la edad, destacando que en profesionales menores de 25 años y en mayores de 30 años el nivel de involucramiento laboral es mayor que en enfermeras de entre 25 y 30 años.¹⁶

Lo anterior coincide con los hallazgos que tienen que ver con que, a mayor edad y antigüedad laboral de los profesionales de la enfermería, se alcanza mayor nivel de autonomía en actividades inherentes de la profesión. La relación de la edad y de la experiencia laboral con el nivel de autonomía fue también reportada en profesionales enfermeros de Irán, encontrando un mayor nivel de autonomía entre los 30 y los 40 años y con más de 10 años de experiencia laboral.¹⁷

Continuando con los resultados de la autonomía profesional en una institución de segundo nivel analizada por Kramer, hace hincapié en tres dimensiones muy parecidas a las descritas en este trabajo: **a.** Control sobre la práctica: (esta dimensión menciona que estos rubros se pueden unir en mayor medida con el término “*independencia del trabajador*” para poder planear y desarrollar sus funciones). **b.** Autonomía clínica o práctica:

resalta la importancia en la toma de decisiones por parte de los profesionales en relación al cuidado que darán al paciente y **c.** Autonomía institucional: tiene que ver con la toma de decisiones en relación con la organización de la institución donde labora el profesional.¹⁸

Estas tres dimensiones forman en su conjunto el constructo que el investigador quiere medir, autonomía, y que está íntimamente relacionada con el grado de independencia para poder planear y desarrollar su trabajo, teniendo en cuenta la toma de decisiones en la persona y la oportunidad de que la organización o institución donde trabaja, impacte de manera positiva en el nivel de independencia del profesional de enfermería.¹⁹

Al instrumento presentado se agregó una pregunta de respuesta libre que consistió en valorar del 1-10 el grado de autonomía que el personal de enfermería percibe de sí mismo, la cual obtuvo niveles altos en cuanto a su calificación, en donde la más alta percibida fue de 8, seguida de 10, y por último en 9, en ese orden. En un estudio chileno reportado por Triviño Vargas la población estudiada se concentró bajo los 30 años de edad; en este rango es de esperarse que el profesional de la enfermería viva y actúe en la sociedad según su propia responsabilidad y no bajo la tutela de otros, como reporta el presente estudio, sin embargo, al convertirse en profesional de la enfermería el respectivo nivel de autonomía será en parte determinado por la concepción que la sociedad tiene de la profesión de enfermería, la cual es influenciada por el concepto que ellas atribuyen a su propia actividad profesional.²⁰

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación permitieron determinar la autopercepción del nivel de autonomía de los profesionales de enfermería en el

cuidado de las personas en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México.

Se exploró la forma en cómo el enfermero construye dicha percepción en su práctica clínica.

En el ejercicio cotidiano y el quehacer diario, las y los profesionales aún manifiestan limitaciones en el ejercicio de la autonomía, en particular en actividades de índole administrativa.

Se reconoce el empoderamiento existente en los profesionales en la toma de decisiones sobre acciones de educación, prevención y promoción de la salud, elección en las intervenciones y el seguimiento tanto para pacientes como a familiares.

Referencias

1. Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015;15(1):129-40. DOI: [10.5294/aqui.2015.15.1.12](https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.12)
2. Paredes P, Rivas E. Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Cien Enferm*. 2014;20(1):9-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100002>
3. Torres-Galán J, Sanfilippo-Borras J. El nacimiento de la Escuela de Enfermería en la Ciudad de México (1888-1911), Tzintzun. *Rev Est Hist*. 2016;64:139-64. <https://cutt.ly/XeikteOY>
4. Siles J. La construcción social de la historia de la enfermería. *Index Enferm*. 2004;13(47):7-10. <https://cutt.ly/EeikiAlb>
5. Ayala-Valenzuela R. Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. *Educ Méd*. 2008;11(3):125-29. <https://cutt.ly/oeiksyOG>
6. Urteaga E. Sociología de las profesiones: una teoría de la complejidad. *Lan Harremanak*. 2008;18(1):169-98. <https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.2812>
7. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Cien Enferm*. 2010;16(1):17-29. <https://cutt.ly/YeikhqYW>
8. Barrio I, Molina A, Sánchez C, Ayudarte M. Ética de enfermería y nuevos retos. *An Sis San Navarra*. 2006;29(3):41-7. <https://cutt.ly/neikjddz>
9. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Rev Aquichán*. 2005;5(1):114-27. <https://cutt.ly/beikkEAV>
10. Triviño P, Barría R. Nivel de autonomía de enfermeras en la práctica pediátrica. Una experiencia chilena. *Enferm Univer*. 2016. 13(4): 216-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.002>
11. González A, Hernández G. Proceso de enfermería como constructor de autonomía profesional: una investigación acción. *Enferm Univer. Académica*. 2012; 10(8):114-26. <https://cutt.ly/BeikznpC>
12. Alexander W. Determinantes del staff de enfermeras y percepción de autonomía dentro de diferentes contextos clínicos. *J Nurs Admin* 2000;30(12):611-17.
13. Acorn R. Descentralización y organización como determinantes en el trabajo de enfermería. *Index Enferm*. 2004;13(46):9-12.
14. Krugman M. Evaluación longitudinal del rediseño de la práctica profesional de enfermería. *Cien Enferm*. 2011;17I(3):23-33.
15. Gómez-Torres D. Proceso de enfermería como constructor de autonomía profesional. *Rev Enferm Inst Mex Seg Soc*. 2016;24(3):183-9. <https://cutt.ly/7eikE46F>
16. Tosoli A. Estudio comparativo sobre las

- representaciones de la autonomía profesional elaboradas por estudiantes iniciantes y concluyentes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2927. DOI: [10.1590/1518-8345.1919.2927](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1919.2927)
17. **Landman C.** Transitando hacia el ejercicio de autonomía y liderazgo. *Enferm Univer*. 2019;16(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.644>
 18. **Torres DG, Rojas GTR, Garduño MDM, Peres AM.** Autonomía profesional de la enfermería perinatal: percepción social de competencias conquistadas *Rev Enferm UERJ*, 2019;27(6). DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37778>
 19. **Foucault M.** El poder una bestia magnífica: sobre el poder, la prisión y la vida. Buenos Aires, Siglo XXI; 2012.
 20. **Iliopoulou G, While A.** Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland. *JAN* 2010;66(11):2520-31. Disponible en: doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05424.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05424.x).



Working conditions of nursing staff in three public health institutions

Condiciones de trabajo del personal de enfermería en tres instituciones de salud públicas

Carmen Lasty Balseiro Almario¹  Wendy Melina Suasto Gómez²  María Adriana Chaparro Sánchez³ 
Yohoytzin Edgar Tapia Juárez⁴  Nayelli Aguilera Padilla⁵  María Teresa Maldonado Guiza⁶ 
María del Rosario Monterrosas Regalado⁷  Araceli Colin Tejeda⁸ 

Abstract

Introduction: Working conditions encompass all the detailed aspects of the work activity. This includes the factors of the physical environment where the work is performed and the temporary circumstances in which it is carried out. In other words, it refers to all the elements surrounding workers' daily tasks. In this context, the need arises to investigate the following: What are the working conditions of nursing personnel in public health institutions in Michoacán, Mexico? This question seeks to explore and understand the factors that affect the performance and well-being of nursing personnel in this region, and how these elements can influence the quality of health services provided.

Objective: To analyze the working conditions of nursing personnel in public health institutions in Michoacán, Mexico.

Material and Methods: Quantitative, non-experimental, cross-sectional, prolective, descriptive, and diagnostic study. The variable studied was the working conditions of nursing personnel. The population was 5112 people and the sample was 335 professionals.

Results: Of the nursing personnel surveyed, 83% have a Bachelor's Degree in Nursing, 51% report work overload, another 51% say that there is a lack of supplies to work with, 66% feel that there is physical and mental overload at work, 50% say they have job insecurity and 58% consider that there are conflicts at work that they try to solve, without succeeding.

Discussion: 66% of the personnel state that there is physical and mental work overload, similar to the research of Orcasitas A. and Ovalle L. whose results also coincide with the overload of work in 50% of their interviewees.

Conclusions: Nursing professionals are unsatisfied with the Working Conditions in the SSA, IMSS, and ISSSTE. The lack of supplies, personnel, and salary should be addressed to guarantee the quality of patient care.

Keywords: Working conditions, Nursing, Personnel, Health.

Citación: Balseiro Almario CL, Suasto Gómez WM, Chaparro Sánchez MA, Tapia Juárez YE, Aguilera Padilla N, Maldonado Guiza MT, Monterrosas Regalado MR, Colin Tejeda A. Condiciones de trabajo del personal de enfermería en tres instituciones de salud pública. Rev Enferm Neurol. 2023;22(3): pp. 242-253.

Correspondencia: Carmen Lasty Balseiro Almario
Email: lastybals@hotmail.com

¹Profesor de Carrera Titular "B" de la FENO UNAM

²⁻⁵Grupo de investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

⁶Presidenta de la Federación Mexicana de Colegios de Enfermería.

⁷Profesora de Asignatura "B" de la FENO UNAM.

⁸Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la FES Iztacala

Recibido: 3 agosto 2023

Aceptado: 11 noviembre 2023



Resumen

Introducción: Las condiciones de trabajo abarcan todos aquellos aspectos circunstanciales en los que se desarrolla la actividad laboral. Esto incluye tanto los factores del entorno físico donde se realiza el trabajo, como las circunstancias temporales en las que se lleva a cabo. En otras palabras, se refiere a todos los elementos que rodean la labor diaria de los trabajadores. En este contexto, surge la necesidad de investigar: ¿Cuáles son las condiciones de trabajo del personal de enfermería en instituciones de salud públicas en Michoacán, México? Esta pregunta busca explorar y comprender los factores que afectan el desempeño y bienestar del personal de enfermería en esta región, y cómo estos elementos pueden influir en la calidad de los servicios de salud proporcionados.

Objetivo: Analizar las Condiciones de Trabajo del personal de Enfermería en Instituciones de Salud Públicas, en Michoacán, México.

Material y Métodos: Estudio de carácter cuantitativo, no experimental, transversal, prolectivo, descriptivo y diagnóstico. La variable estudiada fue Condiciones de Trabajo del personal de Enfermería. La población fueron 5112 personas y la muestra 335 profesionales.

Resultados: El 83% del personal de Enfermería encuestado tiene la Licenciatura de Enfermería, el 51% manifiestan sobrecarga de trabajo, el otro 51% dicen que faltan insumos para trabajar, el 66% consideran que hay sobrecarga física y mental en el trabajo, el 50% dicen tener inseguridad en el empleo y el 58% consideran que hay conflictos en el trabajo que tratan de solucionar, sin lograrlo.

Discusión: El 66% del personal manifiesta que sí hay sobrecarga de trabajo física y mental, lo que se asemeja a la investigación de Orcasitas A. y Ovalle L. cuyos resultados coinciden también con la sobrecarga de trabajo en un 50% de sus entrevistados.

Conclusiones: Los profesionales de Enfermería no están satisfechos con las Condiciones de Trabajo que tienen en la SSA, IMSS e ISSSTE. Convendría atender las carencias de insumos, la falta de personal y el salario, para poder garantizar la calidad de atención de los pacientes.

Palabras clave: Condiciones de trabajo, Enfermería, Personal, Salud.

Introducción

Para Peiró J.M y Prieto F.¹ las Condiciones de Trabajo (CT) son todos aquellos elementos que se sitúan en torno al trabajo, sin ser el trabajo mismo, con el conjunto de factores que lo envuelven, es decir, son los aspectos circunstanciales en los que se produce la actividad laboral tanto en los factores del entorno físico en el que se realiza, como en las circunstancias temporales en las que se da. De igual forma, para Saltos I. y Cols.² las CT se definen atendiendo a las tareas o actividades con las características del entorno laboral, misma que inciden directamente o no en los

resultados organizacionales y la calidad de atención.

Entonces, analizar las CT, del personal de enfermería resulta de vital importancia según Granero A. y Cols.³ ya que en los últimos decenios el desarrollo de la profesión de enfermería a seguido en el plano global, como en el local, un desarrollo paradójico: por una parte, ha ido mejorando sustancialmente la formación en competencias y en recursos materiales y tecnológicos para su desempeño profesional, mientras que, por otra parte, las CT se han hecho más duras, complejas y difíciles. Esto significa que mientras el personal de enfermería accede a

especializaciones de Posgrado con maestrías y doctorados, la dinámica del trabajo tiene efectos colaterales en la salud ocupacional del personal al mantenerse la sobrecarga de trabajo, la falta de personal, el déficit de tiempo para atender a los pacientes, el ausentismo, el estrés, la presión por terminar las tareas, la escases de insumos para el trabajo, lo que incide negativamente en la salud ocupacional del personal, con falta de reconocimiento a su labor y aumento de riesgos psicosociales asociados. Esto da idea de que la tendencia positiva de los profesionales de enfermería en su formación profesional se contrasta con la tendencia negativa de las CT.

De hecho, para Orozco O. y López M.⁴ los efectos indeseables de la CT corresponden principalmente a: accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, ausentismo, rotación del personal, clima organizacional negativo, etc. que se traduce en una disminución de la productividad de las instituciones y en un deterioro de la calidad de vida de los trabajadores. Es decir, las CT deficientes constituyen no solo un potencial riesgo psicosocial del personal de enfermería, sino también la baja en la calidad de la atención en los pacientes porque la CT incluyen variables como: infraestructura organizacional, características contractuales, insumos, organización del trabajo, exigencias de las tareas, actitud negativa, inseguridad física y falta de cuidados a la salud física, psíquica y social del trabajador.

Según Mahecha M. y León E.⁵ para el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) las CT actuales de enfermería son consecuencia de las mayores exigencias en los servicios clínicos, producto de las políticas financieras del sector salud, que repercuten en la calidad de vida, con mayor impacto en las mujeres, por su condición de "cuidadoras". De hecho, este grupo de cuidadoras

se caracteriza por estar bajo supervisión y control de jefes y autoridades, con remuneraciones bajas y un sistema de turnos de 8 a 12 horas rotativos con alargamientos frecuentes de la jornada por turnos extras o dobles turnos, lo que se refleja en altas cargas de trabajo físicas y psicológicas y con condiciones precarias de salud determinadas por sus Condiciones Laborales.

Así, para Zabalegui A.⁶ en Pereyra F. y Micha A. el ejercicio de enfermería es clave para la sociedad, porque este personal con base en sus conocimientos y experiencias proporcionan los cuidados necesarios para los procesos de promoción, recuperación y mantenimiento de la salud. Sin embargo, a diferencia de otras ocupaciones de cuidado, esta profesión tiene problemas típicos que marcan un nivel significativo de precariedad. Por ejemplo: bajos salarios, pluriempleo, estrés laboral y falta de equipamiento e infraestructura adecuados que señala la permanente exposición de este personal a los riesgos biológicos, químicos y físicos, con patologías osteomusculares y articulares producidos por los esfuerzos físicos que demandan las tareas, por la escases de enfermeras y por la sobrecarga laboral que conforman la disminución en la calidad de sus servicios.

Material y métodos

Estudio de carácter cuantitativo, no experimental, transversal, prolectivo, descriptivo y diagnóstico, cuyo propósito fue analizar las Condiciones de Trabajo del personal de Enfermería en Hospitales de salud públicas, en el estado de Michoacán, México.

La variable medida fue Condiciones de Trabajo que tiene dimensiones e indicadores como a continuación se explica. Las dimensiones fueron: Condiciones Individuales, Condiciones Intralaborales y Condiciones Extralaborales. Desde luego, cada

dimensión tiene sus indicadores. Por ejemplo, para la dimensión Condiciones Individuales se midieron: percepción de salud, nivel de formación profesional, motivación en el trabajo y autoconcepto. Para la dimensión Condiciones Intralaborales se midieron: ambiente laboral, carga de trabajo, insumos para el trabajo, organización del trabajo, carga física y mental, cantidad de trabajo que no se termina con el turno, riesgo laboral, limpieza del área de trabajo, agotamiento y cansancio, conflictos de trabajo y sueldo. En las Condiciones Extralaborales se midieron: calidad de vida, posesión de casa o departamento, formas de traslado de casa al trabajo y familiares discapacitados o desempleados. Además, se midió lo que más disgusta al personal de enfermería de las CT y cuáles serían las sugerencias que propone este personal para mejorar las CT en los hospitales de Michoacán.

El estudio se llevó a cabo en tres etapas: en la primera, se realizó un análisis del estado del arte de las Condiciones Laborales de enfermería; en la segunda, se reestructuró el instrumento de García J.C. y Cols.⁷ desarrollado en Bogotá, Colombia y validado mediante un juicio de expertos, con un total de 4 indicadores para Condiciones Individuales, 11 para Condiciones Intralaborales y 4 para Condiciones Extralaborales, además de dos preguntas abiertas. En total fueron 19 ítems para Condiciones Laborales.

En el caso de los datos sociodemográficos, se midió: edad, turno laboral, género, categoría laboral, servicio actual, años de servicio, dependencia institucional y Estado de la República donde se trabaja. Cada indicador generó un ítem con cuatro opciones de respuesta cerradas, estructuradas, tipo Likert. También en esta etapa se validó el instrumento con una Prueba Piloto de 100 profesionales de enfermería y un Criterio de Jueces. El universo fue de 7200 enfermeras

generales, especialistas y personal directivo de enfermería. La población fue de 5112 personas, de las cuales, fueron 2664 de la SSA, 1800 del IMSS y 648 del ISSSTE. La muestra aleatoria fue de 335 profesionales de Enfermería de los cuatro turnos de trabajo.

En el criterio de inclusión se tomó en cuenta al personal profesional de enfermería de los diferentes turnos de trabajo y de las instituciones públicas: SSA, IMSS e ISSSTE. En el criterio de exclusión, se tomó en cuenta a las Auxiliares de Enfermería y Camilleros, además de Instituciones privadas y Universitarias y en el criterio de eliminación al personal de Enfermería que estaría de vacaciones o de descanso en los días en que se aplicó la encuesta. En la tercera etapa para la recopilación de la información, se contactó a enfermeras (os) y se solicitó su participación voluntaria a través del Consentimiento Informado por correo electrónico para realizar la encuesta mediante la Plataforma Google Forms a los dispositivos telefónicos a cada profesional de Enfermería reportadas (os) como parte de la Federación Mexicana de Colegios de Enfermería.

Resultados

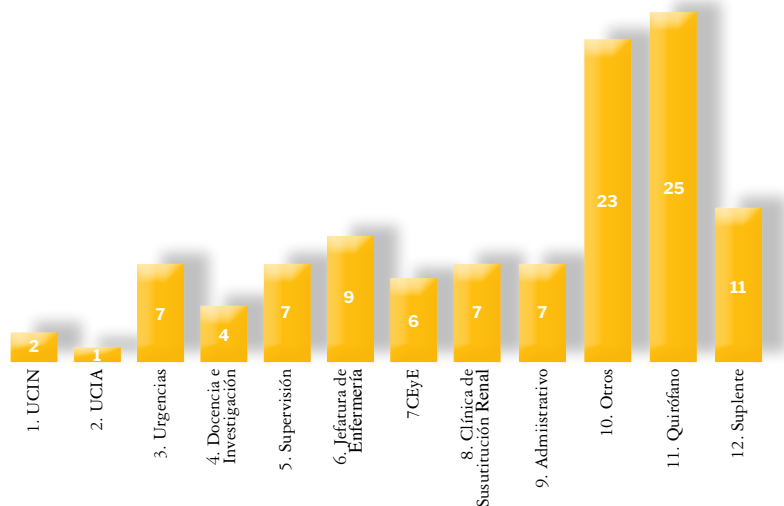
En relación con los Datos Sociodemográficos el 60% del personal de enfermería encuestado tienen entre 0 y 50 años de edad, el 48% trabajan en el turno matutino, el 89% son del género femenino, el 48% son enfermeras generales A, B o C, el 14% son especialistas y el 16% trabajan en la Consulta Externa, el 9% en Medicina Interna y el 4% en Pediatría y otros servicios (*Ver Grafica 1*).

En cuanto a las Condiciones Individuales el 41% del personal entrevistado manifestó estar bien de salud, el 83% tienen Licenciatura y Maestría, el 24% con Licenciatura y Especialidades y el 12% con Doctorado en diferentes ramas. De

igual forma, el 47% están muy motivadas (os) para trabajar dado que se realizan como personas y profesionales, el 51.50% consideran tener un

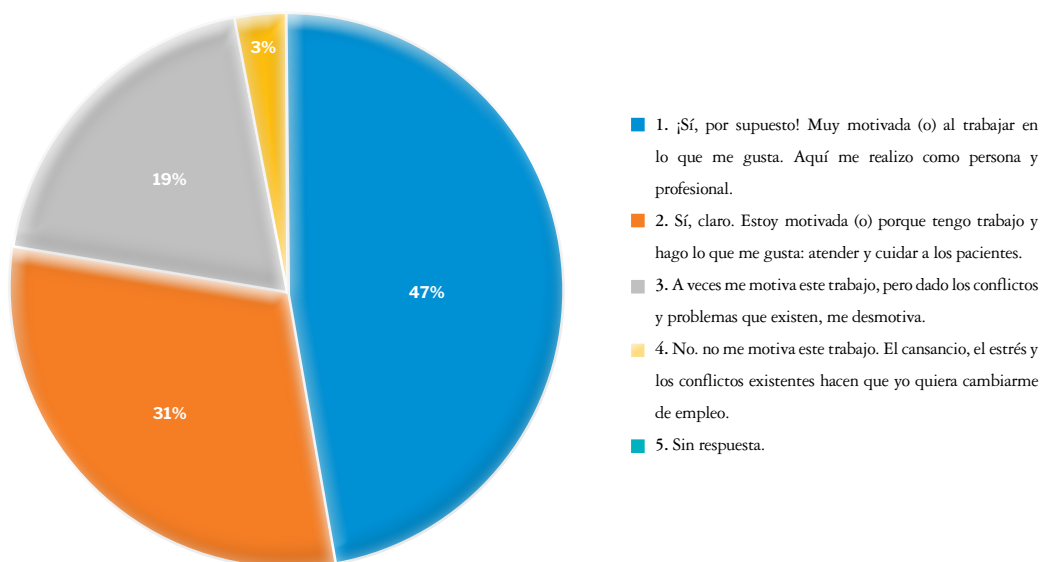
autoconcepto excelente de sí mismas que le permite proyectar seguridad responsabilidad y compromiso individual. (Gráfica 2).

Gráfica 1. Distribución del personal de enfermería acorde a los años de servicio, 2022.



Observaciones: El 25% del personal trabaja en quirófanos, el 11% es suplente de servicios, el 9% en la jefatura de enfermería, el 7% en urgencias, sustitución renal, administrativos y supervisión, el 6% en CEYE y el 23% en otros servicios.

Gráfica 2. Distribución acorde a la motivación del personal de enfermería en su trabajo, 2022.

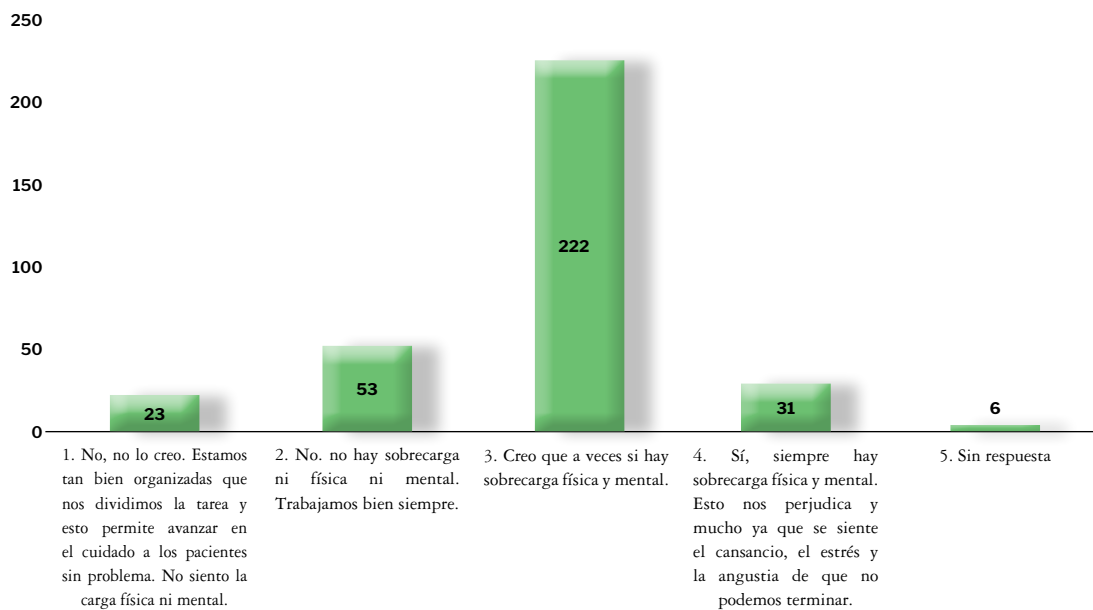


Observaciones: El 47% del personal están muy motivados porque trabajan en lo que les gusta, el 30% también lo están porque les gusta cuidar a los pacientes, el 19.5% a veces les motiva, pero dados los conflictos se desmotivan y para el 3% no les motiva el trabajo por el cansancio y estrés que les produce.

En relación a las Condiciones Intralaborales, el 47% del personal consideran tener un buen ambiente laboral porque el personal de enfermería se ayuda, el 51% piensan que si hay sobrecarga de trabajo y esto hace que no tengan tiempo para nada, el 51% creen que si faltan recursos e insumos para el trabajo, lo que genera contratiempos en la atención de los pacientes, el 54% creen que el

trabajo si está organizado, el 66% piensan que si hay sobrecarga de trabajo física y mental y el 23% del personal si tienen 2 trabajos porque con lo que ganan en uno no les alcanza para nada. Además, el 50% dicen que hay una mediana seguridad porque hay riesgos laborales en los Hospitales, dado que los equipos de protección que utilizan no son de buena calidad. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución de la carga física y mental del personal de enfermería en el trabajo, 2022.



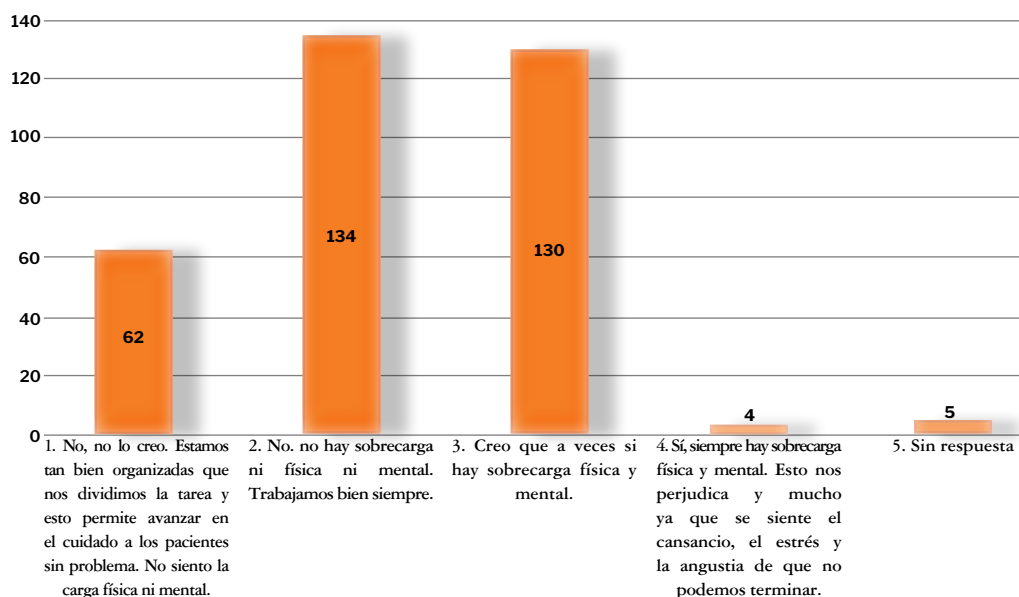
Observaciones: El 66% consideran que, si hay sobrecarga física y mental en el trabajo, el 7% manifiestan que no sienten la sobrecarga, el 16% piensan que n hay sobrecarga porque trabajan coordinadamente y para el 9% si hay sobrecarga lo que les perjudica mucho por el cansancio y el estrés que sienten.

De igual forma, el 58% del personal manifiesta que siempre está limpia su área de trabajo y procuran que así esté siempre, el 39% piensan que si tienen secuelas de cansancio y agotamiento, el 58% creen que a veces si resultan conflictos que ellas (os) tratan de solucionar por el bien de todos y el 37% consideran que el sueldo es de regular a malo, porque apenas les alcanza. (Gráfica 4).

En cuanto a las Condiciones Extralaborales

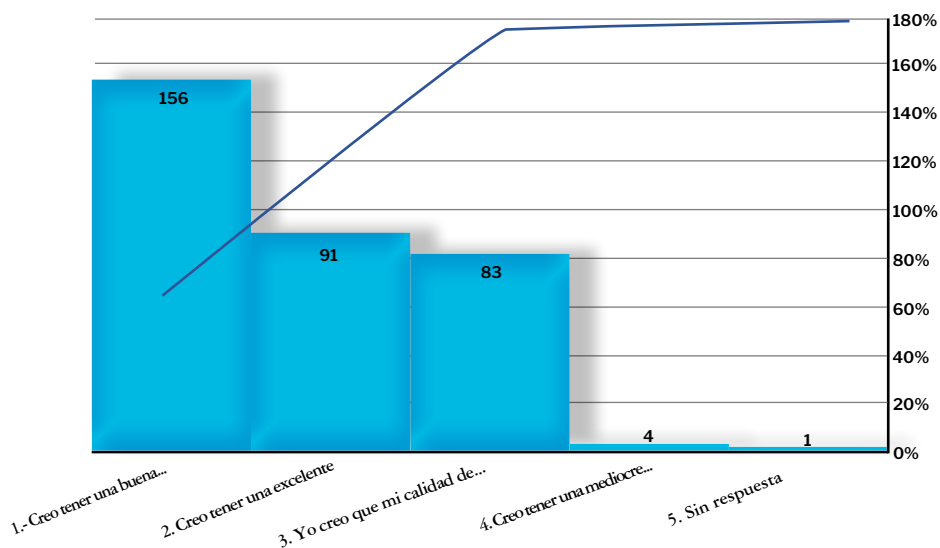
del personal de enfermería, el 46.50% consideran que su calidad de vida es buena, el 38% dicen que cuentan con casas o departamentos propios que disfrutan con su familia, el 58% afirman que el traslado de su casa al trabajo lo hacen en auto propio, aunque también el 17% utilizan el transporte público y el 38% no tienen familiares discapacitados, pero si desempleados, por lo que deben ayudarlos. (Gráfica 5).

Gráfica 4. Distribución del agotamiento y cansancio laboral del personal de enfermería, 2022.



Observaciones: El 40% dicen que no tienen agotamiento ni cansancio en las actividades que realizan, el 39% piensan que, si tienen señales de cansancio y agotamiento, el 18% se sienten bien en el trabajo porque cumplen con sus actividades y el 1.1% dicen que definitivamente están sumamente agotadas y cansadas y por eso faltan.

Gráfica 5. Distribución de la calidad de vida del personal de enfermería, 2022.



Observaciones: El 46.5% creen tener buena calidad de vida, el 27% dicen tener una excelente calidad de vida y el 25% creen que su calidad de vida apenas es regular y para el 1% creen tener una mediocre calidad de vida.

Por último, al realizar las preguntas abiertas sobre lo que más le disgusta al personal de enfermería de las Condiciones de Trabajo, contestaron que para el 26% faltan insumos y recursos para trabajar, para el 15% el problema es el salario, para el 13% es la falta de personal, para el 10% las injusticias y para el 8% el ambiente laboral. De igual forma, entre las propuestas sugeridas por el personal de enfermería para mejorar las CT, están: para el 21% contratar más personal de enfermería, para el 19% incrementar más la capacitación, para el 15% incrementar el salario y para el 7% tener mejor comunicación efectiva, entre otros.

Discusión

En los Datos Sociodemográficos el 60% del personal de enfermería encuestado tienen edades entre los 31 y 50 años de edad y el 89% fue personal femenino, lo que coincide con la investigación de Acevedo S. y Cols.⁸ realizada en Buenos Aires, donde el 65% de los encuestados tienen entre 18 y 45 años de edad y el 68% de la población también era del sexo femenino.

En relación con las Condiciones de Trabajo en lo que se refiere a Condiciones Individuales, el 51.1% del personal manifiesta claramente que son profesionales con una muy buena imagen de sí mismas (os) que proyectan seguridad y compromiso individual, lo que es similar a los resultados de investigación de Orcasita A.P. Y Ovalle L.⁹ realizada en Colombia donde el 100% respondió de manera afirmativa que también tienen una muy buena imagen de sí mismas, lo que da idea de que, en materia de autoconcepto, el personal de enfermería tiene un elevado concepto de sí mismas como profesionales de la salud.

En cuanto a las Condiciones Intralaborales, el 51% del personal de enfermería entrevistado,

manifiestan que sí hay cargas de trabajo y que no tienen tiempo para nada, lo que es semejante a la investigación realizada por Luengo C. y Sanhueza O.¹⁰ en diversos países de Latinoamérica como Brasil, Colombia y Cuba, en donde un 45% del personal de enfermería manifiesta que las CT en general, eran adversas. Ahora bien, el 36.3% de las enfermeras (os) en Estados Unidos y Canadá y el resto de Europa y Tanzania, manifiestan que las CT eran adversas y lo que presenta mayor proporción en orden decreciente fue: sobrecarga laboral, carencia de insumos o mala calidad de estos, salario insatisfactorio, número de profesionales de enfermería inadecuados, etc. Desde luego, todo esto produce gran insatisfacción laboral. De igual forma, para Aspiazó E.¹¹ también reportó que el 70% del personal de Enfermería afirma que hay deterioro en las CT en Argentina, por extensión de las jornadas de trabajo y la precarización de las mismas. De igual forma, en cuanto a sueldos, el 46% del personal de enfermería de Michoacán consideran que el sueldo es más o menos bueno, aunque para el 37% de ellas (os) dicen que apenas les alcanza para lo básico. Estos datos se contrastan con los de Mesa L. y Romero M.N.¹² que realizó una investigación en Colombia reportando que existe insatisfacción frente a las posibilidades que ofrece la remuneración ya que las enfermeras o los enfermeros encuentran que su salario es muy escaso para alcanzar los niveles de vida deseados, ya que no pueden cubrir las responsabilidades de vivienda, alimento y vestido, para ellos y sus familias. De la misma forma, para el 39% del personal de Michoacán manifiestan cansancio y agotamiento, lo que es similar a los resultados de Gómez W.H.¹³ en una investigación realizada en Sincelejo, Colombia, cuando dicen que las responsabilidades que asumen los profesionales de enfermería junto a las actuales Condiciones Laborales, ante las exigencias institucionales, han

generado un agotamiento físico y mental que se traduce en desgaste y cansancio, producto de las intensas jornadas laborales, no solo por los turnos ordinarios y la recarga de trabajo, sino porque dichos turnos o jornadas, se aumentan en dos o tres horas más, que se destinan para cumplir las tareas exigidas por la institución. Este cansancio y agotamiento que el personal de enfermería tiene, desplaza también su espacio y tiempos personales y hace que se pierda el reconocimiento de lo humano en el mundo laboral, ya que lo que importa, es el cumplimiento de la tarea por sobre los derechos del descanso, el ocio, la recreación y el disfrute familiar. Aunado a esto, por las cargas de trabajo excesivas hay enfermedades y renuncias por la insatisfacción laboral y la ausencia del bienestar en el trabajo. Ahora bien, en cuanto al riesgo laboral el 50% del personal de enfermería entrevistado, comentó que existe una mediana seguridad en los Hospitales, porque los equipos de protección personal no son de buena calidad, lo que aumenta los riesgos de enfermedades y contagios. Estos resultados son similares a los de Quintana M.O. y Cols.¹⁴ quienes entrevistaron a 170 enfermeras de la Secretaría de Salud del estado de Sonora, afirmando que para el 42.4% del personal los equipos de protección si fueron proporcionados de manera frecuente, aunque para el 35.9% rara vez o nunca estos equipos eran de buena calidad, lo que hace que para el 74.4% del personal tenía miedo de contagiarse al atender a los pacientes.

En relación con la Relaciones Extralaborales, el 46.50% del personal encuestado manifestó tener una buena calidad de vida con su familia, aunque para el 25% de ellas (os) consideran que su calidad de vida es apenas regular porque tienen necesidades no cubiertas. Contrario a estas aseveraciones, los 11 estudios desarrollados por Luengo C. y Sanhueza O. el 45% de las enfermeras de Latinoamérica y el 36.3% de Estados Unidos y

Canadá se pudo afirmar que las CT identificadas en general eran adversas por la sobrecarga de trabajo, la carencia de insumos, la poca claridad en las funciones, la falta de reconocimiento, la falta de capacitación, la falta de autonomía profesional y la deficiente participación organizacional, lo que repercute en la calidad de vida tanto, personal como laboral. De igual forma, para Leguizamón L.C. y Gómez V.¹⁵ en una investigación realizada en 91 enfermeras en Bogotá se pudo encontrar que para el 100% de este personal habían CT deficientes, por el hacinamiento, los gases, las condiciones ambientales peligrosas, por las cargas pesadas que deben levantar, por los accidentes de trabajo, por la falta de insumos y por el exceso de pacientes, etc, lo que determina la precariedad no solo en su trabajo, sino también en su calidad de vida.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería de la SSA, del IMSS e ISSSTE de Michoacán, no se encuentran satisfechos por las CT limitadas y adversas que tienen en sus Hospitales. Los principales aspectos negativos encontrados han sido: la sobrecarga de trabajo que tienen, la carencia de insumos, la existencia de sobrecarga física y mental que les perjudica porque les produce cansancio y estrés, la angustia de no poder terminar las tareas, los riesgos de contagio existentes porque los equipos de protección son de mala calidad, los conflictos derivados del trabajo por la falta del personal, el sueldo que no les alcanza para vivir dignamente y la falta de reconocimiento.

A pesar de lo anterior, el personal de enfermería cada día se motiva a seguir con sus tareas al procurar mantener su salud en un estado que le permita funcionar, estudian las especialidades de posgrado en la versión de Especialidades, Maestrías y Doctorados para estar

cumpliendo cabalmente con la actualización de conocimientos y destrezas para la atención de paciente, lo que les permite mantener un estatus, proyectar profesionalismo y coordinarse en el trabajo para hacer un ambiente laboral positivo y de colaboración. De igual forma, organiza su trabajo, mantiene siempre limpios y aseados a sus pacientes sin tomar en cuenta que, aunque las CT no siempre son buenas, ellas (os) hacen todo lo posible porque el cuidado se brinde con calidad. Es decir, a pesar de que las CT intralaborales son adversas, el personal de enfermería da lo mejor de sí para brindar una atención de calidad.

De hecho, al preguntarle a los profesionales de enfermería que es lo que más les disgusta de las CT ellas(os) reportaron estas deficiencias en orden decreciente: falta de insumos, falta de personal, salario, injusticias, falta de reconocimiento, ambiente laboral difícil, cansancio, estrés y riesgos. Asimismo, el personal de enfermería propone lo siguiente para mejorar las CT: Incrementar el personal de enfermería en la plantilla, dotar a los servicios de insumos, mejorar el salario que exista equidad y justicia en las cargas de trabajo, valorar y reconocer el trabajo de enfermería con estímulos, mayor capacitación y becas a todos los niveles, etc.

Hoy sabemos que en el contexto internacional se reconoce que el personal de enfermería es la pieza más importante del Sistema de Salud de cualquier país, sin embargo, no ocurre en el Sistema de Salud Nacional en México, dado que a pesar de que las enfermeras(os) realizan su mayor esfuerzo para brindar calidad de atención a los pacientes las CT siguen siendo deficientes e incluso, adversas para garantizar la salud de las propias enfermeras, no solo en el ámbito físico, sino también en el psicológico y social porque escasamente son valoradas y escasamente son reconocidas por el trabajo que desempeñan.

Con todo esto, el personal de enfermería debe sobrellevar en su interior no solo las angustias de sus pacientes y sus familiares, sino también los propios de su familia, sin importar el desgaste físico y mental y el cansancio que sobrepasa las capacidades de algunas de ellas(os).

Por lo anterior las(os) trabajadoras(os) del cuidado que son las enfermeras(os) requieren hoy más que nunca la valorización de las tareas que realizan, cuando valorizar significa promover su desarrollo y brindarles un trabajo decente con condiciones de salud y seguridad bien pagado. Esto que podría ser un desafío por la crisis que tiene el sector salud actualmente debido al aumento de las necesidades de salud de la población y las restricciones presupuestarias, constituye también un área de oportunidad para brindar mejores CT al personal de enfermería porque gracias al trabajo que este personal desarrolla diariamente, es como la población de pacientes y sus familias salen adelante en los servicios de salud.

Si bien hoy la enfermería exige mejores CT, también hoy deben ponerse en práctica todas las estrategias de gestión institucional que permitan corregir las omisiones de siempre, para subsanar las deficiencias desfavorables y lograr el bienestar de la única profesión que cuida al ser humano. Entonces, es necesario atender al personal de enfermería en sus exigencias para brindarles un trabajo decente con equidad, con condiciones de seguridad y de dignidad humana acorde a los convenios internacionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para que el personal de enfermería pueda brindar el cuidado especializado y de calidad que requieren los usuarios.

Referencias

1. Peiró J.M. y Prieto F. Tratado de psicología del trabajo Vol N.1: La actividad laboral en

- su contexto. Síntesis. Psicología. Madrid, 1996. En Acevedo S y Cols. Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de Atención Privada desde la perspectiva del trabajo Decente. Argentina de Salud Pública. Buenos Aires, 2012; 3 (12): 15-22. Disponible en: <https://cutt.ly/Eeeu6JJS>. Consultado el: 10 de marzo de 2023.
2. **Saltos I.** y Cols. Visibilización de Condiciones de Trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia. Eugenio Espejo. Quito, 2022; 16 (2): 113-156. Disponible en: <https://doi.org/10.37135/ee.04.14.15>. Consultado el: 11 de marzo de 2023.
 3. **Granero A.** y Cols. Condiciones laborales y significado del trabajo de enfermería en Barcelona. Latino Americana de Enfermería. Enfermagem. Barcelona, 2018; 20 (e2947): 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2342.2947>. Consultado el: 3 de marzo de 2023.
 4. **Orozco O.** y **López M.** Programa de Salud Ocupacional: Unidades tecnológicas de Santander. México, 2013; 44 (5). En Saltos I. y Cols. Visibilización de Condiciones de Trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de Pandemia. Eugenio Espejo. Quito, 2022; 11 (2): 153-158. Disponible en: <https://cutt.ly/Jeeit8tq>. Consultado el: 3 de marzo de 2023.
 5. **Mahecha M.** y **León E.** Condiciones de Salud-Trabajo de docentes profesionales de enfermería vinculados a programas de formación para auxiliares de enfermería en Tunja. Enfermería Global. Madrid, 2014; 13 (3): 148-159. Disponible en: <https://cutt.ly/6eeiykN7>. Consultado en: 12 de marzo de 2023.
 6. **Zabalegui A.** En **Pereyra F.** y **Micha A.** La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. Salud Colectiva. Buenos Aires, 2016; 12 (2): 221-223. Disponible en: <https://cutt.ly/VeeiuT0G>. Consultado el: 7 de marzo de 2023.
 7. **García J.C.** y Cols. Autoevaluación de Condiciones de Trabajo de enfermería en alta complejidad. Avances en Enfermería. Julio-Diciembre. Bogotá, 2011; XXIX N° 2: 331-334. Disponible en: <https://cutt.ly/yeeifeIv>. Consultado el: 10 de marzo de 2023.
 8. **Acevedo S.** y Cols. Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente. Argentina de Salud Pública. Buenos Aires, 2012; 3 (12):19. Disponible en: <https://cutt.ly/BeeimIOL>. Consultado el: 13 de abril de 2023.
 9. **Orcasita A.P.** Y **Ovalle L.** Condiciones laborales del personal de enfermería en una clínica de alta complejidad en Valledupar. Biociencias. Enero-Junio. Barranquilla, 2019; 14 (1): 83-98. Disponible en: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.1.5334>. Consultado el: 13 de abril de 2023.
 10. **Luengo C.** y **Sanhueza O.** Condiciones de trabajo y su relación con la calidad del cuidado y salud del profesional de Enfermería. Medicina y Seguridad del Trabajo. Santiago de Chile, 2016; 62 (248): 368-380. Disponible en: <https://cutt.ly/XeeiQJAZ>. Consultado el: 13 de abril de 2023.
 11. **Aspiazu E.** Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. Trabajo y Sociedad. No. 28. Buenos Aires, 2017: 1-32. Disponible en: <https://cutt.ly/KeeiRY6Y>. Consultado el: 13 de abril de 2023.
 12. **Mesa L.** y **Romero M.N.** Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Bogotá, 2010; 12 (2): 55-92. Disponible en: <https://cutt.ly/TeeiTjdc>. Consultado el: 13 de abril de 2023.

13. **Gómez W.H.** Condiciones de trabajo de enfermería en tiempos de COVID-19. Sincelejo, Sucre. Colombia. Horizontes de Enfermería. Sucre, 2022; 33 (2): 191-202. Disponible en: <https://cutt.ly/xeeiY3co>. Consultado el: 13 de abril de 2023.
14. **Quintana M.O. y Cols.** Percepción del contexto laboral de profesionales de enfermería del noroeste de México en tiempos de COVID-19. SANUS ISSN Investigación. México, 2020;(16):1-14. Disponible en: <https://cutt.ly/deeiUOOq>. Consultado el: 13 de abril de 2023.
15. **Leguizamón L.C. y Gómez V.** Condiciones laborales y de salud en enfermeras de Santafé de Bogotá. International Journal of Clinical and Health Psychology. Enero. Granada, 2002; 2(1); 173-182. Disponible en: <https://cutt.ly/LeeiI2ei>. Consultado el: 13 de abril de 2023.



Artículo original

Identification of advanced practice nursing competencies in professionals from specialized care clinics

Identificación de competencias de enfermería de práctica avanzada en profesionales de clínicas de cuidado especializado

José Antonio Cuellar Buendía  Wendy Melina Suasto Gómez  Laura Sofía Romero Cisneros 
María Adriana Chaparro Sánchez  Yohyotzin Edgar Tapia Juárez  Ma. Rosy Fabián Victoriano 

Abstract

Introduction: For the successful implementation of Advanced Practice Nursing (APN), it is necessary to identify and differentiate the professionals who possess this profile according to the competencies that characterize it, and then to carry out strategies aimed at enhancing and strengthening them

Objective: to identify the APN competencies of professionals working in Specialized Care Clinics of a Second Level Hospital in Mexico.

Material and methods: observational, descriptive, cross-sectional, prospective study. All nurses assigned to specialized care clinics (n=28) were included: infusion therapy, gerontogeriatrics, wounds and stomas, skin care and prevention of injuries associated with dependency, pain and palliative care, and renal replacement, to whom the Advanced Practice Nursing Competency Evaluation Instrument (APNCEI) was applied, which identifies APN competencies through 8 dimensions

Results: mean scores obtained for APN competencies: research and evidence-based practice ($\bar{x}=30.03$), clinical and professional leadership ($\bar{x}=14.92$), professional autonomy ($\bar{x}=32.57$), interprofessional relations and mentoring ($\bar{x}=26.03$), quality management ($\bar{x}=15.67$), care management ($\bar{x}=24.17$), teaching and professional education ($\bar{x}=17.85$), health promotion ($\bar{x}=15.17$).

Limitations of the study: There is no instrument adapted to the Mexican context that identifies APN competencies.

Originality: The authors declare that this is an original article.

Conclusions: This research represents an advance in the implementation of the APN since it allowed the identification of the advanced practice of the professionals who integrate the specialized care clinics.

Keywords: advanced nursing practice, competences, specialized care clinics.

Citación: Cuellar Buendía JA, Suasto Gómez WM, Romero Cisneros LS, Chaparro Sánchez MA, Tapia Juárez YE, Fabián Victoriano MR. Identificación de competencias de enfermería de práctica avanzada en profesionales de clínicas de cuidado especializado. Rev Enferm Neurol. 2023;22(3): pp. 254-265.

Correspondencia: José Antonio Cuellar Buendía
Email: ja.cuellar0309@gmail.com
Hospital General Dr. Manuel Gea González

Recibido: 22 junio 2023
Aceptado: 23 diciembre 2023



Resumen

Introducción: para la implementación exitosa de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), es necesario identificar y diferenciar a los profesionales que poseen este perfil acorde a las competencias que la caracterizan, luego, llevar a cabo estrategias dirigidas a potenciarlas y fortalecerlas.

Objetivo: identificar las competencias de EPA de los profesionales que laboran en Clínicas de Cuidado Especializado de un Hospital de Segundo Nivel en México.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Se incluyó a todas las enfermeras adscritas a las clínicas de cuidado especializado (n=28): terapia de infusión, gerontogeriatría, heridas y estomas, cuidado de la piel y prevención de lesiones asociadas a la dependencia, dolor y cuidados paliativos y reemplazo renal a quienes se les aplicó el Inventario para la Evaluación de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (IECEPA), que identifica competencias de EPA a través de 8 dimensiones.

Resultados: los puntajes medios obtenidos respecto a las competencias de EPA: investigación y práctica basada en la evidencia (\bar{x} =30.03), liderazgo clínico y profesional (\bar{x} =14.92), autonomía profesional (\bar{x} =32.57), relaciones interprofesionales y mentoría (\bar{x} =26.03), gestión de la calidad (\bar{x} =15.67), gestión de cuidados (\bar{x} =24.17), enseñanza y educación profesional (\bar{x} =17.85), promoción de la salud (\bar{x} =15.17).

Limitaciones del estudio: no existe un instrumento adaptado al contexto mexicano que identifique competencias de EPA.

Originalidad: los autores declaran que se trata de un artículo original.

Conclusiones: esta investigación representa un avance en la implementación de la EPA, pues permitió identificar la práctica avanzada de los profesionales que integran las clínicas de cuidado especializado.

Palabras clave: enfermería de práctica avanzada, competencias, clínicas de cuidado especializado.

Introducción

El aumento en la incidencia y prevalencia temprana de las enfermedades crónicas degenerativas, el envejecimiento progresivo de la población, la aparición de nuevas pandemias mundiales, el déficit de médicos, la falta de acceso y cobertura universal en salud, precisa que la profesión de enfermería se redefina, de forma constante a través de la generación de nuevos papeles basados en conocimientos con evidencia científica y práctica focalizada, mismos que garanticen la calidad y eficiencia

del cuidado, así como contribuir al acceso y cobertura universal en salud.^{1,2,3}

La EPA, surge en la década de los 70s en Canadá y Estados Unidos de Norteamérica, a través de dos figuras: Nurse Practitioner (NP) y Clinical Nurse Specialist (CNS). La NP posee competencias de valoración, diagnóstico y tratamiento; se encarga de la atención directa del paciente, mientras que la CNS tiene conocimiento a profundidad de un área especializada de enfermería; aparte de la atención del paciente, se hace cargo de la capacitación del personal de enfermería en cuanto a la calidad de los cuidados; posee competencias de liderazgo y

práctica basada en evidencia. Ambas surgen en estos países debido al déficit de médicos y la falta de acceso y cobertura de los servicios de salud, estas enfermeras eran las encargadas de brindar atención primaria en salud con efectividad, seguridad y calidad.^{4,5,6}

El rol de las EPA está sustentado en los modelos de cambio de tareas o *task shifting* y de combinación de habilidades o *skill mix*. En el cambio de tareas es un proceso mediante el cual las tareas se trasladan, permite reorganizar la fuerza de trabajo y hacer más eficiente el uso de los recursos humanos; se aplica en el contexto de la atención a la salud como respuesta a la escasez de profesionales de salud.

En el ámbito de cambio de tareas, las EPA realizarían ciertos deberes del médico en la atención primaria de salud, de igual forma, otras actividades que incluirían el diagnóstico y tratamiento; siempre desde un modelo de atención de enfermería: preventivo, holístico, de promoción y centrado en el paciente.

El concepto de combinación de habilidades, puede clasificarse en sustitución y diversificación. La sustitución se refiere al reemplazo de un profesional por otro para aumentar la eficiencia, mejorar los resultados y reducir los costos. La diversificación consiste en introducir nuevos grupos profesionales para ampliar el rango de habilidades que pueden ser provistas.⁷

Ahora, por lo menos 38 países han introducido los papeles de EPA, en especial, los de ingresos altos tales como: Australia, Bélgica, Canadá, Chipre, Estados Unidos de Norteamérica, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Polonia, el Reino Unido y la República Checa, en ellos las EPA han logrado contribuir considerablemente al desarrollo y funcionamiento de los sistemas de salud, mejorar la accesibilidad a los servicios de atención primaria y reducir los costos de la atención en salud.^{8,9}

La *Canadian Nurses Association* (CNA), define la EPA como un término genérico que describe un nivel avanzado de práctica clínica enfermera, la cual maximiza la utilización de la preparación educativa de posgrado con un profundo conocimiento y experiencia en atender las necesidades de salud de individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones. Para la CNA las EPA, poseen la formación, experiencia clínica, habilidades de liderazgo y comprensión de las organizaciones, tienen un papel importante en la política sanitaria y toman decisiones que afectan los resultados de salud del paciente y del sistema.¹⁰

Por su parte, la OPS/OMS, considera a la EPA como una profesional con formación de posgrado que, integrada al equipo interprofesional de los servicios de primer nivel de atención de salud, contribuye a la gestión de los cuidados de pacientes/usuarios con enfermedades agudas leves y trastornos crónicos diagnosticados, bajo las directrices de protocolos o guías clínicas. El ejercicio profesional ampliado se diferencia del que desempeña la enfermera de primer nivel de atención por el grado de autonomía en la toma de decisiones, incluye el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del paciente.⁷

La EPA posee las siguientes competencias básicas:

- a. **Experiencia en la práctica clínica:** implica las competencias de consultor, colaborador, comunicador, uso de pensamiento crítico y habilidades avanzadas de valoración, intervención y evaluación, así como capacidad de toma de decisiones éticas y utilización de herramientas de liderazgo. Lo precedente, está dado por la especialidad y el desarrollo de conocimientos en áreas, como: diagnóstico y tratamiento, recurriendo a métodos diversos que con frecuencia no son utilizados por las enfermeras, a modo de ejemplo el examen físico, indica la realización de pruebas

- diagnósticas e interpretación; planea y administra episodios completos de cuidados; trabaja en equipo, delega y resuelve de forma apropiada para optimizar los resultados en salud y el uso de recursos.
- b. **Educador:** con las competencias de educación, mentor y modelo del rol.
 - c. **Investigación:** capacidad para la monitorización y mejora de la calidad de los cuidados y efectividad de su propia práctica; evaluación y selección de la mejor evidencia en la literatura y translación a la práctica. De igual modo, puede realizar sus propias investigaciones y difusión en revistas científicas.
 - d. **Desarrollo profesional propio y organizacional:** incluye las competencias de agente de cambio y liderazgo, genera sistemas de gobernanza, implementa protocolos basados en evidencia, optimiza procesos, políticas y guías clínicas; incluye las competencias de administración; desarrollo e implementación de políticas, toma de decisiones e innovaciones en la práctica.^{7,11}

En la Región de las Américas, el papel de la EPA está implementándose, se cree que la EPA puede desempeñar una función crucial en el avance de la atención primaria en salud; promoción de salud, prevención de enfermedades, control adecuado de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, atención sobre todo en zonas rurales y subatendidas, logrando así el acceso y cobertura universal en salud.

Jamaica, país con más experiencia, al introducir el rol de la NP de familia, pediatría y salud mental/psiquiatría como respuesta a la falta de médicos en las zonas rurales y los escasos servicios de salud en las comunidades desde 1977.

En México, 2017 la Secretaría de Salud integró grupos de trabajo compuestos por

líderes y expertos nacionales e internacionales de diversas instituciones y dependencias; Secretaría de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma Metropolitana y la Organización Panamericana de la Salud, para diseñar una estrategia que a través de la optimización y distribución de las funciones de enfermería, contribuya a la solución de la problemática originada por la desigualdad en cobertura y el acceso efectivo a los servicios de salud, el desequilibrio entre la carga de enfermedades crónicas no transmisibles y la insuficiente respuesta del sistema de salud.

Esta estrategia integral, consiste en la ampliación del rol de enfermería en el primer nivel de atención, con la finalidad de establecer una política de formación de recursos humanos y la incorporación de este nuevo rol en el sistema mexicano de salud. Pretende que los recursos humanos en salud se desplieguen a la comunidad activamente, dirigidos a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención temprana e intervención oportuna para prevenir complicaciones.

El equipo de trabajo consensó, la necesidad de crear dos nuevos perfiles laborales de enfermería en México; la enfermería con rol ampliado (ERA) y la enfermería de práctica avanzada (EPA). La ERA se refiere a la inserción en el primer nivel de atención de aquellos recursos humanos que cumplan los requisitos profesionales y laborales donde a través de esquemas robustos de capacitación, definición de ámbitos de competencia interprofesional, entre otros recursos y apoyos, le permiten adquirir un rol avanzado, con mayor autonomía y participación notable dentro del equipo de salud. La EPA estará integrada por profesionales con nivel mínimo de maestría profesionalizante, desarrollo de experiencia profesional en el campo clínico, poseer

un rango de conocimientos científicos, habilidades, principios éticos y valores, que legitimen su autonomía para innovación y mejora de cuidado, contarán; también, con una serie de opciones de especialización vinculadas a las necesidades de la población.

Del mismo modo, se desarrolla el marco mexicano de competencias, que define el ámbito de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la ampliación del rol de enfermería en México, con una perspectiva del cuidado integral de la persona, familia o comunidad, de tal forma, que se optimicen las capacidades totales del personal de enfermería para fortalecer los esfuerzos del sistema de salud y contribuir al logro del acceso y cobertura universal en salud, priorizando, el primer nivel de atención en México.¹²

Acorde a lo precedente, el Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México, busca implementar un modelo de enfermería de práctica avanzada en sus 6 clínicas de cuidado especializado: 1. Terapia de infusión, 2. Cuidado de la piel y prevención de lesiones asociadas a la dependencia, 3. Gerontogeriatría, 4. Reemplazo renal, 5. Heridas y estomas y 6. Dolor y cuidados paliativos, e integrarlas en un Centro de Enfermería de Práctica Avanzada (CEPA) para garantizar el acceso y cobertura en salud a todos sus usuarios. De este modo, las EPA brindarán cuidado especializado de manera oportuna, educación y promoción a la salud, dirigidos a la prevención de complicaciones.

Dichas clínicas especializadas, están integradas y lideradas por profesionales de enfermería que brindan cuidado integral, con un gran sentido humanístico a la persona y su familia, en el ámbito ambulatorio y hospitalario acorde a su área de especialización,

al utilizar los recursos tecnológicos, insumos e infraestructura con las que cuenta el hospital.

Sin embargo, para tal fin, resulta imprescindible comenzar por identificar en qué medida los profesionales que integran estas clínicas, poseen competencias de EPA. Esto, permitirá diferenciar la práctica de enfermería a través de los diferentes roles, distinguir a los profesionales que ejercen la práctica avanzada y conocer las competencias que poseen.^{13,14,15} Aparte de llevar a cabo intervenciones específicas para fortalecerlas o potenciarlas.

Para tal fin, empleamos el instrumento que Sastre¹⁷ diseñó y validó en el 2016; Inventario para la Evaluación de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (IECEPA). Este instrumento, además de servir para la evaluación/identificación de las competencias básicas de enfermería de práctica avanzada, puede servir para gestionar la selección y educación de enfermeras de práctica avanzada, para desarrollar el rol de enfermería de práctica avanzada en organizaciones de atención médica o para formalizar niveles de práctica avanzada no reconocidos en algunos entornos.

Objetivo

Identificar las competencias de enfermería de práctica avanzada en profesionales que laboran en clínicas de cuidado especializado.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia; se incluyó a todos los profesionales de enfermería adscritos a las clínicas de cuidado especializado: terapia de infusión, cuidado

de la piel y prevención de lesiones asociadas a la dependencia, gerontogeriatría, reemplazo renal, heridas y estomas y dolor y cuidados paliativos (n=28) del Hospital General Dr. Manuel Gea González, de ambos sexos, de base y eventuales, de los cuatro turnos de labores (matutino, vespertino, nocturno A y nocturno B), que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado y el aviso de privacidad, se excluyó a todos aquellos que se encontraban de vacaciones, descanso o por cualquier otra causa no estar en el hospital al momento de recolectar la información. Se les aplicó el Inventario para la Evaluación de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (IECEPA); evalúa las competencias de EPA a través de 8 dimensiones: investigación práctica basada en la evidencia, liderazgo clínico y profesional, autonomía profesional, relaciones interprofesionales y mentoría, gestión de la calidad, gestión de cuidados, enseñanza y educación profesional y promoción de la salud, la confiabilidad global es de 0.96 por coeficiente α de Cronbach, es un instrumento de autoevaluación, utiliza una escala de Likert de cinco puntos, va desde "*nunca*" hasta "*siempre*", integrado por 44 ítems.

Luego se hizo el análisis de los datos obtenidos mediante estadística descriptiva a través del programa SPSS versión 25. Se analizaron las variables sociodemográficas de los profesionales encuestados: edad, sexo, grado académico, turno, puesto laboral, antigüedad laboral, área de especialización y clínica especializada a la que pertenecían, a continuación, se estimaron las competencias de EPA mediante puntajes medios para determinar las competencias más y menos desarrolladas, se analizaron también las competencias por clínica especializada para determinar cuál era

la clínica con más competencias de EPA, en seguida se separó la muestra en 2 grupos: 1-15 años y 16-30 años de antigüedad laboral para estimar sus competencias de EPA, por último, se analizaron las competencias de EPA de acuerdo al nivel académico dividiendo la muestra en 2 grupos: posgrado/maestría y técnico/licenciatura. Es pertinente resaltar, que este instrumento no posee punto de corte, en consecuencia, las competencias se estimaron mediante puntuaciones medias; a mayor puntaje, mayor competencia y viceversa.

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González número de registro: 42-99-2022. Todos los procedimientos cumplieron con lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud vigente. Se informó a los participantes las implicaciones del estudio mediante consentimiento informado. Todos los datos están protegidos mediante aviso de privacidad.

Resultados

Se recolectó información de 28 profesionales, con una media de edad 35,7 años (DE: 7,39 [DE: desviación estándar]). La media de años de experiencia laboral 14 (DE:8,56). Con respecto al sexo, 78,6 % mujeres y 21,4 % hombres. El 57,1 % de estos profesionales pertenecen al turno matutino, 17,9 % turno nocturno, 14,3 % turno vespertino y 10,7 % turno especial.

En relación con el nivel académico, 35,7 % tiene licenciatura como nivel máximo de estudios, 28,6 % maestría, 21,4 % posgrado/especialidad y 14,3 % técnicos en enfermería.

Entre tanto al área de especialización de estos profesionales, 25 % tiene especialidad/ maestría/diplomado en heridas y estomas, 10,7 % especialidad en nefrología, 7,1 % en cuidados paliativos, 7,1 % geriatría, 3,6 % salud mental, 3,6 % en cuidados críticos, 21,4 % diplomado en terapia de infusión y 21,4 % no cuenta con ningún tipo de especialización (tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la muestra (n=28)

	Media (DE)
Edad (años)	35,71 (7,39)
Experiencia laboral (años)	14,04 (8,56)
	% (#)
Sexo	
Mujer	78, (22)
Hombre	21,4 (6)
Total	28
Turno	
Matutino	57,1 (16)
Vespertino	14,3 (4)
Nocturno	17,9 (5)
Especial	10,7 (3)
Total	28
Clínica especializada	
Terapia de infusión	21 (6)
Dolor y cuidados paliativos	7 (2)
Gerontogeriatría	7 (2)
Cuidado de la piel y prevención de lesiones por dependencia	29 (8)
Heridas y estomas	7 (2)
Reemplazo renal	29 (8)
Total	28
Nivel académico	
Técnico	14,3 (4)
Licenciatura	35,7 (10)
Especialidad/posgrado	21,4 (6)
Maestría	28,6 (8)
Total	28
Áreas de especialización	
Terapia de infusión	21,4 (6)
Heridas y estomas	25 (7)
Geriatría/gerontología	7,1 (2)
Nefrología	10,7 (3)
Cuidados críticos	3,6 (1)
Cuidados paliativos/tanatología	7,1 (2)
Docencia	3,6 (1)
Ninguna	21,4 (6)
Total	28

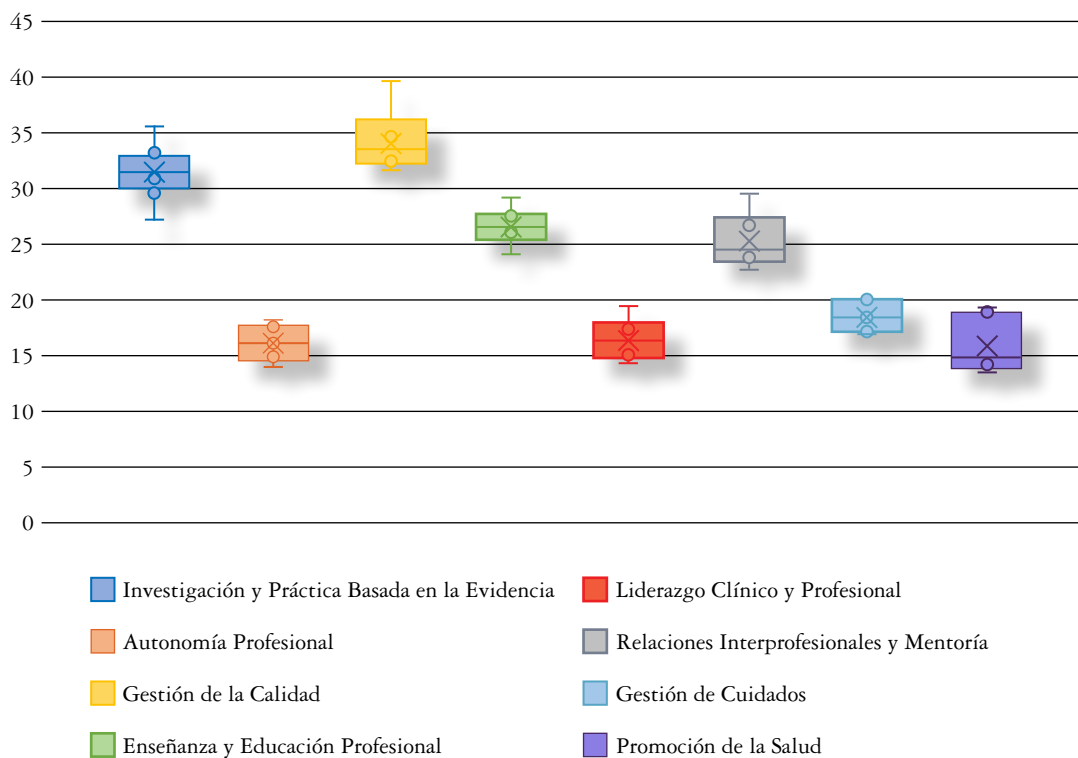
*DE: desviación estándar

En cuanto a las competencias de EPA, autonomía profesional (media= 32,57) e investigación y práctica basada en evidencia (media=30,03) fueron las competencias más desarrolladas, liderazgo clínico y profesional (media=14,92) y promoción de la salud (media=15,17) las menos desarrolladas (tabla 2) (figura 1).

Tabla 2. Puntuaciones medias de las competencias de enfermería de práctica avanzada de los profesionales de clínicas de cuidado especializado

	Investigación y práctica basada en evidencia	Liderazgo clínico y profesional	Autonomía profesional	Relaciones interprofesionales y mentoría	Gestión de la calidad	Gestión de cuidados	Enseñanza y educación profesional	Promoción de la salud
	n=28	n=28	n=28	n=28	n=28	n=28	n=28	n=28
Media	30,03	14,92	32,57	26,03	15,67	24,17	17,85	15,17
Mediana	32	16	34	27	16	24	19	15,5

Figura 1. Puntajes medios de las competencias de enfermería de práctica avanzada de los profesionales de clínicas de cuidado especializado



La clínica de cuidado especializado con más competencias de EPA, dolor y cuidados paliativos: investigación y práctica basada en la evidencia (media=36), liderazgo clínico y profesional (media=17,50), autonomía profesional (39,50),

relaciones interprofesionales y mentoría (media=29), gestión de la calidad (media=19), gestión de cuidados (media=29, 50), enseñanza y educación profesional (media=20), promoción de la salud (media=19) (tabla 3).

Tabla 3. Puntuaciones medias de competencias de enfermería de práctica avanzada por clínica de Cuidado Especializado

	n	Investigación y práctica basada en evidencia	Liderazgo clínico y profesional	Autonomía profesional	Relaciones interprofesionales y mentoría	Gestión de la calidad	Gestión de cuidados	Enseñanza y educación profesional	Promoción de la salud
		\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
Terapia de infusión	6	31,66	16,33	32,66	26,33	17,66	25	18	14,83
Dolor y cuidados paliativos	2	36	17,5	39,5	29	19	29,5	20	19
Gerontogeriatría	2	33	18	35	27,5	17,5	27	20	19,5
Heridas y estomas	2	29,5	16	35,5	23,5	15	24,5	17	13,5
Cuidado de la piel y prevención de lesiones relacionadas a la dependencia	8	27,5	14,75	31,5	26,37	15,12	22,75	16,75	14,25
Reemplazo renal	7	31	13,57	32,71	26,84	14,14	24	18,42	14,85

En el nivel académico, el personal que tenía posgrado y maestría (n=14) presentó puntajes medios más altos en la mayoría de las competencias de EPA: investigación y práctica basada en la evidencia (30,42), autonomía profesional (33,50), gestión de cuidados (24,85), enseñanza y educación profesional (18,21), promoción de

la salud (15,57) con respecto al personal que tiene un nivel técnico y licenciatura(n=14): investigación y práctica basada en la evidencia (29,64), autonomía profesional (31,64), gestión de cuidados (23,50), enseñanza y educación profesional (17,50), promoción de la salud (14,78) (tabla 4).

Tabla 4. Puntuaciones medias de competencias de enfermería de práctica avanzada por nivel académico

Nivel académico	n	Investigación y práctica basada en evidencia		Liderazgo clínico y profesional		Autonomía profesional		Relaciones interprofesionales y mentoría		Gestión de la calidad		Gestión de cuidados		Enseñanza y educación profesional		Promoción de la salud	
		\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Técnico/ licenciatura	14	29,64	6,89	15,42	3,89	31,64	5,69	26,21	3,37	15,85	3,27	23,5	3,13	17,5	2,17	14,78	2,99
Posgrado/ maestría	14	30,42	6,46	14,42	5,15	35,5	7,26	25,85	4,24	15,5	3,95	24,85	4,43	18,21	2,77	15,57	3,75

En la experiencia profesional, el personal que tenía entre 1 y 15 años de ejercicio de la enfermería (n=18) presentó los puntajes más altos en las diferentes dimensiones: investigación y práctica basada en la evidencia (media=32,38), liderazgo clínico y profesional (media=15,94), autonomía profesional (media=34,44), relaciones interprofesionales y mentoría (media=27,38), gestión de la calidad (16. 55), gestión de cuidados (media=25,33), enseñanza y educación profesional (media=18,72), promoción de la

salud (media=16,11) con respecto al personal que tiene entre 16 y 30 años de ejercicio de la enfermería (n=10): investigación y práctica basada en la evidencia (media=25,80), liderazgo clínico y profesional (media=13,10), autonomía profesional (media=29,20), relaciones interprofesionales y mentoría (media=23,60), gestión de la calidad (media=14,10), gestión de cuidados (media=22,10), enseñanza y educación profesional (media=16,30), promoción de la salud (media=13,50) (tabla 5).

Tabla 5. Puntuaciones medias de competencias de enfermería de práctica avanzada por años de experiencia laboral

Años de experiencia laboral	n	Investigación y práctica basada en evidencia		Liderazgo clínico y profesional		Autonomía profesional		Relaciones interprofesionales y mentoría		Gestión de la calidad		Gestión de cuidados		Enseñanza y educación profesional		Promoción de la salud	
		\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE
1-15 años	18	32,38	4,97	15,94	4,26	34,44	5,56	27,38	3,14	16,55	3,58	25,33	3,86	18,72	1,84	16,11	2,92
16-30 años	10	25,8	7,19	13,1	4,58	29,2	6,89	23,6	3,68	14,1	3,1	22,1	2,88	16,3	2,79	13,5	3,56

Discusión

A lo largo de los años, en varios países se han identificado y diferenciado los perfiles de la EPA a través de diversos instrumentos de medición¹⁷, tal es el caso de los trabajos de Gardner¹³ *et al*, Mick y Ackerman¹⁴ en los que se identificaron las principales actividades de la EPA y diferenciaron el rol de las EPA respectivamente. Con nuestro artículo identificamos en qué medida las enfermeras encuestadas llevan a cabo las actividades de EPA, aparte, permitirá reconocerlas a través de este perfil.

Por otro lado, con este análisis, tal como el de Bautista¹⁵ en donde las enfermeras con mayor nivel académico (maestría/especialidad/doctorado)

obtuvieron mayores puntajes medios en cada dimensión; investigación y práctica basada en la evidencia (21.5) liderazgo clínico y profesional (12.5), autonomía profesional (25), relaciones interprofesionales y mentoría (22.3), gestión de la calidad (13.4), gestión del cuidado (19.8); docencia y educación profesional (17.5) y promoción de la salud (14.1), en comparación con aquellas con diplomado/licenciatura; investigación y práctica basada en la evidencia (20.3) liderazgo clínico y profesional (9.9), autonomía profesional (25.7), relaciones interprofesionales y mentoría (21.8), gestión de la calidad (12), gestión del cuidado (19.4); docencia y educación profesional (16.4) y promoción de la salud (13.6). En nuestro grupo de estudio las enfermeras con mayor nivel académico

(maestría/especialidad) obtuvieron los puntajes más altos: investigación y práctica basada en la evidencia (30,42), liderazgo clínico y profesional (15,42), autonomía profesional (33,50), relaciones interprofesionales y mentoría (26,21), gestión de la calidad (15,85), gestión de cuidados (24,85), enseñanza y educación profesional (18,21), promoción de la salud (15,57) con respecto al personal que tiene un nivel técnico y licenciatura (14): investigación y práctica basada en la evidencia (29,64), liderazgo clínico y profesional (14,42), autonomía profesional (31,64), relaciones interprofesionales y mentoría (25,85), gestión de la calidad (15,50), gestión de cuidados (23,50), enseñanza y educación profesional (17,50), promoción de la salud (14,78).

Conclusión

Esta investigación representa un avance para la implementación de la EPA en nuestra institución, pues permitió en primera instancia conocer en qué medida los profesionales que integran las clínicas de cuidado especializado poseen competencias de EPA. De igual forma, podremos planear y llevar a cabo estrategias encaminadas a fortalecer y potenciar todas sus competencias, conformar el primer CEPA en México, ser un referente nacional y aumentar la información existente de la EPA en América Latina.

Conforme a los hallazgos encontrados, no todos los profesionales de estas clínicas son EPA, ya que para ejercer este rol, el CIE recomienda como nivel académico el posgrado/maestría,¹⁸ en consecuencia, resulta indispensable fortalecerlas con profesionales de enfermería que posean el nivel académico, experiencia profesional y competencias precisas con el fin de permitirles desarrollar la EPA. Conforme a lo anterior, en futuras investigaciones se podrá medir el impacto

que tienen estas enfermeras en el paciente, su familia, institución y sistema de salud.

Las enfermeras con mayor nivel académico resultaron poseer más competencias de EPA; no obstante, a pesar de que la experiencia profesional es un componente importante de la EPA, las enfermeras con más años de ejercicio profesional no resultaron poseer más competencias que las enfermeras con menor experiencia.

Del mismo modo, es clave hacer mención que el instrumento de evaluación empleado para este estudio es válido y confiable; sin embargo, una de las dificultades enfrentadas es, a pesar de que en México contamos con un marco de competencias, no existe un instrumento validado o adaptado al contexto mexicano que identifique competencias de EPA, por tanto, es primordial el diseño y validación de un instrumento que cumpla este objetivo.

Referencias

1. **Naranjo Y, Concepción JA.** Definición e historia de la enfermería de práctica avanzada. *Rev Cubana Enfermer* [Internet] 2018 [citado: 1 junio 2023];34(1). Disponible en: <https://cutt.ly/hw2S4Enz>.
2. **González E, Vázquez RE, Arreola S, Mijangos KI.** Enfermería de práctica avanzada: la clave para mejorar el sistema de salud en México. *Enferm Activa* [Internet] 2020 [citado: 1 junio 2023];6(18): 6-32. Disponible en: <https://cutt.ly/Sw2S73pg>
3. **Schober M.** Development of advanced practice nursing (APN): the international context. *Enferm Clin* [Internet] 2019 [citado: 1 junio 2023];29(2):63-6. DOI: [10.1016/j.enfcle.2018.08.006](https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.08.006)
4. **San Martín L.** Práctica avanzada en enfermería y nuevos modelos de organización

- sanitaria. *Enferm Clin* [Internet] 2016 [citado: 1 junio 2023];26(3): 155-7. DOI: [10.1016/j.enfcli.2016.04.007](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.04.007)
5. **Cassiani S, López S, Rosales LK.** Fortaleciendo competencias a nivel curricular para facilitar la implementación de enfermería de práctica avanzada en América Latina. *Enferm Univ* [Internet] 2016 [citado: 1 junio 2023];13(4):199-200. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.003>
 6. **Morán L.** La enfermería de práctica avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enferm Univ* [Internet] 2017 [citado: 1 junio 2023];14(4):219- 23. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.09.004>
 7. **Organización Panamericana de la Salud.** Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, DC.: OPS; [Internet] 2018 [citado: 1 junio 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275320037>
 8. **Galiana T, Gómez J, García JJ, Fernández D.** Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: revisión sistemática. *Rev Esp Sal Púb.* [Internet] 2018 [citado: 1 junio 2023];92:1-20. <https://cutt.ly/Yw2DrGbb>
 9. **Bryant D, et al.** Enfermería con práctica avanzada: una estrategia para lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2017 [citado el 1 de junio de 2023]; 25: 1- 11. DOI: [10.1590/1518-8345.1677.2826](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826)
 10. **Comellas M.** Construcción de la enfermera de práctica avanzada en Catalunya (España). *Rev Bras Enferm* [Internet] 2016 [citado: 1 junio 2023];69(5):991-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690507>
 11. **Sastre P.** Concenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin* [Internet] 2015 [citado: 1 junio 2023]; 25(5): 267-75. DOI: [10.1016/j.enfcli.2015.06.007](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007)
 12. **Leija C, Olivera H, Acuña MC, Zárate RA, Choperena DG, et al.** Estrategia integral para la ampliación del rol de enfermería en la atención primaria de salud. *Enferm Univ* [Internet] 2020 [citado: 1 junio 2023];17(2):243-57. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.892>
 13. **Gardner G, Duffield C, Doubrovsky A, Adams M.** Identifying advanced practice: a national survey of a nursing workforce. *Intern J Nurs Studies.* [Internet] 2016 [citado: 1 junio 2023];55: 60-70. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.001)
 14. **Mick DJ, Ackerman MH.** Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: application of the strong model of advanced practice. *Heart Lung* [Internet] 2000 [citado: 1 junio 2023];29(3): 210-21. DOI: [10.1067/mhl.2000.106936](https://doi.org/10.1067/mhl.2000.106936)
 15. **Bautista MC.** Tesis doctoral: evaluación de las competencias de enfermería de práctica avanzada en la plantilla de enfermería de un hospital público de la comunidad de Madrid. Madrid, España. Universidad Autónoma de Madrid. [Internet] 2021 [citado el 1 de junio de 2023]: p.1-72. Disponible en: <https://cutt.ly/yw2Dp2Oe>
 16. **Sastre P.** Advanced practice nursing competency assessment instrument (APNCAI): clinimetric validation. *BMJ Open* [Internet] 2017 [citado: 1 junio 2023]; 7:1-9. DOI: [10.1136/bmjopen-2016-013659](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013659)
 17. **Sevilla S, Zabalegui A.** Instrumentos de análisis para el desempeño de la enfermera de práctica avanzada. *Enferm Clín* [Internet] 2019 [citado: 1 junio 2023];29(2):90-8. DOI: [10.1016/j.enfcli.2017.10.002](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.002)
 18. **Nursing Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery.** Framework for the establishment of advanced nurse practitioner and advanced midwife practitioner posts. 4th Edition. [Internet] 2008 [citado: 1 junio 2023]:1-15. Disponible en: <https://cutt.ly/Jw2DszMM>



Estudio de caso

Nursing interventions for a post-operative meningioma patient based on the self-care model

Intervenciones de enfermería a persona post operada de meningioma sustentadas en el modelo del autocuidado

Zahid Andrés Sánchez Vázquez



María Verónica Balcázar Martínez



Abstract

Introduction: Case study addressing the neurological sequelae developed in a person post-operated from a recurrent meningioma resection, for whom self-care plans with a focus on neurological care were implemented.

Objective: To elaborate a case study of the post-operated patient with neurological sequelae through the implementation of nursing care plans based on Dorotea Orem's model, with the purpose of improving his quality of life.

Methodology: National and international legal sources were used, following the principles of ethics in health research, the general health law, official norms and the implementation of informed consent. The selection of the participant was made with criteria of convenience for the author, and the data were obtained through direct sources (interview, assessments) and indirect sources (clinical history).

Case study presentation: A 35-year-old man with signs of probable recurrence of meningioma (paresthesia of the tongue, dysarthria, headache and hypoacusis).

Discharge plan: A discharge plan was made using the CUIDARME mnemonic, and continuous follow-up was offered via digital media.

Conclusions: The established objectives were achieved through the implementation of nursing care plans and the discharge plan, and the work with the person and the family at home continues to this day.

Keywords: Nursing interventions, Meningioma, Neurorehabilitation, Self-Care

Citación: Sánchez Vázquez ZA, Balcázar Martínez MV. Intervenciones de enfermería a persona post operada de meningioma sustentadas en el modelo del autocuidado. Rev Enferm Neurol. 2023;22(3): pp. 266-280.

Correspondencia: Zahid Andrés Sánchez Vázquez

Email: zahidespecialidad1@gmail.com

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Manuel Velasco Suárez

Recibido: 4 agosto 2023

Aceptado: 5 diciembre 2023



Resumen

Introducción: Estudio de caso que aborda las secuelas neurológicas desarrolladas en una persona post operada de una resección de meningioma recidivante, para quien se implementaron planes de autocuidado con enfoque en la atención neurológica.

Objetivo: Elaborar un estudio de caso del paciente post operado con secuelas neurológicas mediante la implementación de planes de atención de enfermería basados en el modelo de Dorotea Orem, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Metodología: Se utilizaron fuentes legales nacionales e internacionales, siguiendo los principios de ética en investigación de salud, la ley general de salud, normas oficiales y la implementación del consentimiento informado. Se realizó la selección del participante con criterios de conveniencia para el autor, y los datos se obtuvieron mediante fuentes directas (entrevista, valoraciones) y fuentes indirectas (historia clínica).

Presentación del estudio de caso: Un hombre de 35 años con signos de probable recidiva de meningioma (parestesia en la lengua, disartria, cefalea e hipoacusia).

Plan de alta: Se realizó un plan de alta mediante la nemotecnia CUIDARME, y se ofreció continuo seguimiento mediante medios digitales.

Conclusiones: Se lograron alcanzar los objetivos establecidos mediante la implementación de planes de cuidado en enfermería y el plan de alta, se continúa trabajando con la persona y la familia en el hogar hasta la actualidad.

Palabras clave: intervenciones de enfermería, meningioma, neurorrehabilitación, autocuidado.

Introducción

El estudio de caso es una herramienta fundamental para aumentar el conjunto de conocimientos de cualquier profesión, en especial de las que se encuentran relacionadas con la atención hacia las personas. Esta herramienta ha jugado un papel importante para el desarrollo de la enfermería, ya que brinda la oportunidad de planear cuidados para personas con distintos requisitos de salud alterados, es decir, con los requerimientos necesarios para su salud. Esto se encuentra descrito en el modelo de autocuidado de Dorotea Orem, que propone que el autocuidado efectivo es crucial para mantener la salud y prevenir la enfermedad, y define tres sistemas

interrelacionados: el sistema de autocuidado, el de déficit de autocuidado y el de enfermería.

En este sentido, el presente estudio de caso tiene como objetivo describir la atención y aplicación de intervenciones de enfermería a una persona con secuelas neurológicas ocasionadas por la resección de un meningioma, a fin de mejorar su calidad de vida y la de su familia.

Los meningiomas son las neoplasias cerebrales más frecuentes a nivel mundial y nacional, en su gran mayoría son de carácter benigno y de lento crecimiento, sin embargo, éste puede dar lugar a sintomatología neurológica en las personas afectadas, según en la región donde se formen, y el cuadro clínico puede ser muy variado y de diagnóstico muy incidental.^{1,2}

El modelo del autocuidado y el proceso de atención se emplean de manera conjunta con el propósito de dirigir las intervenciones de enfermería hacia un cuidado holístico, a fin de atender las diferentes esferas que afectan a la persona. Asimismo, se recopiló la información para este estudio mediante valoraciones directas, entrevistas directas e indirectas, expediente clínico y bases de datos, con lo cual se realizaron planes de cuidados para la persona desde un enfoque neurológico e integral, teniendo como fin mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones ocasionadas por las secuelas neurológicas.

De igual forma, se implementó un plan de alta que abarcó el estado actual de la persona y de la familia, ponderado los requisitos de salud alterados y priorizando los que tendrán un mayor impacto para mejorar su calidad de vida, así como también se realizó un apartado de conclusiones y recomendaciones para una mejora continua.

Objetivos

Objetivo general:

- Elaborar un estudio de caso de una persona post operada de una resección de meningioma con secuelas neurológicas, implementando planes de atención de enfermería con base en el modelo de Dorotea Orem. El propósito principal es mejorar la calidad de vida de la persona afectada.

Objetivos específicos

- Identificar mediante la valoración neurológica de enfermería los requisitos universales alterados en la persona con secuelas

neurológicas, ocasionadas por la resección de meningioma.

- Diseñar planes de intervenciones de enfermería para la atención de la persona con los requisitos universales alterados.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería implementadas, buscando retroalimentación y mejora en la calidad de vida de la persona.
- Elaborar un plan de alta de acuerdo con la mejoría de la persona, que apoye a los cuidadores y a la familia en la continuidad del restablecimiento de su salud, garantizando la calidad de vida otorgado por el cuidado.

Metodología

El estudio de caso se realizó con un enfoque cualitativo, descriptivo, transversal y con una selección de la persona mediante criterios de conveniencia para el autor: disponibilidad, patología de interés, disposición de la persona y la familia.

Para la obtención y selección de información documental, se realizó una búsqueda sistematizada de la información con palabras claves como intervenciones de enfermería, meningioma, neurorrehabilitación y autocuidado, así como con los operadores booleanos AND, OR, NOT, obteniendo un total de 93 artículos, de los cuales se seleccionaron 41 en las bases de datos de PubMed, Scielo, Elsevier, entre otras.

Asimismo, se utilizaron estrategias de recolección de datos de fuentes directas (entrevistas dirigidas e implementación del instrumento de valoración neurológica) e indirectas (consulta del expediente clínico), y se aplicó un instrumento de valoración neurológica propio de la especialización en enfermería neurológica, el cual está distribuido en 8 tópicos principales y fue validado por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de

la UNAM en el año 2006. Su aplicación se realizó en un tiempo de 45 minutos.

Consideraciones éticas

Para la elaboración del presente estudio de caso, se cumplen los requerimientos para la realización de investigación en personas, criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. La persona y la familia decidieron participar de manera voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado. Adicionalmente, se siguieron las pautas de la declaración de Helsinki y los principios éticos del informe de Belmont, considerando al comité de ética, pues se dio conocer este estudio al presidente de investigación. Por último, se respeta las normativas establecidas por la NOM-004-SA03-2021 para la reunión de información por medio del expediente clínico.

Diseño del estudio de caso

Los meningiomas son los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC) que se presentan con mayor frecuencia a nivel mundial, tienen origen en las células aracnoideas meningoteliales y pertenecen al grupo de neoplasias intracraneales y extra axiales.¹

Epidemiología

De acuerdo con las bases de datos y los estudios consultados, se establece que los tumores primarios del SNC tienen una incidencia mundial aproximada de 1.4% de los nuevos diagnósticos de cáncer y causan 2.6% de muertes por cáncer. En un estudio realizado en Latinoamérica, se estableció que los meningiomas son la neoplasia más común del SNC en el adulto con incidencia de

36%, seguidos por los glioblastomas con 15%.¹

A nivel mundial se establece una incidencia que oscila entre los 10.8 y 23.0 por cada 100,000 habitantes.² En Colombia, las últimas estadísticas reportan una incidencia de 3.4 por cada 100,000 habitantes hombres y de 2.5 por cada 100,000 habitantes mujeres.¹

En México, en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, se registró que la causa de ingreso hospitalario más común fueron los tumores del SNC, representando un 33% del total de ingresos de 1965 a 2014.³ Otro estudio realizado en la misma institución reportó una prevalencia total de tumores del SNC de 511 pacientes entre 1993 al 2013. Con una frecuencia predominante, los casos más comunes corresponden a aquellos que tienen su origen en las meninges, sumando un total de 71 casos.⁴ Finalmente, en un estudio realizado en Guanajuato se estableció una incidencia de 79 casos de tumores primarios del SNC de enero del 2017 a julio del 2018, de los cuales los meningiomas fueron los más comunes, registrando una frecuencia de 26 casos.¹

Atendiendo este énfasis hacia los meningiomas, se establece una incidencia a nivel mundial del 37.7% de todos los tumores primarios del SNC, de los cuales 53.3% son de carácter benigno.⁵ Según la distribución de edades, los meningiomas tienen una mayor incidencia en pacientes mayores de 60 años; además, otros factores como el sexo parecen afectar en el grado de malignidad en los meningiomas, pues los hombres presentan el doble de riesgo de desarrollar un meningioma maligno. En cuestiones de diversidad biológica, las personas de etnia negra tienen un mayor riesgo de desarrollar un meningioma en comparación con los de etnia blanca.⁶

Etiología

Como la gran mayoría de neoplasias, los

meningiomas tienen su etiología en las mutaciones genéticas, que se encuentran ligadas estrechamente a los factores de riesgo. Estos factores son variados y abarcan aspectos genéticos, etnicidad, diabetes, hipertensión, edad, sexo y exposición a radiaciones. Para efectos de este estudio de caso, a continuación se enumeran solo las tres mutaciones genéticas más estudiadas y que se han observado como predisponentes para el desarrollo de los meningiomas:

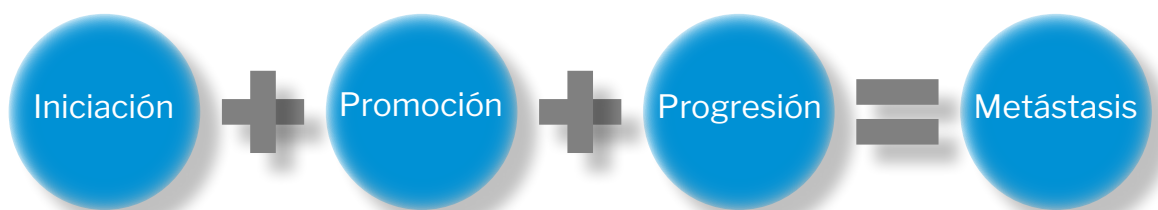
- **Neurofibroma 2 (NF2):** el supresor tumoral NF2 se localiza en el cromosoma 22.⁷ La pérdida de este cromosoma ha sido identificada en el 40-80% de los meningiomas, aproximadamente 60% de estos tumores presentan una deficiencia del gen NF2. La función de este gen es la producción de la proteína llamada merlina, que actúa como mediadora entre la membrana proteica y el citoesqueleto celular. Desempeña un papel crucial en la inhibición de la formación tumoral. La pérdida de esta proteína es característica de todos los meningiomas asociados a NF2.⁸
- **TNF receptor activador factor 7 (TRAF7):** las mutaciones de este gen afectan a la proteína WD40 que participa en la regulación de p38MAPK, la cual cumple una función en la supresión de tumores, y de MEKK3, que a su vez regula la función de NF- κ B.⁷⁻⁹
- **AKTI:** alrededor del 8% de los meningiomas están vinculados a esta alteración genética. Este gen forma parte de la vía de señalización del PI3K, que controla la proliferación celular.⁷ AKTI contribuye a la producción de la quinasa que activa PI3K. La alteración de este gen produce una hiperactivación de PI3K que promueve señales de crecimiento celular.⁸

Fisiopatología

La formación de una neoplasia abarca una secuencia de procedimientos intrincados, en los cuales diversos mecanismos entran en juego. Se consideran factores como las condiciones del entorno, aspectos genéticos, disfunciones en genes supresores y protooncogenes; la combinación de estos elementos favorece el proceso de carcinogénesis, el cual conlleva a través de distintas etapas la transformación de una célula normal a una con características cancerosas.^{10,11}

Se debe comprender que, en el proceso fisiopatológico de carcinogénesis de cualquier neoplasia, la variación se dará según el protooncogén que esté presente. En el caso de los meningiomas, podemos enlistar el NF2, TRAF7, Soma y AKTI, los cuales evitan o reducen las vías de señalización para la apoptosis de los genes supresores, como el P30

Figura 1. Etapas de carcinogénesis



Fuente: Elaboración propia.

o el P53. Cabe mencionar que la probabilidad de que todos estos factores se presenten es baja.¹¹

Clasificación

Existen varias clasificaciones que consideran distintos puntos para describir los meningiomas; sin embargo, en la actualidad la clasificación más utilizada es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹¹

Manifestaciones clínicas

La mayoría de los tumores del SNC, en lugar de mostrar signos específicos, tienden a ser asintomáticos y son descubiertos de manera incidental. Sin embargo, en caso de manifestarse síntomas, suelen estar relacionados con la ubicación y el área que afecta, más que con la propia neoplasia. Se pueden distinguir los siguientes tres posibles signos:¹³

Cuadro 1. Clasificación de tumores cerebrales del SNC según la OMS

Clasificación de tumores cerebrales del SNC según la OMS	
Grados	Características
Grado I	Tumores circunscritos, de lento crecimiento y bajo potencial de conversión a un tumor de mayor malignidad
Grado II	Tumores de borde difuso, lento crecimiento y algunos con tendencia a progresar a tumores de mayor malignidad.
Grado III	Tumores infiltrantes con células atípicas o anaplásicas y mayor número de mitosis.
Grado IV	Tumores de rápido crecimiento con células de alta tasa mitótica, pueden presentar vasos de neoformación y área de necrosis.

Fuente: Sinning (2017).¹²

- Efecto de masa: puede tener afectaciones neurológicas, como el compromiso de algún nervio craneal.
- Convulsiones: se presentan en caso de afectar alguna zona de alta incidencia epiléptica.
- Presión intracraneal aumentada: puede conducir a cefaleas de intensidad variable.

Además, otra forma en que surgen las manifestaciones clínicas se da a través de la localización del tumor, tal como se presenta en el cuadro siguiente.

Diagnóstico

Como se ha expuesto antes, el diagnóstico de los meningiomas suele suceder de manera incidental, aunque determinar el subtipo y el grado puede ser un poco más complicado, debido a que actualmente se han identificado 15 variantes de acuerdo con su histopatología y características moleculares.¹⁵ No obstante, los estudios de imagen son el estándar de oro

Cuadro 2. Manifestaciones clínicas según localización

Tipo	Posible localización	Cuadro clínico
Meningiomas de fosa anterior	Techo orbitario, órbita y nervio óptico, surco olfatorio, diafragma celar	Representan 5-10% de los meningiomas intracraneales Síntomas iniciales: déficit visual unilateral o bilateral progresivo y deterioro cognitivo de funciones superiores. Síntomas tardíos: cefalea e hipo anosmia.

<i>Tipo</i>	<i>Posible localización</i>	<i>Cuadro clínico</i>
Meningiomas de fosa media	Clinoide anterior, ala menor del esfenoides, seno cavernoso, quiasma óptico, borde libre del tentorio en su tercio medio y anterior	Representan 3.8% de los meningiomas intracraneales. Síntomas iniciales: crisis epilépticas, cefaleas, déficit visual, hipoestesia hemifacial con oftalmoplejía por compresión de nervios III, IV y/o VI. Síntomas tardíos: cefaleas, crisis epilépticas, neuralgias faciales, trastornos de memoria.
Meningiomas de fosa posterior	Clivales, petroctivales, petrosos, agujero magno y del tentorio	Representan el 10% de los meningiomas intracraneales. Síntomas iniciales: están relacionados de forma estrecha con su localización, trastornos de memoria y déficit visual progresivo.

Fuente: Pérez-Castro et al. (2018).¹⁴

para su diagnóstico. En este caso se utiliza la historia clínica junto con el examen físico, resonancia magnética o, en caso de no disponer de ella, tomografía con contraste, para determinar la histología de la biopsia.¹⁶

En las resonancias magnéticas, los tumores suelen verse entre hipo e isointensos, en contraste con la corteza cerebral en secuencia T1, y se observan hiperintensos a la administración de gadolinio en secuencia T2.^{17,18} Otro hallazgo que se presenta con frecuencia en este tipo de neoplasias es el signo de cola dural o “*cola de ratón*”, que se manifiesta entre 60 y 70% de los meningiomas y consiste básicamente en una presencia lineal en uno o ambos extremos del meningioma. Esta característica ayuda a determinar la ubicación extra axial del tumor y establecer que se trate de un meningioma.^{18,19}

Tratamiento

La gran cantidad de variantes de los meningiomas ocasiona que toda terapia brindada para su control o eliminación sea individualizada, considerando factores como la edad, expectativa de vida, preferencias del paciente, grado histológico y ubicación del meningioma, y que se deba llevar a cabo una planeación minuciosa previa a cualquier

intervención de salud. Actualmente se considera que la primera línea debe ser quirúrgica, seguida de radioterapia fraccionada o radiocirugía.⁷

De igual manera, en la guía de tratamiento y diagnóstico del meningioma de la European Association of Neuro-Oncology (EANO) se menciona que si el paciente es asintomático, con meningioma pequeño o calcificado será poco probable que requiera tratamiento.²⁰ Por otro lado, pacientes que presenten déficits neuronales, con un grado histopatológico alto según la clasificación o una resección parcial con alto nivel de recidiva, probablemente necesitará tratamiento coadyuvante con radioterapia o radiocirugía.⁷

Tratamiento quirúrgico

La resección quirúrgica total es el tratamiento de oro para resolver las problemáticas causadas por los meningiomas, debido a que elimina la compresión que causa en la estructura afectada, aliviando de manera rápida los síntomas y mejorando la calidad de vida del paciente; no obstante, a su vez se corre el riesgo de algún déficit neurológico, el cual puede variar entre 2% y 30%, dependiendo de la localización y del grado histológico.²¹

Otro estudio realizado en el Hospital

Universitario de Salamanca estableció que factores como la cantidad de arterias y nervios involucrados en el tumor afectarán directamente en la posibilidad de realizar una resección total o parcial y, con esto, de valorar el grado de funcionalidad que tendrán después del evento quirúrgico.²² Además, la experiencia del cirujano juega un papel vital, pues las nuevas tendencias en la realización de cirugías seguras mediante el uso de técnicas menos invasivas parecen mejorar el pronóstico de las cirugías.^{7,23}

Debido al riesgo de recurrencia a pesar de una

resección total o parcial exitosa, en 1957 Simpson estableció una clasificación para determinar el grado y porcentaje de recidiva.^{17,24}

Otro tratamiento que puede ser utilizado como terapia coadyuvante es la radioterapia en resecciones parciales de meningiomas grado III, que dependerá de las características morfológicas e histopatológicas.²⁵ En la actualidad se han desarrollado tratamientos novedosos como la inmunoterapia o el cuchillo cibernético —que ha demostrado resultados prometedores, pero su alto costo han limitado su utilización en

Cuadro 3. Clasificación de Simpson

<i>Grado</i>	<i>Resección quirúrgica</i>	<i>Recidiva (%)</i>
Grado I	Resección completa, incluida inserción dural y el hueso anormal.	9%
Grado II	Resección completa, con coagulación de la inserción dural.	19%
Grado III	Resección completa, sin resección o coagulación de la inserción dural.	29%
Grado IV	Resección subtotal.	44%
Grado V	Solo descompresión tumoral (biopsia).	-

Fuente: Simpson (1957).²⁴

Estados Unidos de América—,²⁵ pues parecen ser los tratamientos con mayor índice de efectividad en meningiomas grado II y III.^{26,27}

Presentación del caso

En el servicio de hospitalización el 25 de marzo del 2023, se encuentra el paciente post operado de resección total de meningioma y plastia dural, y tiene los siguientes signos: pupilas isocóricas con respuesta fotomotora y sin afectación en campos visuales (nervios craneales II, III, IV y VI con función conservada), hipo anosmia bilateral (nervio craneal I con posible afectación), disartria, hipoparesia de lengua y pérdida de la capacidad deglutoria (nervios craneales IX y XII con posible

afectación), hipoacusia en oído derecho (nervio craneal VIII con posible afectación), resto de nervios sin afectaciones valorables, drenaje ventricular con gasto 54ml/hr, cefaleas intensas con EVA 7 de 10 durante el transcurso del día, que aumentan con la movilización.

Mantiene traqueostomía y apoyo de oxígeno mediante puritan al 35% de FiO₂, campos pulmonares con estertores húmedos en zonas apicales, manifiesta dolor en la articulación del hombro izquierdo con EVA 8 de 10, y tiene catéter venoso central trilumen funcional y cubierto con apósito transparente.

Gastrostomía funcional con alimentación tipo artesanal y cubierta con apósito y gasas. El familiar refiere que la persona presenta

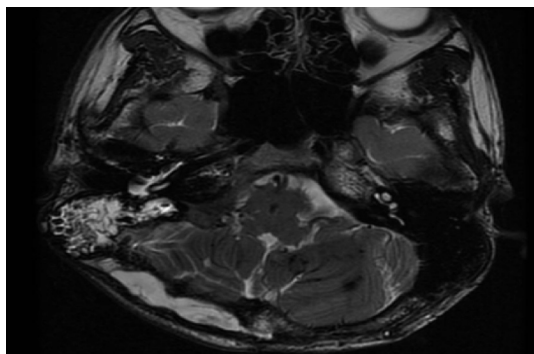
estreñimiento con 2 días de evolución y se auscultan ruidos peristálticos 2-3 por minuto, se observa micción espontánea. En cuanto a la función motora, se evidencia fuerza de 3/5 en hemicuerpo izquierdo y 4/5 en hemicuerpo derecho, evaluada mediante escala de Daniels. Existe hipotrofia generalizada, tono normal. Los reflejos osteotendinosos están conservados, sin afectación en función sensitiva. Función cerebelosa diadococinesia en miembro derecho, marcha no

valorable debido a reposo absoluto de la persona.

Plan de cuidado en enfermería

Con la valoración presentada se priorización los requisitos de autocuidado universales alterados 5, 3, 4 y 7, a fin de realizar los planes de cuidados en enfermería. A continuación se presentan cuadros descriptivos de cada requisito y los planes de cuidado.

Figura 2. Resonancia magnética del paciente post operado.



Fuente: Expediente clínico. Fecha de captura: 04 marzo del 2023.

Plan de alta

Los planes de alta deben elaborarse en colaboración con todos los profesionales de la salud que puedan estar involucrados en la atención de la persona, como enfermería, personal médico, trabajo social, rehabilitación, nutrición, entre otros.²⁸ Estos planes deben tener en cuenta las posibles limitaciones

Cuadro 4. Diagnóstico 1

Requisito de autocuidado universal:	
5.- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.	
Déficit de autocuidado: deterioro de la movilidad física r/c afectación en vía piramidal m/p fuerza 3/5 hemicuerpo izquierdo y 4/5 en hemicuerpo derecho, según escala de fuerza de Daniels, cuadriparesia.	
Sistema de enfermería:	Objetivo:
Totalmente compensatorio.	Mejora de la movilidad.
Intervención de enfermería:	Acciones:
Neurorrehabilitación física.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona sobre los beneficios de la rehabilitación temprana. • Evaluar la capacidad de la persona de realizar actividades físicas y los arcos de movimientos. • Planificar una rutina de ejercicios físicos pasivos (horario, tiempo y cantidad de ejercicios). • Implementar una rutina de ejercicios en conjunto con el familiar de la persona enferma.
Evaluación: se proporcionaron productos de rehabilitación (pelotas texturizadas, plastilina kinestésica, ejercitador de manos y de dedos) para la implementación de ejercicios de motricidad fina y gruesa, se diseñó un plan de ejercicios diarios de 15-30 minutos según tolerancia del paciente y se estableció un horario (10:00-11:00 am) para realizarlos. Durante los ejercicios no se observaron alteraciones hemodinámicas o signos de disnea.	

Cuadro 5. Diagnóstico 2

Requisito de autocuidado universal:	
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	
Déficit de autocuidado: alimentación r/c afectación en bulbo raquídeo (nervios craneales IX y XII) m/p deterioro de la deglución, hipoparesia de lengua.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.	Objetivo: Mejora del autocuidado en alimentación.
Intervención de enfermería: Ayuda en el autocuidado: alimentación por gastrostomía	Acciones:
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las características del abdomen previo al inicio de la alimentación. • Verificar indicación de la dieta (nombre, cantidad, velocidad) previa a la administración • Colocar al paciente a 45° grados previo al inicio de la alimentación • Instalar el equipo de alimentación en bomba de infusión y administrar según indicaciones de nutrición.
Evaluación: en conjunto con el personal de nutrición se realizó la administración de la alimentación por gastrostomía (dieta de 2400 Kcal, 1236 de volumen total a 95ml/hr por gastrostomía) valorando datos de distensión abdominal o de reflujo gastroesofágico; no se observaron cambios en las características del abdomen antes, durante o después de la administración de la alimentación.	

Cuadro 6. Diagnóstico 3

Requisito de autocuidado universal:	
4.- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación.	
Déficit de autocuidado: disminución de la motilidad intestinal r/c postración prologada m/p estreñimiento (2 días de evolución), disminución de ruidos peristálticos (1-2 por minuto).	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.	Objetivo: Promover la motilidad intestinal.
Intervención de enfermería: Manejo del estreñimiento.	Acciones:
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar distensión abdominal, dolor abdominal y ruidos peristálticos por turno. • Administrar fármacos laxantes (sugerir la utilización del fármaco durante las noches). • Aplicar enemas evacuantes (colocar al paciente en posición de sims y dar la indicación de retener el enema el mayor tiempo posible) • Valorar las características de las heces y la cantidad de estas.
Evaluación: se realizó valoración abdominal del paciente, no se observaron signos de distensión o dolor abdominal, se utilizó fármaco laxante (Lactulosa 15ml VO c/12 horas) sin aparente mejoría, se decide que si durante el transcurso del día no se realiza evacuación se iniciara aplicación de enemas jabonosos el 26 de marzo del 2023.	

Cuadro 7. Diagnóstico 4

Requisito de autocuidado universal:	
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
Dolor crónico r/c inflamación del parénquima cerebral m/p cefaleas durante el día con intensidad variable, 5-10/10 según EVA.	
Sistema de enfermería: Totalmente compensatoria.	Objetivo: Control del dolor.
Intervención de enfermería: Manejo del dolor crónico.	Acciones:
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el dolor (características, tiempo, factores desencadenantes, horario) • Valorar el nivel de dolor mediante escalas estandarizadas para el dolor • Implementar técnicas de respiración y brindar confort al paciente durante episodios de dolor. • Utilizar medidas farmacológicas para el control del dolor según la escala de analgesia de la OMS. • En caso de usar parches de buprenorfina evitar recortar el parche y cambiar cada 72 horas.
Evaluación: se implementaron medidas farmacológicas y no farmacológicas para el control de dolor, utilizadas al inicio de las molestias para evitar picos de dolor. Entre las medidas farmacológicas se aplicaron los siguientes medicamentos: Paracetamol 1 gr IV c/8 horas, Ketoprofeno 100mg VO c/12 horas, y parche de buprenorfina de 10mcg con recambio cada 72 horas. Se controló el dolor con EVA de 2 a 4 sin lograr eliminarlo, se pondera aumentar medidas analgésicas con médico tratante.	

que la persona y su familia puedan enfrentar para llevarlos a cabo de manera adecuada.

Para el siguiente plan de alta se utilizó la nemotecnia CUIDARME, que facilita la comprensión y el entendimiento de los cuidados que se deberán de proporcionar en el hogar.²⁹ Se trabajó en conjunto con el servicio de consultoría para capacitar a los familiares sobre los cuidados en el hogar.

Relevancia

La elaboración de estudios de caso, si bien presenta desafíos, sigue siendo una herramienta sólida para ampliar el cuerpo de conocimientos en la profesión. Asimismo, contribuye a establecer bases para la implementación de intervenciones de enfermería en patologías o casos de baja incidencia. Es de vital importancia que los

Cuadro 8. Plan de alta

CUIDARME	
Comunicación efectiva	<p>Recomendaciones para la comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener una relación estrecha con el personal de salud y acudir a las citas programadas de manera estricta. Realizar un diario de sintomatología o de cambios en la persona para comunicarlos al personal de salud durante las consultas programadas
Urgencias y signos de alarma	<p>Signos de alarma</p> <ul style="list-style-type: none"> Oclusión de sonda de gastrostomía, retiro accidental de sonda de gastrostomía Dificultad respiratoria Estreñimiento mayor a 3 días Cefalea que no ceda a paracetamol Fiebre superior a 38°C Dolor, supuración, enrojecimiento en heridas quirúrgicas o estomas Episodios de vómitos (por lo menos 3)
Información	<p>Educación para la salud proporcionada</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñanza sobre la técnica de higiene de manos en cinco momentos y la importancia de su realización para el cuidado de la persona Capacitación sobre el manejo de la sonda de gastrostomía, alimentación, medicación, cuidados y curación Capacitación sobre el manejo de la traqueostomía y cánula de traqueostomía, aspiración de la vía aérea, curación y limpieza de la endocánula Enseñanza sobre el baño de paciente en cama, movilización del paciente, cuidados de la piel y prevención de las lesiones por presión Rehabilitación física, sensorial y cognitiva
Dieta	<p>Recomendaciones para la alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> Desinfectar todos los alimentos en caso de frutas y verduras Administrar la alimentación por sonda a temperatura ambiente Evitar alimentos muy espesos o líquidos por riesgo de obstrucción de la sonda o de diarrea
Ambiente	<p>Recomendaciones en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener despejada la zona en donde se encuentre la persona para evitar riesgos de caídas Mantener iluminada la zona en donde se encuentre la persona Realizar la higiene del hogar por lo menos dos veces a la semana
Recreación y uso de tiempo libre	<p>Recomendaciones de recreación</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar las dificultades que pueda presentar la persona enferma para la realización de actividades recreativas Buscar actividades que se adapten a las condiciones de salud de la persona Alentar a la persona enferma a realiza actividades recreativas

Medicamentos y tratamientos	<p>Orientación para la medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un régimen estricto a la hora de administración de la medicación • Preparación de medicamentos para la administración por sonda de gastrostomía • Informar sobre las reacciones adversas de algunos medicamentos • Sugerencia de horarios adecuados según la medicación indicada
Espiritualidad	<p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener comunicación constante con la familia y buscar grupos de ayuda • Evitar sobrecarga hacia un cuidador • Mantener a la persona enferma involucrada en eventos familiares y sociales en la medida de lo posible

profesionales de enfermería continúen elaborando este tipo de trabajos, ya que representa una de las maneras más efectivas de establecer estándares o recomendaciones para el cuidado de personas enfermas.

Conclusiones

Los meningiomas continúan siendo una de las principales causas de ingreso hospitalario en áreas neurológicas en la actualidad. Aunque en su mayoría son de naturaleza benigna, tienden a provocar afectaciones neurológicas debido a su localización en el encéfalo. Asimismo,

los meningiomas con altas probabilidades de recidiva representan un desafío para los profesionales de la salud, ya que el tratamiento se vuelve complejo y las posibilidades de presentar secuelas neurológicas aumentan exponencialmente.

En la actualidad existe un auge en los estudios relacionados con aspectos neurooncológicos en apartados quirúrgicos, médicos y farmacológicos, entre otras áreas; sin embargo, desde la perspectiva del autocuidado y el proceso de atención de enfermería, no se encontraron artículos enfocados al cuidado en pacientes post operados con secuelas neurológicas causadas por la resección de un meningioma.

El enfoque de enfermería hacia este tipo

de neoplasias debe ser multidisciplinario y holístico, y dado que presentan una amplia gama de afectaciones desde la parte fisiológica hasta la parte anímica de las personas, es esencial implementar planes de cuidado que abarquen al paciente en sus aspectos biológicos, sociales y psicológicos. Además, involucrar a la familia como red de apoyo será crucial para los cuidados y tratamientos proporcionados a la persona afectada.

Con respecto al caso del paciente estudiado, se cumplieron los objetivos planteados que repercutieron en la mejora de la calidad de vida, las relaciones interpersonales y el afrontamiento hacia el estado de salud. Se hace hincapié en la necesidad de personal de enfermería especializado en el área neurológica para implementar planes de cuidados individualizados y especializados para este tipo de afecciones, que involucran a todas las esferas biopsicosociales de las personas.

Referencias

1. Gómez-Vega JC, Ocampo Navia MI, Feo Lee O. Epidemiología y caracterización general de los tumores cerebrales primarios en el adulto. Universitas Medica [Internet]. 2019 [citado el 19 de abril de 2023]; 60(1). Disponible en: <https://cutt.ly/DwKFnVwx>

2. **Meza García CF, Reynaga Ornelas L, Rodríguez Medina RM, Dávalos Pérez A, Pérez Reyes SP.** Panorama epidemiológico de las neoplasias encefálicas con tratamiento quirúrgico en un hospital de tercer nivel en Guanajuato, México. *Sanus* [Internet]. 2022 [citado el 8 de abril de 2023]; núm. 7. Doi: [10.36789/revsanus.vi1.246](https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.246)
3. **Aguirre Cruz L, Rangel López E, Cruz Aguilera D de la L, Rodríguez Pérez CE, Ruano L, Velásquez Pérez L, et al.** Historical distribution of central nervous system tumors in the Mexican National Institute of Neurology and Neurosurgery. *Salud pública Méx* [Internet]. 2016 [citado el 19 de abril de 2023]; 58(2):171-8. Disponible en: <https://cutt.ly/ywKFWyWo>
4. **Anaya Delgadillo G, Juambelz Cisneros P, Fernández Alvarado B, Pazos Gómez F, Velasco Torre A, Revuelta Gutiérrez R.** Prevalencia de tumores del sistema nervioso y su identificación histológica en pacientes operados: 20 años de experiencia. *Cir Ciruj* [Internet]. 2016 [citado el 19 de abril 2023]; 84(6):447-53 Disponible en: <https://cutt.ly/8wKFEO1D>
5. **Ogasawara C, Philbrick BD, Adamson DC.** Meningioma: A Review of Epidemiology, Pathology, Diagnosis, Treatment, and Future Directions. *Biomedicines*. 2021; 9(3). Doi: [10.3390/biomedicines9030319](https://doi.org/10.3390/biomedicines9030319)
6. **Ostrom QT, Adel Fahmideh M, Cote DJ, Muskens IS, Schraw JM, Scheurer ME, et al.** Risk factors for childhood and adult primary brain tumors. *Neuro Oncol*. 2019; 21(11):1357-75. Doi: [10.1093/neuonc/noz123](https://doi.org/10.1093/neuonc/noz123)
7. **Preusser M, Brastianos PK, Mawrin C.** Advances in meningioma genetics: novel therapeutic opportunities. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2018 [citado el 21 de abril de 2023 Abr 21]; 14(2):106-15. Doi: [10.1038/nrneurol.2017.168](https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.168)
8. **Moussalem C, Massaad E, Minassian GB, Ftouni L, Bsat S, El Houshiemy MN, et al.** Meningioma genomics: a therapeutic challenge for clinicians. *J Integr Neurosci*. [Internet]. 2021 [citado el 21 de abril de 2023]; 20(2):463-9. Doi: [10.31083/j.jin2002049](https://doi.org/10.31083/j.jin2002049)
9. **Zang WJ, Hu YL, Qian CY, Feng Y, Liu JZ, Yang JL, et al.** HDAC4 promotes the growth and metastasis of gastric cancer via autophagic degradation of MEKK3. *Br J Cancer*. 2022; 127(2):237-48. Doi: [10.1038/s41416-022-01805-7](https://doi.org/10.1038/s41416-022-01805-7)
10. **Peters JM, Gonzalez FJ.** The Evolution of Carcinogenesis. *Toxicol Sci*. 2018; 165(2):272-6. Doi: [10.1093/toxsci/kfy184](https://doi.org/10.1093/toxsci/kfy184)
11. **Benítez SE, Pérez CAE, Hinojosa RY.** Bases evolutivas y ecológicas de la carcinogénesis humana ¿cuestión de mala suerte? *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2018 [citado el 28 de abril de 2023]; 47(2). Disponible en: <https://cutt.ly/IwKFKq5x>
12. **Sinning M.** Clasificación de los tumores cerebrales. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2017 [citado el 21 de abril de 2023]; 28(3):339-42. Doi: [10.1016/j.rmcl.2017.05.002](https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.05.002)
13. **Maggio I, Franceschi E, Tosoni A, Di Nunno V, Gatto L, Lodi R, et al.** Meningioma: not always a benign tumor. A review of advances in the treatment of meningiomas. *CNS Oncol*. 2021;10(2). Doi: [10.2217/cns-2021-0003](https://doi.org/10.2217/cns-2021-0003)
14. **Pérez Castro y Vázquez JA, Díaz Echevarria A, Barrios Calyecac DY, Lara Moctezuma L.** Presentación de un meningioma con síntomas iniciales oftalmológicos. *Rev Fac Med (Méx.)* [Internet]. 2018 [citado el 23 de abril de 2023]; 61(5):32-43. Disponible en: <https://cutt.ly/HwKFZnXO>

15. **Gritsch S, Batchelor TT, Gonzalez Castro LN.** Diagnostic, therapeutic, and prognostic implications of the 2021 World Health Organization classification of tumors of the central nervous system. *Cancer*. [Internet]. 2022 [citado el 23 de abril de 2023]; 128(1):47-58. Doi: [10.1002/cncr.33918](https://doi.org/10.1002/cncr.33918)
16. **Quirós Chávez K, Ching Chacón A, Rosales Viquez M.** Visión general sobre meningiomas: bases genéticas, evaluación clínica y estrategias terapéuticas. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2022 [citado el 23 de abril de 2023]; 7(7). Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v7i7.862>
17. **Villar Blanco I, González Martín J, Gutiérrez Ortega C, Vallejo Desviat P, Molina López-Navas P.** Concordancia radio-histológica en meningiomas intracraneales. *Sanid. mil.* [Internet]. 2018 [citado el 10 de agosto de 2023]; 74(4):248-54. Doi: [10.4321/s1887-85712018000400006](https://doi.org/10.4321/s1887-85712018000400006).
18. **Buerki RA, Horbinski CM, Kruser T, Horowitz PM, James CD, Lukas RV.** An overview of meningiomas. *Future Oncol* [Internet]. 2018 [citado el 23 de abril de 2023]; 14(21):2161–77. Doi: [10.2217/fon-2018-0006](https://doi.org/10.2217/fon-2018-0006)
19. **Husni H, Hamrahian AH.** Dural Tail Sign in Meningiomas. *AACE Clin Case Rep.* 2021; 7(3):226-7. Doi: [10.1016/j.aace.2020.12.014](https://doi.org/10.1016/j.aace.2020.12.014)
20. **Goldbrunner R, Stavrinou P, Jenkinson MD, Sahm F, Mawrin C, Weber DC, et al.** EANO guideline on the diagnosis and management of meningiomas. *Neuro Oncol.* 2021; 23(11):1821-34. Doi: [10.1093/neuonc/noab150](https://doi.org/10.1093/neuonc/noab150)
21. **Roig Caraballo E, Valladares Rodríguez CL, Blanco González R.** Meningioma de la fosa posterior con hidrocefalia secundaria a resección quirúrgica. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2022 [citado el 23 de abril de 2023]; 26(2):475-82. Disponible en: <https://cutt.ly/UwKF0xYP>
22. **Wang B, Zhang GJ, Wu Z, Zhang JT, Liu PN.** Surgical outcomes and prognostic factors of parasagittal meningioma: a single-center experience 165 consecutive cases. *Br J Neurosurg.* 2022; 36(6):756-61. Doi: [10.1080/02688697.2020.1867825](https://doi.org/10.1080/02688697.2020.1867825)
23. **Perales-C I, Cuellar-T JC, García-G. J, Villaroel C, Hortal JT.** Morbimortalidad Asociada A La Cirugía De Meningioma Del Foramen Magno. Revision De La Literatura: Reporte De Caso. *Rev chil neuro-psiquiat* [Internet]. 2020 [citado el 23 de abril de 2023]; 58(2):186-90. Disponible en: <https://cutt.ly/swLASlkC>. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000200186>
24. **Simpson D.** The recurrence of intracranial meningiomas after surgical treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet] 1957 [citado el 23 de abril de 2023]; 20(1):22-39. Doi: [10.1136/jnnp.20.1.22](https://doi.org/10.1136/jnnp.20.1.22)
25. **Di Franco R, Borzillo V, Ravo V, Falivene S, Romano FJ, Muto M, et al.** Radiosurgery and stereotactic radiotherapy with cyberknife system for meningioma treatment. *Neuroradiol J.* [Internet]. 2018 [citado el 23 de abril de 2023]; 31(1):18-26. Doi: [10.1177/1971400917744885](https://doi.org/10.1177/1971400917744885)
26. **Young JS, Kidwell RL, Zheng A, Haddad AF, Aghi MK, Raleigh DR, et al.** CDK 4/6 inhibitors for the treatment of meningioma. *Front Oncol* [Internet]. 2022 [citado el 23 de abril de 2023]; núm. 12. Doi: [10.3389/fonc.2022.931371](https://doi.org/10.3389/fonc.2022.931371)
27. **Mair MJ, Berghoff AS, Brastianos PK, Preusser M.** Emerging systemic treatment options in meningioma. *J Neurooncol* [Internet]. 2023 [citado el 23 de abril de 2023]; 161(2):245-58. Doi: [10.1007/s11060-022-04148-8](https://doi.org/10.1007/s11060-022-04148-8)
28. **Pérez C, Peluffo G, Giachetto G, Menchaca A, Pérez W, Machado K, et al.** Alta hospitalaria.

Arch Pediatr Urug [Internet]. 2020 [citado el 5 de junio de 2023]; 91(Supl 1):64-8. Disponible en: <https://cutt.ly/2wKF62qM>

29. Aragón Alegría D, Muñoz Bravo SF, Prado Villegas YM, Ramírez Cuevas LA, Hurtado García DM, Meneses Sotelo CA, et al. Evaluación del Plan de Alta por enfermería en el hospital San José, Popayán 2017. Rev Méd Risaralda [Internet]. 2020 [citado el 28 de agosto de 2023]; 26(1):61-7. Doi: [10.22517/25395203.20951](https://doi.org/10.22517/25395203.20951).



Ensayo

Validation and adaptation of psychometric instruments for the advancement of nursing research

Validación y adaptación de instrumentos psicométricos para el avance de la investigación en enfermería

Erick Landeros Olvera  Ana Laura Morales Cruz  Erika Lozada Perezmitre  Rosa María Galicia Aguilar  Guadalupe Antonio González 

Abstract

Introduction: According to bibliometric analyses of research published by nursing professionals, a large percentage use instruments without validation, which indicates that the studies are unreliable and may present biases or errors. There are various methodologies to create or validate existing instruments; however, a proposal is needed for the science of care, whether through the adaptation or creation of an empirical indicator.

Objective: To present a proposal aimed at validating and adapting psychometric instruments to support the development of nursing research.

Methodology: the validation of an instrument depends on timeframe, study's objective and the stages to be covered; for which eight stages are proposed. 1. Translation of the original instrument into Spanish language. 2. Semantic adaptation. 3. Validation by judges. 4. Style correction. 5. Pilot test. 6. Psychometric properties. 7. Final test or factorial analysis, and 8. Sensitivity test.

Conclusion: There are more ways to validate instruments; the one presented in this paper represents a pragmatic way to adapt an instrument to the context where nursing conducts research; consequently, obtaining instruments that provide reliability to the results of nursing interventions.

Keywords (MeSH): validation study, research instrument evaluation, nursing.

Citación: Landeros Olvera E, Morales Cruz AL, Lozada Perezmitre E, Galicia Aguilar RM, Antonio González G. Validación y adaptación de instrumentos psicométricos para el avance de la investigación en enfermería. Rev Enferm Neurol. 2023;22(3): pp. 281-290.

Correspondencia: Erick Landeros Olvera
Email: erick.landerosolvera@viep.com.mx
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de
Enfermería

Recibido: 3 agosto 2023
Aceptado: 11 noviembre 2023



Resumen

Introducción: de acuerdo con los análisis bibliométricos realizados a investigaciones publicadas por profesionales de enfermería, un gran porcentaje utilizan instrumentos sin validación, lo cual indica que los trabajos no son confiables, existe la posibilidad de presentar sesgos o errores. Existen diversas metodologías para crear o validar instrumentos previos, pero se requiere de una propuesta para la ciencia del cuidado, ya sea en una adaptación o creación de algún indicador empírico.

Objetivo: presentar una propuesta con la finalidad de validar y adaptar instrumentos psicométricos para el desarrollo de la investigación en enfermería.

Desarrollo: la validación de un instrumento que depende del tiempo, objetivo de estudio y de las etapas a cubrir; por lo cual, se proponen ocho etapas. 1. Traducción del instrumento original al idioma español. 2. Adaptación semántica. 3. Validación por jueces. 4. Corrección de estilo. 5. Prueba piloto. 6. Propiedades psicométricas. 7. Prueba final o análisis factorial, y 8. Prueba de sensibilidad.

Conclusión: existen más formas de validar los instrumentos, la expuesta en este trabajo, representa una forma pragmática para adaptar un instrumento al contexto donde enfermería realiza investigación; en consecuencia, obtener instrumentos que den confiabilidad a los resultados de las intervenciones de enfermería.

Palabras clave: estudio de validación, evaluación de instrumentos de investigación, enfermería.

Introducción

De acuerdo a los análisis bibliométricos de revistas mexicanas de enfermería, durante el periodo 2005-2015, el promedio de los instrumentos psicométricos que no reportaron confiabilidad o validez 20 %.^{1,2} En muchos casos, son instrumentos anglosajones traducidos por los mismos investigadores o instrumentos en español; no obstante, sin validación o aplicación previa en el contexto mexicano y en otros, los investigadores los construyeron para medir la variable de interés. En cualesquiera de los casos, representan fuentes de invalidación interna.³ Es decir, el 20 % de los trabajos de investigación publicados en revistas mexicanas de enfermería de 2005 a 2015, no son confiables por la posibilidad de presentar sesgos o errores tipo III.⁴

No existe una técnica o metodología única para adaptar o validar un instrumento, todo depende del objetivo del estudio, pero se requiere de un proceso metodológico largo y riguroso, el diseño suele llamarse polietápico o de proceso.⁵ La literatura muestra numerosa información al respecto sobre tres tipos de validación: de contenido, constructo y criterio.⁶

Para la validación de contenido se incluyen evaluaciones cualitativas, cuantitativas y mixtas; en la primera, se engloba el método Delphi y el modelo Fehring.⁷ En la segunda, se mide la validación de jueces, en estas se considera la razón de validez de contenido, coeficiente de concordancia "W" de Kendall, índice de validez de contenido y la prueba de V de Aiken.⁸ Respecto a la tercera, se aborda mediante la metodología Q que abarca ambos paradigmas de investigación.⁹

En cuanto a la validez del constructo, puede ser evaluado a través de un análisis factorial exploratorio o confirmatorio, además de la utilización del método VARIMAX.¹⁰

Por último, la validez de criterio, donde se utilizan métodos estadísticos como el coeficiente de concordancia de Kappa, sensibilidad, curva ROC, correlaciones paramétricas y coeficiente de correlación interclase; los cuales dependerán del tipo de variable.

De acuerdo a lo precedente, para la ciencia de enfermería, “*el método*” no debería ser diferente; sin embargo, no se tiene un referente para esta disciplina. No existe un método mejor que otro, depende, en un sentido pragmático, por esta razón, es imprescindible que los profesionales de enfermería cuenten con indicadores empíricos válidos y confiables; de esta manera, se disminuye el error susceptible.¹¹ Ante los argumentos planteados, el objetivo de este manuscrito es presentar una propuesta para validar y adaptar instrumentos psicométricos para el desarrollo de la investigación en enfermería.

Validación y adaptación de instrumentos

El diseño para la validación de un instrumento es de proceso y alcance longitudinal.⁵ Se proponen las siguientes ocho etapas:

1. **Traducción:** Si el instrumento no es de origen en el idioma español, los ítems que conforman el instrumento, deben traducirse por un traductor certificado en el idioma en que está escrito originalmente el instrumento. Se deben evitar las traducciones propias o el uso de traductores gratuitos en el internet y el uso de la inteligencia artificial (IA).¹² Así, se obtiene la primera versión del instrumento. En ocasiones es necesario solicitar el permiso de los autores originales para realizar la adaptación correspondiente o solicitar detalles psicométricos

del instrumento. Establecer una comunicación directa con los autores originales, siempre será una acción de cortesía profesional; además, se debe de asegurar que el instrumento sea realmente público u obtener el consentimiento de quien tenga los derechos de autor.¹³

2. **Adaptación semántica de la traducción.** En esta etapa es importante tomar decisiones sobre el sentido de cada ítem; pero antes, verificar si se trata de preguntas o afirmaciones, para poder vincularlos con el formato de respuesta. Por ejemplo: si las oraciones requieren ser en sentido afirmativo, el verbo se coloca en indicativo presente, para guardar congruencia con el formato de respuesta tipo Likert.¹⁴

Se recomienda conservar el sentido de la oración original de cada ítem, a pesar de los cambios en la sintaxis; en consecuencia, lograr la segunda versión del instrumento.

3. **Validez facial por técnica de jueces.** Se realiza la invitación a 10 expertos en la temática del instrumento, más 50 % de atrición, pues casi siempre la mitad de los jueces no envían su evaluación o la postergan.¹⁵

Los atributos de los jueces deben ser discutidas, con el propósito de unificar competencias, experiencia, grados académicos, entre otros. La invitación a cada juez, debe realizarse por un oficio a través de correo institucional, donde se le dará a conocer un instrumento inédito y se requiera salvaguardar la información de manera confidencial. Si el juez acepta, se le explica que su evaluación tiene dos fases. La fase cuantitativa consiste en darle un formato de evaluación por medio de una escala tipo Likert, evalúa cada ítem de manera individual, que va desde 0= definitivamente no está relacionado, 1= no relacionado, 2=no seguro de su relación, los reactivos requieren más revisión, 3= relacionado, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones y 4=extremadamente relacionado. Para que se pueda evaluar cada ítem

acorde a la escala anterior, en las instrucciones para los jueces, se coloca la definición nominal del concepto a evaluar, por consiguiente, podrá observar el grado de relación. Por ejemplo: la vocación de servicio para el cuidado humano se define como “*inclinación o sentido de inspiración que el estudiante posee para ofrecer o dedicar el*

cuidado de enfermería a personas sanas o enfermas”.¹⁶ Con la definición, se manda un formato de evaluación con todos los ítems, véase el ejemplo en la tabla 1, donde se presentan algunos de los ítems que conforman el instrumento de vocación de servicio al cuidado humano en estudiantes de enfermería.¹⁶

Tabla 1. Ejemplo de formato de evaluación de jueces

Ítems	0	1	2	3	4
7. Promuevo la salud con mis familiares o amigos					
9. Me gusta escuchar atentamente a las personas cuando tienen problemas de salud					
12. Me agrada ofrecer mis servicios de enfermería en una comunidad de bajo desarrollo social					

Fuente: Validación del instrumento de vocación de servicio al cuidado humano en estudiantes de enfermería¹⁶

Los diez formatos de evaluación de los jueces, se vacían en una tabla de datos, se consideran como reactivos aceptables (A), aquellos ítems con un puntaje igual o mayor

a tres. No aceptables (NA), aquellos ítems con un puntaje menor a tres. El ejemplo se presenta en la tabla 2 (se considera sólo una parte de un instrumento de 23 ítems).

Tabla 2. Datos de evaluación de jueces

ÍTEMS	JUECES										NA	A			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	⇒	0	10		
2	3	3	3	2	4	3	3	2	2	4	⇒	3	7		
...23	4	4	4	3	2	3	3	4	4	4	⇒	1	9		
Total												↓	48	↓	182

Fuente propia. Nota: el criterio para identificar los ítems NA y A, se determina de manera horizontal considerando a cada uno de los jueces (⇒), al final se suman de manera vertical. Considerando todos los ítems (↓).

Con el resultado de 10 jueces, se calcula lo siguiente: índice de validez por ítem (IVxI), criterio de validez (CV) e índice de validez de contenido (IVC).¹⁷

Considerando como ejemplo, los resultados de la tabla anterior, el IVxI se calcula con la

suma de los reactivos con un puntaje menor a tres puntos (NA= 48) y se divide entre el total de jueces (10). Se realiza de la siguiente manera: $(48/10) IVxI = 4.8$. Este resultado se divide entre el total de ítems (23), para obtener el criterio de validez: $(4.8/23) CV = .2086$. El resultado

se multiplica por 100 y representa un 20 % de posibilidad de error que los ítems no midan el concepto que dice medir. Para obtener el IVC se suman los reactivos con puntaje igual o mayor a tres ($A= 182$), se dividieron entre el total de ítems ($182/23$), el resultado 7.91, el cual es cercano a 10. Los resultados en los tres índices de este ejercicio, son aceptables para validar el análisis por jueces en su fase cuantitativa.

En la segunda fase, los jueces realizan observaciones cualitativas al instrumento, las sugerencias de cada juez, deben ser discutidas para decidir la pertinencia de las modificaciones al ítem. Cada cambio debe estar respaldado no sólo por la opinión del juez, sino por la evidencia publicada para la adaptación del ítem en el contexto donde el instrumento será aplicado o probado. De esta manera, se obtiene la tercera versión del instrumento.

4. **Corrección de estilo.** El resultado de la etapa anterior, debe ser revisada por un corrector de estilo (experto en lingüística del idioma español) para mejorar la sintaxis y coherencia de las oraciones de cada ítem, de esta forma, se obtiene la cuarta versión del instrumento.

5. **Prueba piloto.** Para probar la cuarta versión del instrumento, se debe aplicar una Prueba piloto (PP) en una muestra que cubra los criterios de inclusión para medir el concepto de interés acorde al objetivo del estudio.¹⁸ Se busca que las características sean similares; por ejemplo, variables sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, estado civil, estudiantes, profesionales), variables antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa, circunferencia de cintura) y variables clínicas (presión arterial, glucosa, lípidos, condición clínica). El objetivo de una PP es conocer la factibilidad del instrumento, el tiempo de respuesta y la claridad de la redacción de los ítems.^{19,20} Algunos autores recomiendan realizar una PP en un mínimo de 30 sujetos de estudio para probar un instrumento,

la razón es que este tamaño de muestra -aunque pequeño-, tiene el efecto estadístico suficiente para determinar si existe o no una distribución normal en la curva de los datos y una confiabilidad preliminar del instrumento.²¹ En la PP, los sujetos de estudio están autorizados para realizar observaciones a cualquier ítem, pueden ser consideradas para hacer algún cambio y obtener la quinta versión del instrumento.

6. **Propiedades psicométricas.** En la quinta versión del instrumento, se establecen las propiedades psicométricas preliminares. La psicometría es la ciencia encargada de medir conceptos cognitivos -por lo regular subjetivos-, que requieren de mediciones precisas de los constructos de un concepto.⁵ Las propiedades psicométricas sugeridas por establecer, son las siguientes: número de ítems (reactivos, afirmaciones o preguntas), valores máximo y mínimo de acuerdo al puntaje de respuesta, se sugiere un formato tipo Likert de cinco opciones (especificar las opciones de respuesta).²² De igual forma, establecer las dimensiones o secciones del instrumento (si procede) y especificar el número de ítems que componen cada sección y colocar los puntos de corte para clasificar el grado que se desea medir. Aquí se coloca la consistencia interna preliminar de la PP (alfa de Cronbach).²¹

7. **Prueba final.** Esta etapa consiste en probar la quinta versión del instrumento en una muestra significativa, bastante robusta para obtener un tamaño de efecto aceptable y resultados válidos y confiables. Para lograr la sexta y última versión del instrumento, la prueba estadística que se persigue en esta etapa es el análisis factorial (AF), una técnica multivariada tiene el propósito de identificar la estructura entre un grupo de variables a analizar (ítems) que subyacen de un grupo de datos o de variables, en el instrumento pueden estar representados por las secciones o dimensiones (de ahora en adelante factores).¹⁰

Con el análisis factorial, se puede explorar y confirmar si al rotar los ítems de un instrumento, se agrupan -desde el punto de vista estadístico-, en la dimensión donde originalmente el investigador agrupó los ítems -desde un punto de vista teórico.²³

Se tienen dos técnicas principales. El AF exploratorio y el AF confirmatorio. El primero, permite identificar los ítems que están interconectados más a un factor que a otro. El segundo, después de haber explorado y determinado el conjunto de ítems que pertenecen a cada factor, como su nombre lo indica, confirma un número ya determinado o preestablecido de ítems que conforman a cada factor.²⁴

Para el AF exploratorio, siempre se tiene una matriz de correlación que permite identificar la relación de cada dato con cada factor (debe tener un tamaño de efecto mayor a .30) y para el AF confirmatorio se hace alusión a los modelos de ecuaciones estructurales.¹⁰

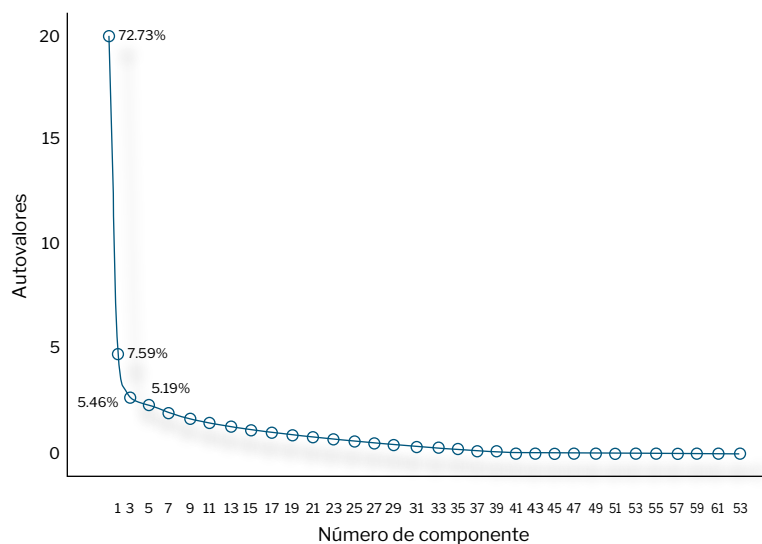
Para ambas técnicas debe tenerse en cuenta los postulados o requisitos para aplicar la técnica: normalidad de los datos, homocedasticidad de la varianza, muestras homogéneas (sujetos con características equivalentes), sin colinealidad; además de contar con previa aplicación de la

prueba muestra Kaiser-Meyer-Olkin (con valores cercanos a la unidad) y prueba de esfericidad de Bartlett (con una $p < .05$), prueban la ausencia de correlaciones significativas entre las variables.

Se debe considerar que, en muestras menores a 150 sujetos de estudio, no soporta cualesquiera de los dos análisis factoriales.²⁵ La muestra debe ser mínimo de 300 instrumentos, algunos autores recomiendan de 20 hasta 30 sujetos de estudio por cada ítem a analizar, en otras palabras, si el instrumento tiene 20 ítems, se requiere una muestra de 400 sujetos de estudio que contesten el instrumento para someterlo a un AF.¹⁸

En los análisis factoriales se requiere generar una matriz de rotación ortogonal, por lo regular, se realiza la rotación VARIMAX, que permite rotar los datos para observar la varianza explicada a través de un gráfico de sedimentación, así esclarecer en cascada, el porcentaje de la varianza en cada ítem. Por ejemplo, en la figura I, se puede identificar que los primeros cuatro ítems explican más del 70 % de la varianza del instrumento, los demás quedan casi en una línea horizontal, lo que denota consistencia entre los ítems.

Figura 1. Gráfica de sedimentación

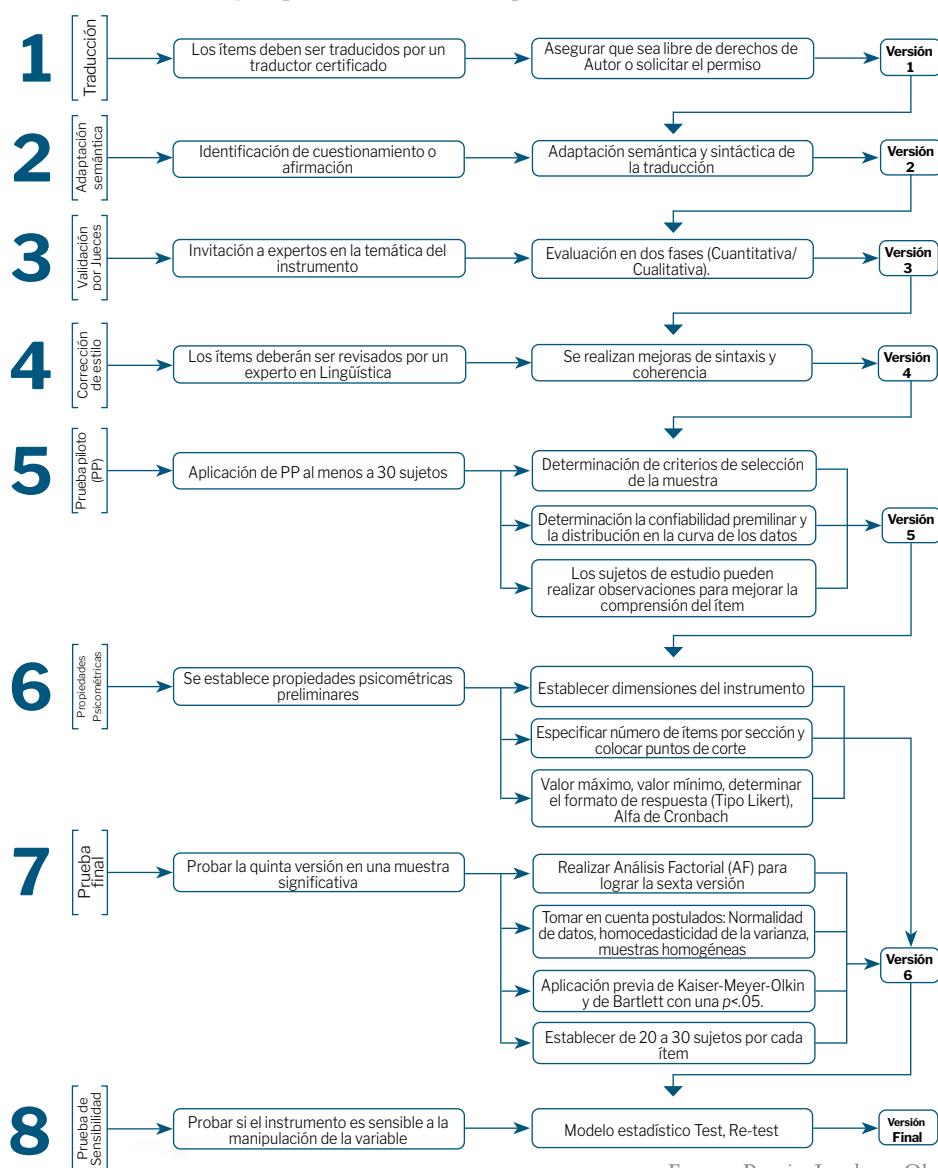


Fuente: Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado en enfermeras mexicanas²⁶

8. Prueba de sensibilidad. Los autores de este trabajo le denominan así, pues al probar que el instrumento es sensible a la manipulación de la variable, por consiguiente, al tiempo. Con un diseño experimental bajo un modelo estadístico *test, re-test*,⁵ donde la variable a manipular sea el concepto que dice medir el instrumento, después de la intervención (o las mediciones intermedias), al final, los puntajes de la variable deberían cambiar. Para lograrlo, se

requiere cumplir con las características de un ensayo clínico,²⁶ con el objetivo de tener mayor certeza en el control de variables confusoras para garantizar que los cambios en la variable se deben a la manipulación a través de la intervención de enfermería. Si después de la manipulación, en el re-test, la diferencia es estadísticamente significativa ($p < .05$), felicidades, tu instrumento es válido, confiable y sensible a la manipulación del concepto que dice medir.

Figura 2. Proceso de validación y adaptación de instrumentos psicométricos



Fuente: Propia, Landeros-Olvero et al. (2023)

Procedimiento y recomendaciones finales

Muchas veces, cuando no existen instrumentos para medir un concepto en particular, la opción es crearlo, pero esto requiere varios pasos, como una revisión profunda de la literatura, tal vez realizar previamente un análisis del concepto que mide el instrumento, y un agudo manejo de la connotación teórica alrededor del concepto que se quiera medir. Entonces, crear las afirmaciones teóricas o ítems con sus correspondientes dimensiones, después de tener esta primera versión, el instrumento tendría que ser sometido a partir de la etapa 2 que se ha mostrado en este documento.

Dentro de las propiedades psicométricas, se recomienda una escala tipo Likert de 5 puntos, para evitar el fenómeno “techo-piso”²⁷ o invertir el sentido de la puntuación en algunos ítems para asegurar la atención del sujeto que contesta y evitar el error susceptible.¹¹

En tal caso, se recomienda que los puntos de corte se hagan con base a los índices de cero a 100, utilizando cuartiles (0-25, 26-50, 51-75 y 76-100). Esto equivale a malo, regular, bueno y excelente, de esta forma agiliza la interpretación estadística.

Si se llega a realizar la etapa ocho para probar la sensibilidad del instrumento a la manipulación de la variable, se aconseja que la intervención de enfermería, sea construida con base a las premisas de una teoría y revisión previa y sistematizada de la literatura.²⁸

No se sugiere validar instrumentos con escalas de respuestas dicotómica; sin embargo, si fuera necesario, se propone consultar la validación estadística Kurder Richadson (KR-20 ó KR-21) para este tipo de escalas.²⁹

Si el instrumento existe, pero no ha sido probado en tu país, válidalo; si no está, constrúyelo

y válidalo, evita utilizar instrumentos sin confiabilidad en investigaciones o tesis de grado.

Conclusión

Este manuscrito académico presenta una propuesta para validar y adaptar instrumentos psicométricos para el desarrollo de la investigación en enfermería; no obstante, no es la única manera en que se puede realizar. La metodología depende del tipo de instrumento, objetivos del estudio, temática que se desea abordar, recursos con los que se cuenta, claridad del concepto a medir y sus constructos; además, determinar si la validación corresponde a un instrumento existente en otro idioma u otro país hispano o si se trata de la construcción original de un nuevo instrumento.

Por último, tu tesis o proyecto de investigación, puede ser la adaptación y validación de algún instrumento psicométrico que ayude a medir el cuidado de enfermería, esto implicaría una gran contribución.

Referencias

1. **García RM, Gómez ÁMG, Aguilar PI, Pérez MGP, Velázquez DL, Soriano SM, et al.** Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México. *Enferm Univ* [Internet]. 2011 [Consultado 15 Jul 2023];8(1). Disponible en: <https://cutt.ly/dwMu5Zsc>
2. **Landeros-Olvera E, Ramírez-Girón N, Yáñez-Lozano Á, Guzmán-Ramírez G, Galicia-Aguilar RM.** Temáticas y características metodológicas de la investigación de enfermería publicada en revistas mexicanas: 2010-2015. *Enferm Univ* [Internet]. 2018 [Consultado 15 Jul

- 2023];15(3). DOI <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.3.65994>
3. **Hernández-Sampieri R, Mendoza C.** Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2018.
 4. **Villasís-Keever MÁ, Márquez-González H, Zurita-Cruz JN, Miranda-Navales G, Escamilla-Núñez A.** El protocolo de investigación VII. Validez y confiabilidad de las mediciones. Rev Alerg México [Internet]. 2018 [Consultado 15 Jul 2023];65(4). Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v65i4.560>
 5. **Medrano L, Pérez E.** Manual de psicometría y evaluación psicológica. Argentina: Brujas; 2019.
 6. **Cruz-Avelar A, Cruz-Peralta ES.** Metodología para la construcción de instrumentos de medición en salud. Alerg Asma Inmunol Pediátricas [Internet]. 2018 [Consultado 15 Jul 2023];26(3). Disponible en: <https://cutt.ly/fwMiwMfy>
 7. **López FR, Avello MR, Palmero UDE, Sánchez GS, Quintana ÁM.** Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2019 [Consultado 15 Jul 2023];48. Disponible en: <https://cutt.ly/OwMietbq>
 8. **Sarabia CCM, Alconero CAR.** Claves para el diseño y validación de cuestionarios en ciencias de la salud. Enferm Cardiol [Internet]. 2019 [Consultado 15 Jul 2023];26(77). Disponible en: <https://cutt.ly/mwMieAOA>
 9. **Urrutia EM, Barrios AS, Gutiérrez NM, Mayorga CM.** Métodos óptimos para determinar validez de contenido. Educ Médica Super [Internet]. 2014 [Consultado 16 Jul 2023];28(3). Disponible en: <https://cutt.ly/dwMie1yG>
 10. **Ávila MM.** Análisis factorial confirmatorio: un modelo de gestión del conocimiento en la universidad pública. RIDE Rev Iberoam Investig Desarro Educ [Internet]. 2021 [Consultado 15 Jul 2023];12(23). DOI: <https://doi.org/10.23913/ride.v12i23.1103>
 11. **Blázquez SN.** Cuestionarios validados: una potente herramienta para la investigación. Actas Dermo-Sifilográficas [Internet]. 2017 [Consultado 15 Jul 2023];108(10). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.005>
 12. **Corvalán JG.** Inteligencia artificial: retos, desafíos y oportunidades – Prometea: la primera inteligencia artificial de Latinoamérica al servicio de la Justicia. Rev Investig Const [Internet]. 2018 [Consultado 16 Jul 2023];5(1):295. DOI: <https://doi.org/10.5380/rinc.v5i1.55334>
 13. **Rodríguez CP, Casañas SR, Collado PA, Maldonado AG, Vicente GM, Escuriet PR.** Proceso de adaptación cultural del “*Questionnaire for Assesing the Childbirth Experience (QACE)*”. Enferm Glob [Internet]. 2020 [Consultado 15 Jul 2023];19(4). Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.402271>
 14. **Lira MT, Caballero E.** Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2020 [Consultado 17 Jul 2023];31(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.08.003>
 15. **Zurita-Cruz JN, Villasís-Keever MÁ.** Principales sesgos en la investigación clínica. Rev Alerg México [Internet]. 2021 [Consultado 17 Jul 2023];68(4). Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v68i4.1003>
 16. **Antonio GG, Montes AJS, Ramírez-Girón N, Landeros-Olvera E.** Validación del instrumento de vocación de servicio al cuidado humano en estudiantes de enfermería. Index Enferm [Internet].

- 2021 [Consultado 17 Jul 2023];30(3):254-8. Disponible en: <https://cutt.ly/uwMivipA>
17. **Waltz FC, Strickland LO, Lenz RE.** Measurement in nursing and health research. 4ta ed. New York: Springer Publishing Company. 2010.
 18. **Morales-Castillo FA, Hernández-Cruz MC, Morales RMC, Landeros-Olvera EA.** Validación y estandarización del instrumento: evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. *Enferm Univ* [Internet]. 2016 [Consultado 17 Jul 2023]; 13(1):3-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.11.005>
 19. **Mora EA, Carrasco AAS, Muñoz VPM, Salinas RS, Huerta SC, Noriega EP, et al.** Características de la prueba piloto: revisión de artículos publicados en enfermería. *Rev Enferm Neurológica* [Internet]. 2015 [Consultado 19 Jul 2023];14(3):169-75. DOI: <https://cutt.ly/awMimi2M>
 20. **Muñiz J, Fonseca-Pedrero E.** Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema* [Internet]. 2019;31(1):7-16. Disponible en: <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
 21. **Yunkor-Romero YK, Ochoa-Pachas JM.** Validación interna de instrumentos de investigación en las ciencias sociales. *ACTA Juríd Peru* [Internet]. 2020 [Consultado 19 Jul 2023];3(2):112-35. Disponible en: <https://cutt.ly/WwMiWfKl>
 22. **Muñiz J.** Introducción a la psicometría teoría clásica y TRI. 1era ed. Madrid: Pirámide. 2018.
 23. **Luján-Tangarife JA, Cardona-Arias JA.** Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Arch Med* [Internet]. 2015 [Consultado 19 Jul 2023];11(31). DOI: <https://cutt.ly/2wMiW9KH>
 24. **Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I.** El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol* [Internet]. 2014 [Consultado 19 Jul 2023];30(3). DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
 25. **Roco Videla Á, Hernández Orellana M, Silva González O.** ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Nutr Hosp* [Internet]. 2021 [Consultado 20 Jul 2023]; 38(4). DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03633>
 26. **Cobos-Carbó A, Augustovski F.** Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Med Clínica* [Internet]. 2011 [Consultado 21 Jul 2023];137(5). Disponible en: <https://cutt.ly/qwMiR6Rw>
 27. **Matas A.** Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Rev Electrónica Investig Educ* [Internet]. 2018 [Consultado 21 Jul 2023];20(1). DOI: <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
 28. **Carvajal EY, Herrera BS.** Los modelos de enfermería aplicados en la práctica clínica: revisión integrativa. *Arch Med Col* [Internet]. 2018 [Consultado 21 Jul 2023];18(1):86-96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273856494008/html/>
 29. **Cascaes SF, Gonçalves E, Valdivia ABA, Bento GG, Silva CTL, Soleman HSS, et al.** Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: el uso del coeficiente alfa. *Rev Peru Med Exp Sal Púb* [Internet]. 2015 [Consultado 21 Jul 2023];32(1). Disponible en: <https://cutt.ly/6wMiYXry>