

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SONORA

SANUS

ISSN 2448-6094

VOLUMEN **NÚMERO**

6

17

2021



www.sanus.unison.mx

EDITORA

Dra. Blanca Escobar Castellanos, Profesor de Tiempo Completo, Titular A

Departamento de Enfermería, Facultad Interdisciplinaria de Ciencias Biológicas y de Salud,
Universidad de Sonora, Sonora, México.

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Patricia Cid Henríquez, Universidad de Concepción, Chile.

Dra. Dolors Juvinya Canals, Universidad de Girona, España.

Dra. Vivian Vilchez Barboza, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

MCS. Lizeth Guadalupe López López, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador
Zubiran, Cd. México, México.

Dra. Martha Parra Aguilar, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

Dra. Blanca Escobar Castellanos, Universidad de Sonora, Sonora, México.

Dr. Juan Alberto López González, Universidad de Sonora, Sonora, México.

Dra. Claudia Figueroa Ibarra, Universidad de Sonora, Sonora, México.

ASISTENTE EDITORIAL

Enf. Esp. Jacqueline Alejandra Encinas Bojorquez

Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, México.

DISEÑO EDITORIAL

L.D.G. Ramón Arturo Flores Rodríguez

Dirección de Comunicación, Universidad de Sonora, México.

BUFETE DE TRADUCCIÓN

Bertha Aurora Medina Villanueva

Servicios de traducción e Interpretación, México.

INFORMÁTICA

Dirección de Informática de la Universidad de Sonora, México.

INDEX



SANUS. Vol. 6, Número 17 (enero - diciembre de 2021), es una revista de enfermería de periodicidad anual continua, publicada por la Universidad de Sonora a través del Departamento de Enfermería de la Facultad Interdisciplinaria de Ciencias Biológicas y de Salud. Domicilio: Blvd. Luis Encinas y Rosales s/n, Col Centro, en la Ciudad de Hermosillo, Sonora, México, C.P. 83000, Tel. (662) 2592165, ext. 4700. Página web: <http://www.sanus.unison.mx>, correo electrónico: sanus.enfermeria@unison.mx. Editora: Dra. Blanca Escobar Castellanos.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2018-021216431900-203, ISSN: 2448-6094, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Responsables de última actualización: Dra. Blanca Escobar Castellanos y Enf. Esp. Jacqueline Alejandra Encinas Bojorquez; Fecha: 30 de diciembre de 2021.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura de los editores de la publicación. Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la presente publicación, siempre y cuando se cite plenamente la fuente.



CONTENIDO

INVESTIGACIÓN	Página
Satisfacción materna con manejo del dolor en posparto quirúrgico en un hospital del norte de México Julia Teresa López España, María Elena Calderón-Dimas, María Guadalupe Moreno-Monsiváis, Ma. Guadalupe Interrial-Guzmán	6
Sensibilidad a la recompensa, adicción a la comida y obesidad en madres e hijos Jesús Melchor Santos-Flores, Velia Margarita Cárdenas-Villarreal, Juana Mercedes Gutiérrez-Valverde, Luis Arturo Pacheco-Pérez, María de los Ángeles Paz-Morales, Milton Carlos Guevara-Valtier	20
Experiencia del profesional de enfermería en su relación con el estudiante durante su práctica clínica Humberto Elizalde-Ordoñez, Gabriela Ortiz-Dávalos, Kevin Julián Aya-Roa, Fanny Rodríguez-Quezada, María Mercedes Moreno-González	42
Sueño y descanso en mujeres estudiantes del área de la salud Alicia Álvarez-Aguirre, Enrique Blancarte-Fuentes, María del Rosario Tolentino-Ferrel	57
Rasgos de personalidad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios Manuel López-Cisneros, Julia Alejandra Sifuentes-Castro, Francisco Rafael Guzmán-Facundo, Juan Yovani Telumbre-Terrero, Pedro Moisés Noh-Moo	68
Efecto de una intervención de enfermería para la disminución del consumo de alcohol de riesgo en adultos mayores Alicia Álvarez-Aguirre, Leticia Casique-Casique, Benjamín López-Nolasco, Ma. del Rosario Tolentino-Ferrel	83
Incertidumbre ante la enfermedad COVID-19 en personal de enfermería de hospitales de Morelia, México Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz, Vanesa Jiménez Arroyo, Mayra Itzel Huerta-Baltazar, Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala, José Manuel Herrera-Paredes, Graciela González-Villegas	96
Sobrecarga del cuidador principal del paciente con enfermedad renal crónica durante la pandemia por SARS-CoV-2 Ana Grecia Cárabes Espino, Clara Teresita Morales-Álvarez, Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez, José Manuel Herrera-Paredes	110

REVISIÓN

- Indecisión a las vacunas: una revisión sistemática para abordar el fenómeno en Latinoamérica** 122
Bruno Michel Bernal Vaquera, Alejandro Morales Jinez, Norma Elvira Moreno Pérez
- Instrumentos para medir competencias en enfermería: revisión sistemática** 140
Lucero Vallejo-Gómez, Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz, Vanesa Jiménez-Arroyo, Mayra Itzel Huerta-Baltazar, Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala
- Impacto familiar en la recuperación de personas adultas críticamente enfermas: una revisión de la literatura** 162
Paula Ceballos-Vásquez, María Fernanda Campos-Fuentes, Valentina González-Alegría, Camila Lobos-Lavín
- Autoestima y su relación con la conducta sexual de riesgo para el VIH en migrantes: revisión sistemática** 176
Arodi Tizoc-Márquez, María Guadalupe Moreno-Monsiváis, Abraham Esquivel-Rubio, Karina Rivera-Fierro, Annel González-Vázquez
- Tratamiento farmacológico en pacientes con COVID-19: una revisión integradora** 188
María Rubí Vargas, Esthela Carolina Melendrez-Arango, María Lorena Durán-Aguirre, Lourdes Quiñones Lucero, Sandra Lidia Peralta-Peña

PRAXIS

- Proceso enfermero en neonato con retraso en la recuperación quirúrgica por atresia duodenal** 209
Itzel Andrea Sánchez-Juárez, María Luz de Ávila-Arroyo, Inés Tenahua-Quitl, Alejandro Torres-Reyes

INVESTIGACIÓN

Satisfacción materna con manejo del dolor en posparto quirúrgico en un hospital del norte de México**Maternal satisfaction with postpartum surgical pain management in a hospital in northern Mexico****Satisfação materna com a gestão da dor cirúrgica pós-parto num hospital do norte do México**Julia Teresa López-España^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3378-4940>María Elena Calderón-Dimas² <https://orcid.org/0000-0002-3721-4796>María Guadalupe Moreno-Monsiváis³ <https://orcid.org/0000-0002-7152-00244>Ma. Guadalupe Interrial-Guzmán⁴ <https://orcid.org/0000-0003-1231-4077>

1. Jefe de Servicios Académicos para el Aprendizaje del Profesor y Estudiante, Facultad de enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León México
2. Jefe de Departamento, Instituto Mexicano del Seguro Social Monterrey, Nuevo León México
3. Directora de Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León México
4. Secretaría Académica del Pregrado, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León México

*Autor para correspondencia: july0521@hotmail.com**Recibido:** 08/06/2020**Aceptado:** 17/09/2021

Resumen

Introducción: La calidad de la atención es una prioridad en el sistema de salud en especial la satisfacción del paciente. El manejo del dolor postoperatorio es un indicador que puede afectarlo. **Objetivo:** Establecer la relación entre satisfacción materna con el manejo del dolor postoperatorio, con intensidad del dolor, orientación preoperatoria, tiempo de respuesta del personal de salud y factores obstétricos en un hospital del norte de México. **Metodología:** Diseño descriptivo, correlacional. Participaron 259 con posparto quirúrgico de un hospital público de Monterrey, Nuevo León, México. Se utilizó el Cuestionario de Intensidad del dolor en el paciente. Se incluyó en el estudio a mujeres con 24 horas de posparto quirúrgico; se excluyó a mujeres con salpingoclasia o histerectomía. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Todas las participantes presentaron dolor, 61.4% refirió dolor severo en las primeras 24 horas, 69.5% señaló un tiempo de respuesta para manejo del dolor menor a 10 minutos. La media de satisfacción fue 8.9 ($DE=1.3$). Se encontró relación entre la satisfacción materna con el manejo del dolor postoperatorio y el tiempo de respuesta del personal ($p=.001$); así como con el número de cesáreas ($p=.04$). Las mujeres que recibieron orientación preoperatoria reportaron mayor satisfacción con el manejo del dolor (9 vs 8.27, $p=.001$) y menor dolor (7.87 vs 6.90, $p=.01$). **Conclusiones:** El correcto manejo del dolor debe priorizarse como criterio de calidad. La orientación preoperatoria es una práctica que debe reforzarse en la atención a pacientes quirúrgicos.

Palabras clave: Período Posparto; Satisfacción del Paciente; Dolor Postoperatorio (DeCS).

Abstract

Introduction: The quality of care is a priority in the health system, especially patient satisfaction. Postoperative pain management is an indicator that can affect it. **Objective:** Establish the relationship between maternal satisfaction with postoperative pain management, pain intensity, preoperative orientation, health personnel response time and obstetric factors in a hospital in northern Mexico.

Methodology: Descriptive, correlational design. A total of 259 postpartum surgical patients from a public hospital in Monterrey, Nuevo Leon, Mexico participated. The Patient Pain Intensity Questionnaire was used; women with 24 hours of postpartum surgery were included in the study; women with tubal ligation or hysterectomy were excluded. Descriptive and inferential statistics were used. **Results:** All participants presented pain; 61.4% reported severe pain in the first 24 hours; 69.5% reported a response time for pain management of less than 10 minutes. Mean satisfaction was 8.9 ($SD=1.3$). A relationship was found between maternal satisfaction with postoperative pain management and personnel response time ($p=.001$); as well as with the number of cesarean sections ($p=.04$). Women who received preoperative counseling reported greater satisfaction with pain management (9 vs. 8.27, $p=.001$) and less pain (7.87 vs. 6.90, $p=.01$).

Conclusions: Correct pain management should be prioritized as a quality criterion. Preoperative orientation is a practice that should be reinforced in the care of surgical patients.

Key words: Postpartum Period; Patient Satisfaction; Postoperative Pain (DeCS).

Abstrato

Introdução: A qualidade do atendimento é prioridade no sistema de saúde, principalmente a satisfação do paciente. O manejo da dor pós-operatória é um indicador que pode afetá-la. **Objetivo:** Estabelecer a relação entre a satisfação materna com o manejo da dor pós-operatória, intensidade da dor, orientação pré-operatória, tempo de resposta do pessoal de saúde e fatores obstétricos em um hospital no norte do



México. **Metodología:** Desenho descritivo e correlacional. Um total de 259 pacientes cirúrgicas pós-parto de um hospital público em Monterrey, Nuevo Leon, México participaram. O Questionário de Intensidade da Dor do Paciente foi usado; mulheres com 24 horas de cirurgia pós-parto foram incluídas no estudo; mulheres com laqueadura ou histerectomia foram excluídas. Estatísticas descritivas e inferenciais foram utilizadas. **Resultados:** Todos os participantes apresentaram dor; 61,4% relataram dor intensa nas primeiras 24 horas; 69,5% relataram um tempo de resposta para o controle da dor de menos de 10 minutos. A satisfação média foi de 8,9 (DP = 1,3). Foi encontrada uma relação entre a satisfação materna com o manejo da dor pós-operatória e o tempo de resposta do pessoal ($p = 0,001$); bem como com o número de cesáreas ($p = 0,04$). Mulheres que receberam aconselhamento pré-operatório relataram maior satisfação com o controle da dor (9 vs. 8,27, $p = 0,001$) e menos dor (7,87 vs. 6,90, $p = 0,01$). **Conclusões:** O gerenciamento correto da dor deve ser priorizado como um critério de qualidade. A orientação pré-operatória é uma prática que deve ser reforçada no cuidado ao paciente cirúrgico.

Palavras-chave: Período Pós-Parto; Satisfação do Paciente; Dor Pós-Operatória (DeCS).

Introducción

La calidad es un requisito esencial en la atención que otorga el personal de salud, demanda una entrega de cuidado accesible, individualizada y cálida, permanente y eficiente, el objetivo es satisfacer las necesidades del usuario y de los prestadores que brindan la atención. Un tema que tiene mayor interés en la gestión de la salud es la satisfacción del paciente ⁽¹⁾. Esta puede verse afectada por diversos factores, uno de los reportados en la literatura es el dolor, específicamente su manejo ⁽²⁾. Para este estudio es prioritario el dolor de tipo postoperatorio por ser uno de los más comunes ante la alta demanda de procedimientos quirúrgicos ⁽³⁻⁵⁾.

Una de las mayores demandas de atención en México es la salud reproductiva, la cual se enfatiza en la atención durante la gestación, parto y post parto. En México el 49.7% del total de mujeres corresponde a edad fértil, con una tasa de natalidad del 18.5 por cada mil habitantes ⁽⁶⁾. Es esperado que estos embarazos culminen con un parto; sin embargo, un 46.3% termina en parto quirúrgico, por lo que se incrementa al interior de los servicios de salud la demanda de cuidados postoperatorios en este grupo poblacional ⁽⁷⁾.

Algunos autores destacan que el dolor postoperatorio, suele tratarse de manera incorrecta e insuficiente. Lo anterior es confirmado en estudios, donde se reporta que alrededor del 95% de las mujeres



con posparto quirúrgico expresan dolor postoperatorio moderado, intenso o extremo ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Las consecuencias de un mal manejo del dolor, en el puerperio quirúrgico pueden desencadenar un aumento en complicaciones respiratorias y tromboembólicas ocasionadas por la disminución de movimiento de las mujeres, por efecto del dolor ^(11,12).

Esto impacta negativamente debido a que las pacientes tienen dificultad al deambular tempranamente y durante su estadía en el hospital, lo que incrementa su insatisfacción e interfiere con su relación madre-hijo en los primeros días de la vida del recién nacido, debido a que el dolor le dificulta cargarlo y atenderlo, alimentarlo con lactancia materna, produciendo ansiedad y depresión posparto ⁽¹³⁻¹⁶⁾.

La satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio ha sido estudiada por diferentes autores, quienes reportan que, a mayor orientación preoperatoria, mayor satisfacción con el manejo del dolor ^(2,15).

Así mismo, otro estudio muestra que, a mayor dolor reportado, menor satisfacción ⁽²⁾, sin embargo, en el caso del período posparto, las pacientes a pesar de que se presenta el dolor, el nivel de satisfacción es alta ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. En otro estudio realizado en España en mujeres intervenidas de cesárea donde se calificó el dolor postoperatorio, la intensidad reportó media de 3.66, imposibilitando al 58% de las mujeres a efectuar actividades como sentarse en la cama o toser. Sin embargo, 41% de las participantes que recibieron información preoperatoria, refirieron mayor satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio ⁽²⁰⁾.

Otros autores concluyen que el dolor que se experimenta en el posoperatorio de la cesárea, es la consecuencia de una experiencia única ocasionada por muchos factores, entre ellos la ansiedad, los aspectos étnicos y culturales, la cesárea previa, las mujeres jóvenes, el tipo de incisión de cesárea y el contexto, además del estado de salud del recién nacido ⁽²¹⁻²²⁾.

En otro estudio, destacan que la atención inmediata o la brevedad del personal sanitario a la necesidad de dolor después de la cirugía, es importante para la satisfacción del paciente, pues un alto porcentaje de pacientes (83.9%) que recibieron la analgesia solicitada en menos de 15 minutos, demostraron mayor satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio ⁽²³⁾.



De lo descrito anteriormente, puede apreciarse que la satisfacción se ha asociado con el dolor y su intensidad, así como con experiencia previa, orientación recibida, tiempo de respuesta o percepción de un manejo oportuno ante la presencia de dolor, y en el caso de mujeres en el posparto quirúrgico se ha asociado con el tipo de incisión quirúrgica. Sin embargo, los hallazgos no son conclusivos y en este grupo en particular los resultados parecen diferir, mientras que para unos, la intensidad del dolor disminuye, en otros la satisfacción del cuidado es alta.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, esta investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre satisfacción materna con el manejo del dolor postoperatorio, intensidad del dolor, orientación preoperatoria, tiempo de respuesta del personal de salud y factores obstétricos.

Metodología

Estudio descriptivo y correlacional. La población correspondió a pacientes durante el período de posparto quirúrgico, hospitalizadas en el departamento de obstetricia en una institución pública de seguridad social, ubicada en Monterrey, Nuevo León, México. Para la selección de pacientes, se utilizó un muestreo sistemático de uno en dos con un inicio aleatorio, se eligió al azar a la primera participante y posteriormente a una de cada dos pacientes. Se incluyó en el estudio a mujeres con un día completo de posparto quirúrgico, sin complicaciones en su evolución, ni con la salud del recién nacido; se excluyó a las que además de la cesárea, les realizaron otro procedimiento quirúrgico como salpingoclasia o histerectomía.

Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó el paquete estadístico nQuery advisor 4.0 con una correlación de .20, un nivel de significancia de .05 y un poder de 90%. Se obtuvo una muestra de 259 participantes. La recolección de datos se realizó de Enero a Marzo de 2016.

Para medir las variables del estudio: satisfacción materna con el manejo del dolor postoperatorio, intensidad del dolor, orientación preoperatoria, tiempo de respuesta del personal de salud y factores obstétrico, se utilizó el Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente (CIDP) ⁽²⁴⁾, este instrumento mide la intensidad del dolor y el nivel de satisfacción con el manejo del dolor por parte del personal de enfermería



y médico. El cuestionario ha obtenido una alfa de Cronbach, de .85, lo que significa que es confiable. Para fines de este estudio se utilizaron solo nueve ítems, que miden la intensidad y presencia del dolor, mediante una escala numérica visual, con evaluaciones que van de una puntuación de 0 a 10. La intensidad se clasificó como ausencia de dolor (valores de cero), dolor leve (1-3), dolor moderado (4-6) y dolor severo (7-10).

Así mismo, contiene una pregunta que valora la interrupción cuando hay dolor en diversas actividades como el sueño y el humor, con puntajes de 0 a 10 (0= ausencia de interrupción y 10=Alta interrupción). Para evaluar la orientación otorgada a la mujer para el tratamiento del dolor, un ítem evalúa con respuesta dicotómica (Sí/No) si le brindaron orientación. Finalmente, para evaluar la satisfacción con el tratamiento del dolor en el posparto quirúrgico, como resultado de la atención brindada por el personal de enfermería y médico, se aplicaron dos preguntas con opciones de respuesta de 0 a 10 (0 puntos= ausencia total de satisfacción y 10 puntos= la más alta satisfacción). El tiempo de respuesta para recibir el analgésico solicitado se midió con opciones de menor a 10 minutos hasta 60 minutos.

Referente a los aspectos éticos, este estudio consideró el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación ⁽²⁵⁾, y fue avalado por los Comités de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la institución de salud participante (FAEN-M-1506).

A todos los participantes se les solicitó su autorización y la firma del consentimiento informado. Durante la recolección de los datos se cuidó no interferir con la atención. Si la paciente refirió dolor durante la aplicación del instrumento, se canalizó al personal de enfermería para su manejo y después se regresó con la paciente para continuar con el cuestionario.

La captura y el análisis de los datos fue a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. El análisis inferencial fue a través de pruebas no paramétricas debido a que los datos mostraron distribución no normal mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov. Para



comprobar la relación de las variables propuestas se aplicó la correlación de Spearman y la U de Mann-Whitney para identificar diferencia entre los grupos.

Resultados

Las participantes reportaron una media de 26 años de edad ($DE=5.09$) y 10 años ($DE=2.57$) de escolaridad, lo que significa tener una preparación de preparatoria incompleta. La media de gestaciones fue de dos y el 50.2% tenía antecedente de cesárea previa.

El dolor máximo que refirieron las mujeres en las primeras 24 horas, se ubicó en una media de 7 ($DE=2.56$) y el reporte en el momento de la entrevista, obtuvo una media de 4.45 ($DE=1.81$). Al clasificar la intensidad del dolor predominó el dolor moderado, mientras que el dolor máximo presentado en las primeras 24 horas fue clasificado como severo, en 61.4% de las participantes, el dolor promedio fue calificado como moderado por 68% (Tabla1).

Tabla 1. Distribución de mujeres según la clasificación del nivel de dolor durante el puerperio quirúrgico

Intensidad del Dolor	Dolor al momento de la entrevista		Dolor máximo en las primeras 24 horas		Nivel promedio de dolor en las primeras 24 horas	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Leve	86	33.2	32	12.4	42	16.0
Moderado	133	51.4	68	26.2	175	68.0
Severo	40	15.4	159	61.4	42	16.0

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente

$n=259$

La media obtenida de la satisfacción global del manejo del dolor por parte del personal de salud, fue de 8.9 ($DE=1.30$). El personal de enfermería obtuvo una media ligeramente mayor respecto al personal médico (9.02 vs 8.87) (Tabla 2).



Tabla 2. Opinión de las mujeres de la satisfacción con el manejo del dolor por parte del personal de salud.

Satisfacción de la mujer	Media	Mediana	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Con el manejo del dolor por parte del médico	8.87	9.00	1.56	0	10
Con el manejo del dolor por parte de la enfermera	9.02	9.00	1.27	0	10
Satisfacción global	8.90	9.00	1.30	2	10

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente

 $n=259$

El 81.1% de las mujeres, refirieron solicitar analgésico cuando presentó dolor, y el promedio del tiempo de respuesta para recibirlo fue menor de 10 minutos en el 69.5% (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución, según las mujeres del estudio, sobre el tiempo de respuesta para recibir el analgésico solicitado, por el personal de salud.

Tiempo de respuesta al dolor	<i>f</i>	%
Nunca solicité medicamentos para el dolor	49	18.9
Menos de 10 minutos	180	69.5
11 a 20 minutos	24	9.3
21 a 30 minutos	4	1.5
31 a 60 minutos	8	0.2

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente

 $n=259$ Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la satisfacción materna con el manejo del dolor por tiempo de respuesta de médicos y enfermería con la intensidad del dolor que refirieron en la entrevista, el máximo dolor en las 24 horas y dolor promedio; sin embargo, se obtuvo una relación negativa estadísticamente significativa entre la satisfacción materna con el manejo del dolor por el personal de enfermería, y el tiempo de respuesta ($r_s = -.19, p = .01$), hallazgo similar en relación con la satisfacción con el



manejo del dolor por el médico con el tiempo de respuesta ($r_s = -.13, p=.03$), lo que indica, que a menor tiempo de respuesta por parte del personal de salud, mayor satisfacción de la mujer. Finalmente, cabe destacar que la satisfacción materna con el manejo del dolor se relacionó positivamente con el número de cesáreas ($r_s = .13, p=.03$), lo que significa que las mujeres que tenían mayor número de cesáreas reportaron una satisfacción mayor, estadísticamente significativa, con el manejo del dolor (Tabla 4).

Tabla 4. Cuadro de Correlación entre la satisfacción materna con el manejo del dolor y tiempo de respuesta, dolor máximo a las 24 horas y número de cesáreas

Satisfacción materna con el manejo del dolor	<i>r</i>	<i>p</i>
Tiempo de respuesta por parte de enfermería	-.19	.01
Tiempo de respuesta por parte del médico	-.13	.03
Dolor máximo a las 24 horas	.05	.83
Número de cesáreas	.12	.04

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente

n=259

La orientación preoperatoria la recibió el 82.62% de las mujeres, y uno de los hallazgos más destacado fue identificar diferencia estadísticamente significativa en la satisfacción materna con el manejo del dolor respecto a la orientación preoperatoria recibida. Las mujeres que recibieron orientación preoperatoria estuvieron más satisfechas que las que no la recibieron ($p=.001$) (Tabla 5).

Tabla 5. Diferencia entre la satisfacción percibida de las mujeres con puerperio quirúrgico sobre el manejo del dolor según la orientación preoperatoria.

Satisfacción con el manejo del dolor	Media	Mediana	Desviación Estándar	U	<i>p</i>
Recibieron orientación	9.00	9	1.46	3605	.001
No recibieron orientación	8.27	9	1.88		

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente

n=259



En las mujeres que reportaron un dolor de intensidad severo como dolor máximo en las primeras 24 horas, se analizó respecto a si recibieron o no orientación preoperatoria, Las mujeres que recibieron orientación señalan menor intensidad del dolor respecto a las que no recibieron (Media= 6.90 vs 7.87). Las mujeres que no recibieron orientación refirieron que el dolor, interfirió más en sus actividades (Media= 3.64 vs 4.38)

Discusión

Un indicador o criterio de calidad en todos los sistemas sanitarios es el manejo oportuno y adecuado del dolor; sin embargo, los hallazgos del presente estudio muestran que todas las pacientes refirieron dolor en el puerperio quirúrgico y que la mayoría manifestó en las primeras 24 horas en el postoperatorio, un nivel entre moderado a intenso. Este hallazgo, coincide con lo referido por diversos autores ^(2,8,9-12,19,20,22), quienes señalan que no son suficientes las acciones que se realizan para tratar el dolor. Este resultado es relevante debido a las limitaciones que genera y su efecto en la morbilidad de quien lo padece.

A pesar de lo anterior, la opinión del manejo del dolor obtuvo una satisfacción alta, este dato coincide con lo referido en otros estudios realizados en mujeres con características similares a las del presente estudio ^(2,9,15-18). Lo anterior evidencia qué en este grupo particular de participantes, la satisfacción se explica a través de otros aspectos, como es el caso de la orientación preoperatoria. Las mujeres que reportaron mayor satisfacción con el manejo del dolor por parte del personal médico y de enfermería fueron quienes recibieron orientación preoperatoria, este resultado fue similar con lo señalado por García ^(2,19,20). La orientación que reciben las personas de lo que va a ocurrir después de una cirugía puede producir un efecto en las expectativas de los pacientes; para las participantes en el estudio, el conocer que posterior a un evento quirúrgico se presenta dolor y que se requiere recibir un tratamiento, les permite solicitar el medicamento prescrito para aliviar el dolor oportunamente con efecto en la disminución de la intensidad del dolor.

Es importante, buscar otras causas que expliquen ese hallazgo de aumento de dolor y mayor satisfacción, debido que, en otro estudio ⁽²⁾, se incluyeron pacientes con dolor postoperatorio, pero no en puerperio



quirúrgico y ellos manifestaron menor dolor y mayor satisfacción. Lo anterior refleja que los hallazgos no son conclusivos y se requiere indagar el comportamiento de las variables en otros procedimientos quirúrgicos.

Otros aspectos relevantes que se relacionaron con la satisfacción con el manejo del dolor fueron el tiempo de respuesta del personal para el alivio del dolor, así como el número de cesáreas. Se identificó que las mujeres con menor tiempo de espera para recibir analgésico indicaron una mayor satisfacción, coincidiendo con otros autores ^(2, 19, 20). Es claro que si se atiende de forma oportuna a las personas cuando tienen dolor, la satisfacción será mayor.

Se encontró que las mujeres que reportaron un mayor número de cesáreas previas reportaron una mayor satisfacción con el manejo del dolor, este hallazgo puede atribuirse a la experiencia previa, las mujeres saben que presentarán dolor, ya tienen una expectativa para su manejo por lo que las intervenciones pueden ser evaluadas comparando la experiencia previa. Estos hallazgos deben ser considerados en las intervenciones dirigidas al control del dolor.

La estandarización del manejo del dolor postoperatorio que incluya la orientación preoperatoria y el tiempo de respuesta para atender la presencia de dolor es una estrategia que sería relevante y útil, para mejorar la satisfacción de las mujeres. Es importante que estos aspectos sean considerados independientemente del número de embarazo de la mujer, sin embargo, es relevante enfatizar la orientación a las mujeres primigestas, debido a que no cuentan con la experiencia previa. El atender estos aspectos contribuirá por un lado a disminuir el nivel de dolor en las mujeres al participar activamente en su manejo, por otro lado, contribuirá a incrementar la satisfacción con el manejo del dolor, ambos aspectos considerados indicadores o criterios de calidad al interior de las instituciones de salud.

Conclusiones

Todas las pacientes refirieron dolor en el posparto quirúrgico, una alta proporción reportó intensidad de moderada a severa en las primeras 24 horas. A pesar de ello, se evidenció un alto índice de satisfacción



materna con el manejo del dolor postoperatorio. Las pacientes que recibieron orientación preoperatoria, que esperaron menor tiempo de respuesta del personal para atender el dolor y con mayor número de cesáreas estaban satisfechas con el manejo del dolor postoperatorio.

Al ser el manejo del dolor un indicador de calidad y ante los hallazgos del estudio, cobra relevancia que los gestores del cuidado de enfermería consideren estrategias que contribuyan favorablemente a reducir la presencia e intensidad del dolor en mujeres en el posparto quirúrgico.

Limitaciones del estudio

Una limitación del estudio se atribuye al aspecto metodológico en cuanto al diseño transversal lo cual limita la causalidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto e intereses en relación al artículo.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para realizar este trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Alasad J, Tabar NA, Aburuz E. Patient satisfaction with Nursing care. Measuring outcomes in an international setting. JONA [Internet]. 2015. [consultado 5 may 2016];45:563-568 Disponible en: DOI: [10.1097 / NNA.0000000000000264](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000264)
2. Moreno M, Muñoz M, Interrial M. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. Aquichan [Internet]. 2014 [consultado 15 feb 2016];14:460-472. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.2>
3. Gerbershagen H, Pogatzki-Zahn E, Aduckathil S, Peelen L, Kappen T, Wijck A, et al. Procedure-specific risk factor analysis for the development of severe postoperative pain. Anesthesiology. [Internet] 2014. [consultado 3 ene 2016];120:1237-1245. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24356102/>
4. Consejo de Salubridad General. Estándares para implementar el modelo en hospitales. [Internet] México; 2018. [consultado 21 ene 2019]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf
5. Joint Commission International. Pain management: A systems approach to improving quality and safety. [Internet] Illinois; 2015. [consultado 12 ene 2016]. Disponible en:



https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-errata-standards-only_7th-ed-hospital.pdf

6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Natalidad y fecundidad: Sección temas natalidad [Internet] 2016. [actualización jun 2016; consultado 2 jun 2016]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica . ENADID 2014. Principales resultados [Internet] 2014. [consultado 13 feb 2016]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2014/doc/resultados_enadid14.pdf
8. Ramos-Rangel GE, Ferrer-Zaccaro LE, Mojica-Manrique VL, La Rotta MG. Manejo analgésico durante el postoperatorio de cesárea: estrategias farmacológicas. Rev Colomb Anestesiol [Internet] 2017. [consultado 3 feb 2018];45:327–334. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2017.08.001>
9. Ruedas Y, García C. Intensidad del dolor agudo postoperatorio y la satisfacción del paciente con manejo del dolor. [Tesis de licenciatura]. Guatemala, Universidad San Carlos. 2018:1-77. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11091.pdf
10. Cooklin A, Amir L, Jarman J, Midwifery G, Cullinane M, Donath S. Maternal physical health symptoms in the first 8 weeks postpartum among primiparous Australian women. BIRTH issues in perinatal care. [Internet] 2015. [consultado 5 ene 2016]; 42(3):254-260. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/birt.12168>
11. Chou R, Gordon DB, De Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. J Pain [Internet] 2016 [consultado 10 mar 2017];17(2): 131-157. Disponible en: DOI: [10.1016 / j.jpain.2016.02.002](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.002)
12. Suárez A. Incidencia del dolor crónico tras la intervención quirúrgica de cesárea. [Tesis Doctoral] España, Universidad Complutense de Madrid. 2018;1-197. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/50263/1/T40669.pdf>
13. Domke R., Contreras V., Contreras F., Carboneli P. Manejo del dolor Agudo Postoperatorio en operación cesárea. Revist Chil Obst Ginecol [Internet] 2018. [consultado 5 ene 2019];83(6):635-642. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262018000600635>
14. Bijl R, Freeman L, Weijenborg P, Middeldorp J, Dahan A, Dorp E. A retrospective study on persistent pain after childbirth in the Netherlands. J. Pain Res [Internet] 2016. [consultado 3 mar 2017];9:1-8. Disponible en: DOI: [10.2147 / JPR.S96850](https://doi.org/10.2147/JPR.S96850)
15. Kisa S, Zeyneloğlu S. Opinions of women towards cesarean delivery and priority issues of care in the postpartum period. Appl Nurs Res [Internet] 2016. [consultado 10 mar 2017];30:70-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.004>
16. Lozano Meza E C. Nivel de Satisfacción de la puerpera post cesárea sobre el cuidado que Brinda la enfermera en el servicio de ginec obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis de Posgrado] Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú 2017. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7307/Lozano_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Maehara K, Mori E, Tsuchiya M, Iwata H, Sakajo A, Tamakoshi K. Factors affecting maternal confidence and satisfaction in older Japanese primiparae during postpartum hospital stay. International Journal of









- Nursing Practice [Internet] 2016. [consultado 4 ene 2017];1:14-21. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ijn.12435>
18. Rodríguez S, De la Cruz J, Roldan L, Terukina R, Placencia M, Moncada R. Nivel de satisfacción de gestantes atendidas según el tipo de parto en la clínica Good Hope. Revista Facultad de Medicina Humana [Internet] 2017. [consultado 11 octubre 2018];17(1):19-25. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v17.n1.744>
 19. Unyen Pinedo LM. Satisfacción ante el manejo del dolor posoperatorio en el Hospital II SuárezAngamos [Tesis de Posgrado] Lima, Universidad Mayor de San Marcos, Perú, 2010 Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/13416/Unyen_Pinedo_Lilian_Melissa_2010.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 20. Gracia I. Calidad percibida por las mujeres intervenidas de cesárea, ante el manejo del dolor postoperatorio en cirugía obstétrica. Revista Nure Investigación [Internet] 2004. [consultado 23 ene 2016];8:1-8. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/185/168>
 21. Niklasson B, Georgsson S, Segerdahl M y Blanck A. risk factors for persistent pain and its influence on maternal wellbeing after cesarean section. AOGS. [Internet] 2015; 94:622-628. Disponible en: <http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/aogs.1263>
 22. Carvalho N, Costa B, Fortunato CH, Covalante T, Silva B, Varanda L. Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesáreas. Enfermería Global [Internet]. 2017. [consultado 18 mar 2018];48:354-366. Disponible: <http://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
 23. Gallego, J I., Rodríguez de la Torre, M.R., Vázquez, G. J, Gill, M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dolor [Internet] 2004. [consultado 2 ene 2016];11(4):197-202. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000400003
 24. McCaffery M, Pasero C. Pain: Clinical Manual. St. Louis: Mosby. 1999.
 25. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. 2014. [consultado 5 dic 2016]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014

Cómo citar este artículo: López-España J, Calderón-Dimas ME, Moreno-Monsiváis MG, Interrial-Guzmán MG. Satisfacción materna con manejo del dolor en posparto quirúrgico en un hospital del norte de México. SANUS [Internet] 2021. [citado dd mm aa];6:e171. Disponible en: DOI/URL



INVESTIGACIÓN

Sensibilidad a la recompensa, adicción a la comida y obesidad en madres e hijos**Sensitivity to reward, food addiction and obesity in mothers and children****Sensibilidade à recompensa, dependência alimentar e obesidade em mães e filhos**Jesús Melchor Santos-Flores¹ <https://orcid.org/0000-0002-9110-9575>Velia Margarita Cárdenas-Villarreal² <https://orcid.org/0000-0001-9315-3193>Juana Mercedes Gutierrez-Valverde³ <https://orcid.org/0000-0001-9506-5947>Luis Arturo Pacheco-Pérez⁴ <https://orcid.org/0000-0002-3765-5559>María de los Ángeles Paz- Morales⁵ <https://orcid.org/0000-0002-4111-8499>Milton Carlos Guevara-Valtier^{6*} <https://orcid.org/0000-0001-7291-3931>

1. Maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León., Facultad de Enfermería. Monterrey, N. L., México.
2. Doctorado en Cultura del Cuidado de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, N. L., México.
3. Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, N. L., México.
4. Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, N. L., México.
5. Doctorado en Educación. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería.
6. Doctorado en Educación. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería

*Autor para correspondencia: milton.guevarav@uanl.mx**Recibido:** 21/02/2021**Aceptado:** 11/08/2021

Resumen

Introducción: El sobrepeso y la obesidad se consideran una epidemia que afecta a la población de todas las edades. Las características presentes en la diada madre e hijo escolar como la sensibilidad a la recompensa al comer en exceso y la adicción a la comida pueden ser potenciales reguladores del peso corporal. **Objetivo:** Conocer la influencia de la sensibilidad a la recompensa, la adicción a la comida y estado nutricional materno sobre la sensibilidad a la recompensa, la adicción a la comida y estado nutricional del hijo. **Metodología:** Diseño descriptivo-correlacional. Muestra conformada por 218 diada. Se midió el peso y talla, se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, y cuatro instrumentos de medición. Los datos se capturaron y analizaron mediante el SPSS. **Resultados:** El 69.3% de las madres presentaron sobrepeso y obesidad, en los hijos el 27.9%. Reportaron alta sensibilidad a la recompensa (38.4 y 40.4), medias mayores en aquellos con sobrepeso y obesidad ($p < .001$). El 13.8% de las madres y el 8.3% de los hijos presentaron adicción a la comida. Madres e hijos con adicción a la comida presentaron mayor puntaje de sensibilidad a la recompensa ($p < .001$). El índice de masa corporal, sensibilidad a la recompensa y adicción a la comida de la madre influyeron sobre el índice de masa corporal del hijo ($p < .005$). **Conclusiones:** Estas características de la madre estarían presentes en los niños, podrían aumentar conforme aumenta la edad, persistir en la edad adulta y ser transmitidas hacia sus futuros hijos.

Palabras clave: Obesidad; Adicción a la Comida; Recompensa; Conducta Materna (DeCS).

Abstract

Introduction: Overweight and obesity are considered an epidemic that affects the population of all ages. The characteristics present in the mother and school age children dyads such as sensitivity to the reward upon eating in excess and the addiction to food can be potential regulators of body weight. **Objective:** Understand the influence of sensitivity to rewards, addiction to food and the maternal nutritional status in regard to sensitivity to rewards, addiction to food and nutritional status of children. **Methodology:** Descriptive-correlational design. Sample composed by 218 pairs. Weight and size were measured, applying a sociodemographic data card, as well as four measurement instruments. The data was captured and analyzed throughout SPSS. **Results:** 69.3% of the mothers were overweight and obese, and 27.9% of the children. They reported high sensitivity to reward (38.4 and 40.4), and mean higher in those overweight and obese ($p < .001$). 13.8% of mothers and 8.3% of the children presented addiction to food. Mothers and children with addiction to food showed a higher score of sensitivity to reward ($p < .001$). The body mass index, sensitivity to reward and addiction to food on the mothers' behalf influenced the body mass index of the child ($p < .005$). **Conclusions:** These maternal characteristics would be present in children, they can increase according to age, persist into adult age and be transmitted towards their future children.

Key words: Obesity; Food Addiction; Reward; Maternal Behavior (DeCS).



Abstrato

Introdução: O sobrepeso e a obesidades ao considerados uma epidemia que afeta a população de todas as idades. As características presentes nas díades da mãe e do filho na escola, como a sensibilidade à recompensa por comer demais e dependência alimentar, podem ser potenciais reguladores do peso corporal. **Objetivo:** Conhecer a influência da sensibilidade à recompensa, o vício no alimento e o estado nutricional materno na sensibilidade e à recompensa, o vício no alimento e o estado nutricional da criança. **Metodologia:** Desenho descritivo-correlacional. Amostra composta por 218 díades. O peso e a estatura foram medidos, um cartão de dados socio-demographic foi aplicado e quatro instrumentos de medição. Os dados foram capturados e analisados usando o SPSS. **Resultados:** O 69,3% das mães apresentavam sobrepeso e obesidade, nas crianças 27,9%. Eles relatara malta sensibilidade à recompensa (38,4 e 40,4), médias mais altas naqueles com sobrepeso e obesidade ($p < 0,001$). 13,8% das mães e 8,3% das filhas tinham dependência alimentar. Mães e crianças com dependência alimentar tivera um maior e score de sensibilidade à recompensa ($p < 0,001$). O índice de massa corporal, a sensibilidade à recompensa e a dependência alimentar da mãe influenciaram o índice de massa corporal da criança ($p < 0,005$). **Conclusões:** Essas características da mãe estariam presentes nos filhos, poderiam aumentar com o aumento da idade, persistir na ida de adulta e serem transmitidas a os futuros filhos.

Palavras-chave: Obesidade; Dependência alimentar; Recompensa; Comportamento materno (DeCS).

Introducción

El sobrepeso y la obesidad (SP/OB) se consideran una epidemia ^(1, 2) y el quinto factor de riesgo de muerte a nivel mundial, son consideradas como primeras causas de diabetes mellitus tipo 2 y de otras enfermedades como cardiopatías isquémicas, algunos tipos de cáncer y muerte prematura ⁽³⁾. La Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁾ reporta que 52% de la población mundial adulta presenta SP/OB y 18% de la población infantil. En México las prevalencias son mayores un 72% en población adulta y 33.2% en niños presentan esta condición ⁽⁵⁾.

El aumento del SP/OB tanto en adultos como en niños hace necesario conocer las causas que lo generan. Estudios han identificado factores contribuyentes al SP/OB, incluyendo el acceso a la comida hipercalórica, el consumo de cantidades de comida desmesurada y la reducción del ejercicio ^(6, 7). Sin embargo, recientemente algunas variables que han cobrado interés para explicar el desarrollo del SP/OB



han sido la sensibilidad a la recompensa (SR) al comer en exceso y la adicción a la comida (AC), los cuales pueden ser considerados como posibles reguladores del peso corporal ^(7, 8).

La SR se refiere a la búsqueda de sustancias, experiencias apetitivas y gratificantes en el contexto de la alimentación ⁽⁹⁾. Se ha observado en madres de familia con alta SR algunos problemas alimenticios asociados con el SP/OB así mismo la AC refiriéndose a esta como a la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido calórico acompañada de pérdida de control y antojos intensos de alimentos, algunos autores mencionan que podría ser un fenotipo del SP/OB ^(6, 8, 10, 11 - 14).

Tanto la SR y la AC podrían estar relacionadas con el SP/OB, existe la posibilidad directamente proporcional de que los niños con alta SR y AC tengan madres con esa misma situación ⁽¹⁵⁾. Dado que las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos en los hijos escolares pudieran estar condicionados principalmente por la madre, considerada la principal proveedora y responsable de preparar alimentos en el hogar en la mayoría de los casos ^(9, 15, 16), es importante conocer la relación de estas variables puesto que el grupo de menores de edad se encuentra en riesgo de desarrollar la SR asociada con una conducta adictiva y con el SP/OB influenciado principalmente por conductas maternas ^(7, 9, 14, 15, 17, 18).

El presente estudio contribuirá al repertorio de conocimientos de enfermería y de la salud en general a identificar factores de la conducta alimentaria y comprender las conductas adictivas de recompensa y de qué manera esta se ve influenciada por la madre en el hijo ^(15, 17), se podrán desarrollar estrategias de prevención y promoción eficaces enfocadas en la disminución del impacto de las conductas maternas en el hijo ⁽⁹⁾. Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue determinar la influencia de la sensibilidad a la recompensa, adicción a la comida, y estado nutricional de la madre sobre la sensibilidad a la recompensa, adicción a la comida y estado nutricional del hijo escolar.



Hipótesis de investigación

Ho= El índice de masa corporal, la sensibilidad a la recompensa y la adicción a la comida de la madre no influyen sobre el índice de masa corporal, la sensibilidad a la recompensa y la adicción a la comida en el hijo escolar.

Ha= El índice de masa corporal, la sensibilidad a la recompensa y la adicción a la comida de la madre influyen sobre el índice de masa corporal, la sensibilidad a la recompensa y la adicción a la comida en el hijo escolar.

Metodología

Diseño del estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo-correlacional.

Variables de estudio

La SR materna es la conducta manifestada por la madre sobre la búsqueda de alimentos que le desencadenan experiencias apetitivas y gratificantes, sentirse emocionada, llena de energía y tener ganas de experimentar nuevas sensaciones. La SR del hijo es la conducta del hijo observada por la madre sobre los alimentos que le desencadenan experiencias apetitivas y gratificantes, lo hacen sentir emocionado, lleno de energía y consumir alimentos por gusto anhelando nuevas emociones y sensaciones. La AC materna es la conducta que manifiesta la madre sobre la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido calórico acompañada de pérdida de control, tolerancia, abstinencia, deseo, mayor tiempo invertido en el consumo de alimentos, abandono de actividades importantes, consumo a pesar de las consecuencias y una alteración clínica importante. La AC del hijo escolar, es la conducta que manifiesta el hijo escolar sobre la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido calórico acompañada de pérdida de control, tolerancia, abstinencia, deseo, mayor tiempo invertido en el consumo de alimentos, abandono de actividades importantes, consumo a pesar de las consecuencias y una alteración clínica importante.



El índice de masa corporal (IMC) en la madre es el resultado de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado (kg/m^2), de bajo peso (<18.5), peso normal ($18.5-24.9$), sobrepeso ($25-29.9$), obesidad (>30). El IMC en el hijo escolar es el resultado de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado (kg/m^2), considerando el percentil para peso normal (<85), sobrepeso ($85-94.9$) y obesidad (≥ 95) dependiendo de la edad y sexo. La edad de la madre fue el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de la madre, se evaluó en términos de años que reportó tener la madre al momento de la entrevista, así como la edad del hijo escolar fue el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento del escolar, se evaluó en términos de años que reportó tener el hijo escolar al momento de la entrevista y el sexo del hijo escolar es lo que se atribuye a las mujeres y a los hombres social y culturalmente a partir del sexo biológico, se evaluó correspondientemente al reporte verbal en términos de femenino o masculino que reporte el hijo escolar.

Población, muestra y muestreo

La población de interés estuvo conformada por 703 diadas (madres e hijos de entre 6 a 12 años), escolarizados en una institución de educación pública de Nuevo León. El muestreo fue probabilístico por conglomerados unietápico.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el paquete estadístico nQuary Advisor® versión V7.0, se estimó a partir de un Modelo de Regresión Lineal Múltiple con 5 variables independientes con un nivel de significancia de .05, una potencia del .90 y un Coeficiente de Determinación R^2 de .08⁽¹⁹⁾. Se obtuvo una muestra de 196 participantes, al considerar una tasa de no respuesta del 10% se obtuvieron 218 diada madre e hijo escolar.

Criterios de inclusión

Madres y niños escolares que puedan permanecer de pie al menos 5 minutos para la medición de peso y talla. Madres de niños escolares que acepten su participación, así como la de su hijo de forma voluntaria en el estudio.



Criterios de exclusión

Niños escolares con alguna incapacidad física. Madres con analfabetismo y/o alguna limitación física.

Mediciones

Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos para registrar la edad (años), sexo (masculino y femenino), escolaridad (años de estudio), peso (kg) y talla (cm) y cuatro cuestionarios. Para medir la SR materna se utilizó la Escala del Sistema de Activación Conductual (BAS, por sus siglas en inglés) de Carver ⁽²⁰⁾ en su versión al español ⁽²¹⁾. La SR del hijo escolar mediante la Escala del Sistema de Activación Conductual versión para padres (BASP, por sus siglas en inglés) ⁽²²⁾.

La escala BAS y BASP tienen 13 ítems respectivamente, se dividen en 3 subescalas, la primera es Sensibilidad a la Recompensa con 5 ítems ^(2, 4, 8, 10 y 13), la segunda se denomina Motivación con 4 ítems ^(1, 5, 7 y 12) y la tercera Búsqueda de emociones con 4 ítems ^(3, 6, 9 y 11), mismos que se califican por medio de una escala Likert de 4 puntos que van desde 1= Totalmente en desacuerdo a 4= Totalmente de acuerdo, las puntuaciones más altas indican una mayor SR. La escala BAS obtuvo un α de Cronbach de .93 en el presente estudio, mientras que la escala BASP un α de Cronbach de .94.

Con la Escala de Adicción a la Comida de Yale (YFAS) ⁽²³⁾ se midió la AC de la madre, con respecto a la AC del hijo esta se midió con la Escala de Adicción a la Comida de Yale versión para niños (YFAS-C) ⁽¹⁵⁾. Están basadas en los criterios de dependencia de sustancias del Diagnostic Medical Sonography (DMS-V) al ajuste del comportamiento alimentario. Estas medidas de autoinforme constan de 25 ítems, incluyen respuestas tipo Likert (nunca hasta 4 o más veces a la semana) y dicotómicas (sí o no). Las escalas constan de 7 dimensiones de síntomas, que se distribuyen de la siguiente manera: 1) mucho tiempo invertido en el consumo, 2) tolerancia, 3) abstinencia, 4) deseo persistente, 5) alimento consumido en mayor cantidad y durante un período más largo de tiempo, 6) abandono de actividades importantes, 7) consumo a pesar de las consecuencias, y significancia clínica.



El diagnóstico de la AC, se obtiene a través de la suma de al menos 3 síntomas y 1 significancia clínica. En el presente estudio la escala YFAS presentó un α de Cronbach de .94. Mientras que la escala YFAS-C un α de Cronbach de .92.

Para evaluar el estado nutricional, se llevaron a cabo mediciones de peso y talla mediante una báscula marca SECA 750 previamente calibrada se realizó la medición de peso y mediante un estadímetro portátil marca SECA 213 la toma de talla tanto para la madre como para el hijo. Se obtuvo, el Índice de Masa Corporal (IMC) mediante la fórmula $IMC = kg/m^2$, con éste, se clasificó a cada madre de acuerdo a criterios de la OMS (24) en condición de bajo peso (<18.5), peso normal (18.5-24.9), sobrepeso (25-29.9) y obesidad (>30), para el hijo se utilizó la clasificación de la CDC ⁽²⁵⁾ considerando el percentil para peso normal (<85), sobrepeso (85-94.9) y obesidad (≥ 95) dependiendo de la edad y sexo.

Procedimientos

En primera instancia se solicitaron las autorizaciones de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de las autoridades de la institución educativa. El número de registro del comité fue F-1503.

Se entregó una invitación a los niños para citar a sus madres y así mismo se les brindó el consentimiento informado para madres y la carta de asentimiento para niños días previos a la administración de los instrumentos de medición.

Una vez que las madres enviaron de vuelta la invitación a través de sus hijos se revisaron los consentimientos informados y asentimientos de las madres que aceptaron formar parte del estudio. En los días y horarios programados se les pidió que se ubicaran en un aula condicionada, nuevamente se explicó el objetivo y las instrucciones para contestar cada instrumento protegiendo la privacidad tanto de la madre como del hijo mediante el anonimato. Posteriormente se procedió a la medición del peso y talla conforme a las consideraciones determinadas en la NOM-031-SSA2-1999, NOM-043-SSA2-2012 y NOM-047-SSA2-2015.



Análisis estadístico

Los datos se capturaron y analizaron mediante el uso del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva para variables sociodemográficas e inferencial para variables de estudio. Se utilizó U de Mann-Whitney, Chi-cuadrado de Pearson y el Coeficiente de Correlación de Spearman. Para la estimación de los efectos sobre variables dependientes continuas, como el IMC y la SR, se recurrió a Modelos de Regresión Lineal Múltiple y Regresión Logística en el caso de la AC.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud ⁽²⁶⁾. El presente estudio se apegó a los aspectos éticos para el desarrollo de la investigación en seres humanos.

Resultados

Participaron 218 diadas. El 57.3% de las madres se encontraban casadas y el 71.6% se dedicaban al hogar, la media de edad fue de 33.95 años ($DE = \pm 4.86$), el promedio de años de estudio fue de 11.9 ($DE = \pm 2.45$). Con respecto a las características antropométricas el 38.1% presentó SP y el 31.7% OB, la media de IMC fue de 27.8 ($DE = \pm 4.83$).

De acuerdo a los datos sociodemográficos y antropométricos de los hijos escolares, se aprecia que el 50.9% de las participantes fueron de sexo femenino, la media de edad fue de 9.8 años ($DE = \pm 1.49$). Con respecto a las características antropométricas el 72% de los hijos se encontraron en el percentil de IMC de peso normal, el 12.80 % en SP y el 15.1% en OB. La media de IMC fue de 18.1 ($DE = \pm 3.95$).

De acuerdo a la SR materna y del hijo escolar; se presentó una media de SR de 38.4 ($DE = \pm 10.78$) en madres. Con respecto a la comparación entre madres con IMC normal la media de SR fue de 29.44 ($DE = \pm 12.12$), siendo mayor en madres con SP ($\bar{X} = 41.2$, $DE = \pm 7.89$) y OB ($\bar{X} = 43.7$, $DE = \pm 6.83$). Las madres



con un IMC más elevado presentaron medias de puntajes de SR más altas ($H = 49.64$, $p < .001$). No se presentaron diferencias significativas en cuanto a la edad ($p > .05$).

En hijos se reportó una media de SR de 40.4 ($DE = \pm 10.50$), con respecto a la comparación entre hijos con IMC normal la media de SR fue de 38.7 ($DE = \pm 11.21$), siendo mayor en hijos con SP ($\bar{X} = 42.4$, $DE = \pm 7.98$) y OB ($\bar{X} = 47.1$, $DE = \pm 5.59$), los hijos con IMC elevado presentaron una SR más alta en comparación con los hijos de IMC normal ($H = 20.73$, $p < .001$). No se reportaron diferencias significativas en cuanto a la edad y sexo ($p > .05$).

Con respecto a la AC, el 13.8% de las madres y el 8.3% de los hijos presentaron AC. De acuerdo a la categoría de IMC se reportó en mayor frecuencia la AC en madres con SP (10.8%) y OB (29%), en madres con IMC normal se presentó la AC en menor frecuencia (1.50%). Se reportó un mayor porcentaje de AC en hijos con edades de entre 11 y 13 años (16.5%), en comparación con hijos más jóvenes quienes reportaron porcentajes de entre 2.5 y 3.8% ($\chi^2 = 12.477$, $p = .002$). De acuerdo a la categoría de IMC se reportó en mayor frecuencia la AC en hijos con SP (14.3%) y OB (24.2%), en hijos con IMC normal se presentó en menor frecuencia (3.8%) ($\chi^2 = 16.553$, $p < .001$), estas diferencias fueron significativas.

En la tabla 1, las madres con AC presentaron una media de SR mayor en comparación con las madres sin AC ($U = 1363$, $p = .001$). Así mismo los hijos con madres que presentaron AC, tenían una media de SR mayor ($U = 1375.50$, $p = .001$). De acuerdo a las madres con hijos que presentaron AC, estas presentaron una media de SR más alta en comparación con aquellas madres que tuvieron hijos sin AC ($U = 664$, $p = .001$). Con respecto a los hijos con AC, tuvieron una SR más alta que aquellos sin AC ($U = 681.50$, $p = .001$).

Las variables SR materna y el IMC de la madre se correlacionaron de manera positiva y significativa ($r_s = .442$, $p = .001$), a mayor SR materna mayor era el IMC. En el caso de las variables de SR del hijo y el IMC del hijo de igual manera se encontró correlación positiva y significativa ($r_s = .326$, $p < .001$), a mayor SR del hijo mayor era su IMC. Se encontró correlación positiva y significativa entre la SR materna y la SR del



hijo ($r_s = .837, p < .001$), es decir, a mayor SR en la madre mayor era la SR en el hijo. Entre el IMC de la madre y el IMC del hijo ($r_s = .461, p < .001$), a mayor IMC de la madre mayor era el IMC en su hijo.

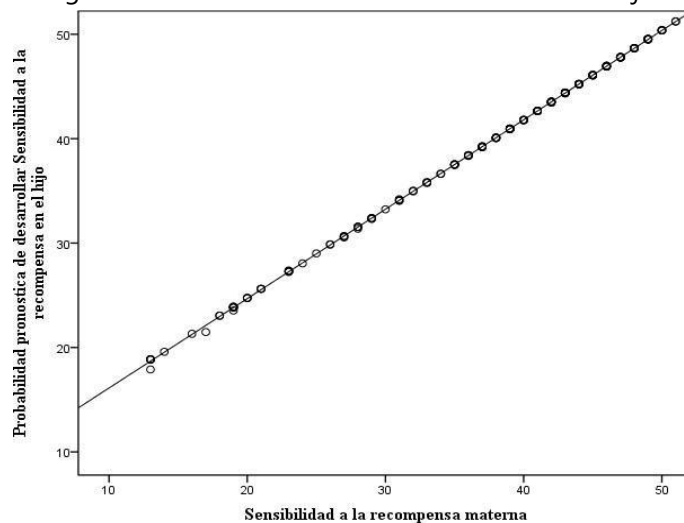
Tabla 1. Diferencia en la AC de acuerdo a SR en madres e hijos

AC de la madre		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	SR			<i>U</i>
					<i>DE</i>	<i>Valor Min</i>	<i>Valor Max</i>	
Madre	Con AC	30	46.00	48.50	7.40	28	52	1363**
	Sin AC	188	37.24	40.00	10.76	13	52	
Hijo	Con AC	30	47.00	50.00	7.55	19	52	1375.50**
	Sin AC	188	39.43	43.00	10.65	13	52	
AC del hijo		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	SR			
					<i>DE</i>	<i>Valor Min</i>	<i>Valor Max</i>	
Madre	Con AC	18	47.67	52.00	7.68	28	52	664.0**
	Sin AC	200	37.62	40.50	10.64	13	52	
Hijo	Con AC	18	48.44	52.00	6.55	32	52	681.5**
	Sin AC	200	39.76	43.00	10.61	13	52	

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *Valor Min* = valor mínimo, *Valor Max* = valor máximo, *U* = U de Mann-Whitney, ** = $p < .001$, $n = 218$

Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple con el método "Backward" con la SR del hijo como variable dependiente; se encontró que la SR materna presentó significancia estadística ($p = .001$), explicó un 75.8% de la varianza, $F(1, 217) = 680.52, p = .001$, IC 95% [4.96, 10.13] (Figura 1).

Figura 1. Efecto de la SR materna sobre la SR del hijo.

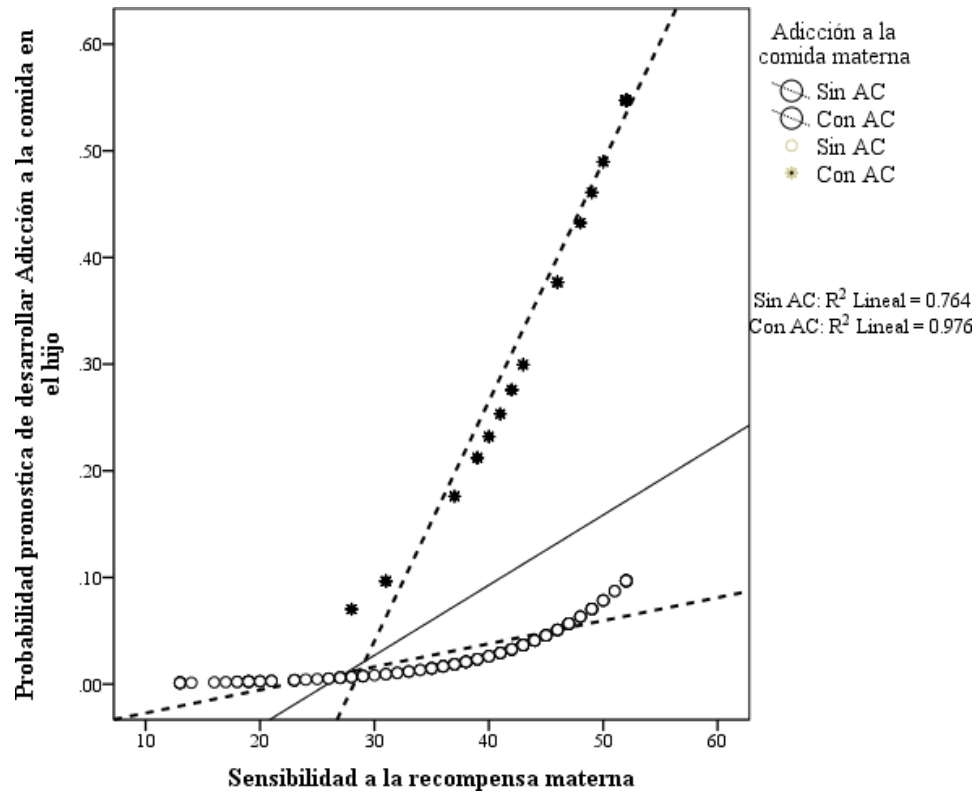


Fuente: Elaboración propia



Posteriormente se realizó un Modelo de Regresión Logística con el método "Backward" con la AC del hijo como variable dependiente. Las variables que contribuyen al modelo son la SR materna ($OR = 1.122$, $p = .019$) y la AC de la madre ($OR = 9.381$, $p = .001$) observando significancia estadística ($R^2 = 37.6\%$, $p = .001$) (Figura 2).

Figura 2. Efecto de la SR y AC materna sobre la AC del hijo.

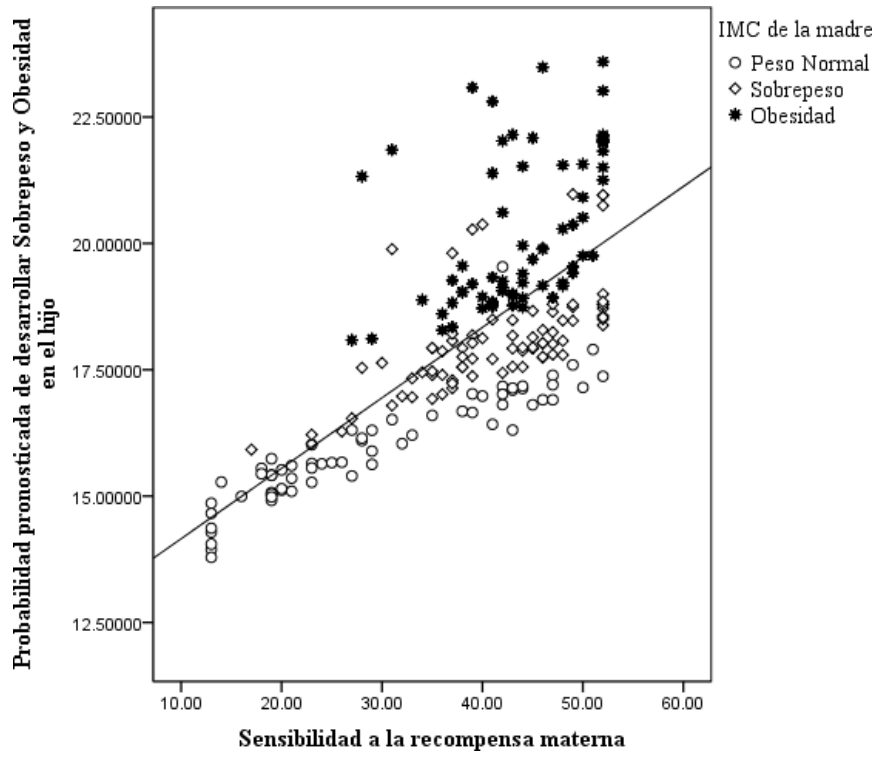


Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las variables que influyeron en el IMC del hijo. Los resultados de los Coeficientes de Regresión Lineal Múltiple muestran solo un modelo con significancia estadística, $F(5, 212) = 25.92$, $p = .001$, IC 95% [5.75, 11.44]. La SR materna, AC de la madre e IMC de la madre influyen de manera significativa sobre el IMC del hijo ($p = .001$) (Figura 3 y 4).

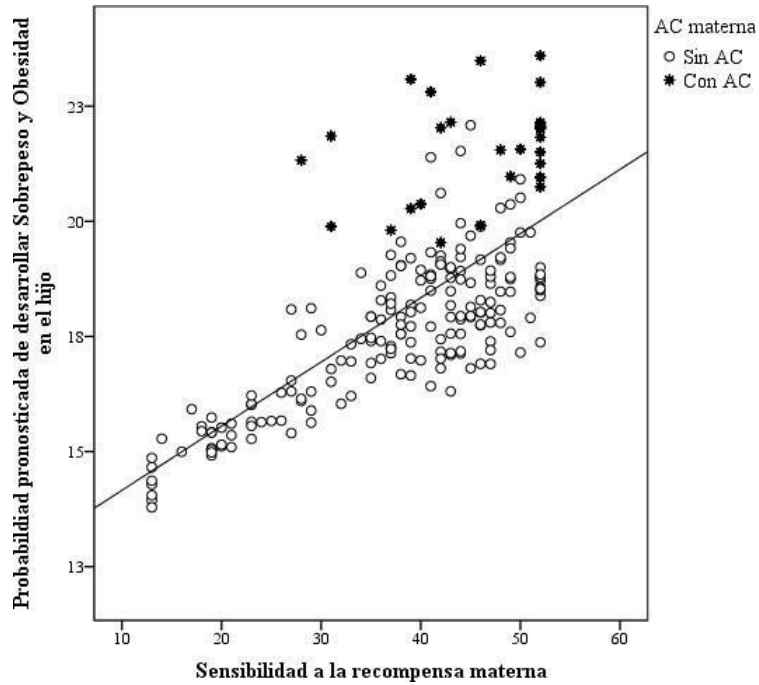


Figura 3. Efecto de la SR e IMC de la madre sobre el IMC del hijo.



Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Efecto de la SR y AC materna sobre el IMC del hijo.



Fuente: Elaboración propia



Discusión

El presente estudio se incorpora a la literatura limitada sobre la SR y la AC en diada madre e hijo escolar, basada en el autoinforme de la madre y del hijo. Los resultados en gran parte replicaron los hallazgos de otros estudios realizados en adultos y niños y demuestra que el BAS, BASP, YFAS y YFAS-C son medidas apropiadas para evaluar la SR y AC en ambas poblaciones, de este modo se puede determinar que la SR y la AC no están restringidas a la población adulta, sino que también se presentan a temprana edad en niños escolares ^(8, 9, 15, 27).

En cuanto a las características antropométricas en las madres, la mayoría presentaron sobrepeso y obesidad (SP/OB), se reportó una media de Índice de Masa Corporal (IMC) de 27.28kg/m², similar a lo encontrado por diferentes autores ⁽²⁸⁾ donde reportaron una media de 27.40kg/m², esta cifra sigue siendo superior a lo encontrado por la mayoría de las investigaciones donde la media de IMC de los adultos osciló entre 21.70 y 26.90kg/m² ^(8, 13, 14, 15). En el contexto mexicano las prevalencias de SP/OB son elevadas y unas de las más altas a nivel mundial, siendo superiores a las prevalencias de los países donde realizaron los estudios previos, en México el SP/OB se encuentra presente en un 72% de la población adulta, los resultados del presente estudio son similares a los resultados a nivel nacional ⁽⁵⁾.

En los hijos, 28% fueron identificados con SP/OB, similar a lo reportado por otros autores ^(18, 29) y coincidiendo con los reportes emitidos por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ⁽⁵⁾ donde señala que 33.2% de la población infantil presenta esta condición de salud a nivel nacional.

La media de SR en madres (38.44) fue superior a lo reportado por otros estudios ^(8, 13, 14). Dado que las madres con SP/OB presentaron medias más altas de SR posiblemente las diferencias en cuanto a los puntajes de SR pudieran deberse a la alta prevalencia de SP/OB reportada en el estudio actual, quizá las madres con SP/OB tengan densidades de receptores dopaminérgicos D2 más bajas, lo que implica una alta SR, además es probable que presenten neuroadaptaciones a la hiperactividad de los circuitos de recompensa a nivel cerebral, sirviendo como un factor de riesgo para comer en exceso y tener SP/OB ⁽³⁰⁾.



La media de SR en los hijos (40.47) fue más alta que la reportada por otros autores en donde la media obtenida fue entre 32.10 a 34.57^(9, 17, 18). La SR no presentó diferencias significativas según sexo y edad de los hijos, este hallazgo concuerda con lo reportado por estudios previos^(9, 17, 18). En cuanto a la SR y el IMC, los hijos con alta SR presentaron mayor SP/OB, la mayor parte de la literatura ha reportado asociaciones positivas entre la SR y el IMC en niños con SP/OB^(9, 14, 31, 32). Así mismo, se encontró relación positiva y significativa entre la SR del hijo y su IMC, similar a los resultados de los estudios previos OB^(9, 14, 31, 32).

El hallazgo del presente estudio concuerda con la premisa de que los niños con SP/OB tienen más probabilidades de buscar y disfrutar de las recompensas en cuanto a la comida. En consecuencia, estos niños probablemente comerán en exceso cuando los alimentos sabrosos, hipercalóricos y altos en azúcar estén disponibles⁽⁹⁾. Se encontró relación positiva y significativa entre la SR materna y la SR del hijo, a diferencia de las madres que toman sus propias decisiones en cuanto a la selección de alimentos y horarios de comida, en los niños a menudo estas decisiones son dictadas por sus madres⁽¹⁵⁾.

Algunos estudios han encontrado que la exposición frecuente, por parte de la madre hacia su hijo, a los alimentos hipercalóricos, altos en grasas y azúcares produce una alteración en la SR, lo que lleva a un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos⁽³³⁾. Existe la posibilidad de que la SR materna conduzca a una alteración desde un nivel genético y, por lo tanto, afectar el control del apetito y las preferencia por el consumo de alimentos inapropiados en sus hijos^(33, 34), quizá la alta SR y el SP/OB de los hijos estén siendo programados desde el momento de la concepción⁽³⁵⁾ y las vías de recompensa se desarrollen en el útero alterando las respuestas neuroadaptativas de la SR en el hijo⁽³³⁾.

Respecto a la AC, el 13.8% de las madres presentaron esta condición. Se presentó una mayor prevalencia de AC en madres mayores de 40 años, estas proporciones no presentaron diferencias significativas, similar a la mayoría de los estudios previos^(10, 13, 15, 28). En cuanto a la AC y el IMC en madres, la mayoría de los estudios señalan que existiría mayor prevalencia de AC en individuos con SP/OB^(10, 13, 15).



²⁸⁾, concordante con los hallazgos del presente estudio donde se reportó mayor prevalencia de AC en madres que presentaban SP/OB.

La literatura señala que entre el 56 y el 88.6% de los adultos con SP/OB presentan AC, lo que proporciona una fuerte evidencia de que la AC puede contribuir a la creciente prevalencia del SP/OB en la población a nivel mundial, los hallazgos actuales sugieren que el SP/OB que se presenta con la AC puede representar un subgrupo importante de individuos con esta condición de salud con una etiología distintiva ⁽²⁸⁾.

El porcentaje de madres con AC del presente estudio (13.8%) fue superior a lo reportado por otros estudios donde encontraron prevalencias de 5.7 a 12% ^(15, 28, 36, 37) e inferior que otros estudios donde encontraron prevalencias de 17.6 a 25% en mujeres adultas ^(10, 13, 38). Estas diferencias pueden ser multicausales, en cuanto a los estudios previos donde las prevalencias de AC fueron menores pudieron deberse a las bajas prevalencias de SP/OB, por otro lado, las diferencias en cuanto a los estudios previos con prevalencias de AC más altas pudieran deberse a los criterios de inclusión y a las técnicas en cuanto a la aplicación del YFAS ^(15, 27).

El porcentaje de hijos con AC del presente estudio (8.3%) fue inferior a las prevalencias reportadas por las evidencias previas (rango 8.9% a 41%) ^(29, 39, 40). Las diferencias encontradas en este estudio que constatan una menor prevalencia de AC en relación a otros estudios pudiera ser explicada por las versiones parentales versus el autoinforme de los niños del YFAS-C, las madres que informaron la AC de sus hijos en los estudios previos pudieran subestimar los comportamientos alimenticios de sus hijos y considerarlos problemáticos, siendo más probable que respalden el criterio diagnóstico de AC en sus hijos.

De acuerdo a la AC e IMC en hijos, se presentó diferencia significativa, se reportó un mayor porcentaje de AC en hijos mayores de 11 años, hallazgos similares a lo reportado por otros autores ⁽²⁹⁾, la mayoría de los estudios no encontraron diferencias significativas ^(15, 39, 40). Es probable que la AC se presente en edades más tardías ⁽²⁹⁾.



La mayoría de los estudios señalan que existiría mayor prevalencia de AC en niños con SP/OB ^(15, 29, 40) hallazgos similares en el presente estudio donde se reportó mayor prevalencia de AC en hijos que presentaban SP/OB.

Las madres e hijos con AC presentaron medias de puntaje de SR más, la asociación entre la SR y la AC concuerda con otros estudios que muestran una asociación entre la AC y un perfil genético vinculado a la respuesta a la recompensa en el consumo de alimentos gratificantes ^(6, 13); otros autores que tratan de explicar la alimentación adictiva encuentran que la exposición a alimentos altamente sabrosos podría conducir a adaptaciones neuronales relacionados con la SR ⁽¹⁵⁾.

En la adicción relacionada con las drogas, se ha demostrado que el estriado ventral y el mesencéfalo se asocian con recompensas inmediatas y que el hipocampo responde a las consecuencias de la recompensa. Es probable que el hipocampo refleje su implicación almacenando y recuperando los recuerdos de la comida deseada y refuerza el comportamiento de ansia y comer en exceso ^(41, 42, 43). Podría existir un procesamiento de recompensas vinculado a la AC en cuanto a la búsqueda de comida hipercalórica, alta en grasas y en azúcares como una recompensa positiva ⁽⁴³⁾.

La SR materna, fue de las tres variables, la única que tuvo una influencia sobre la SR del hijo, la SR del hijo posiblemente tenga múltiples factores implicados, y uno de los principales es la madre. Se pudo comprobar que las madres pueden dirigir la SR de sus hijos en el consumo de alimentos ⁽⁴⁴⁾. En otros modelos, la probabilidad de presentar AC en el hijo esta inducida en parte por las características presentes en la madre como lo son la SR y la AC ⁽¹⁵⁾. En cuanto al IMC del hijo se encontró que la SR, la AC y el IMC de la madre influyeron. En este contexto, posiblemente los patrones familiares, las contribuciones genéticas, la exposición prenatal a la alimentación hipercalórica, el modelado parental del uso y acceso en el entorno del niño de alimentos hipercalóricos y sabrosos por parte de la madre logren explicarlo de una manera más específica ⁽¹⁵⁾.



Conclusiones

En resumen, el IMC, la SR y la AC de la madre influyen sobre el IMC, la SR y la AC del hijo, de manera concreta la SR de la madre influyó en la SR del hijo, así mismo la SR y AC de la madre sobre la AC del hijo, y la SR, la AC y el IMC de la madre influyeron sobre IMC del hijo. Estas características presentes en la madre tanto el SP/OB, una alta SR y AC estarían presentes en los niños, y podrían ir aumentando conforme aumenta la edad, persistir en la edad adulta y ser transmitidas hacia sus futuros hijos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Financiamiento

Ninguno.

Referencias bibliográficas

1. Freitas FR, Moraes DE, Warkentin S, Mais LA, Ivers JF, Taddei JA. Maternal restrictive feeding practices for child weight control and associated characteristics. *J Pediatr* [Internet]. 2019 [consultado 15 ene 2019]; 95(2):201-08. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717305004>
2. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2015 [consultado 15 ene 2019];4(1):187-192. Disponible en: [http://refhub.elsevier.com/S00217557\(17\)305004/sbref0150](http://refhub.elsevier.com/S00217557(17)305004/sbref0150)
3. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Obesidad y Sobrepeso [Internet]. FAO. 2017 [consultado 17 ene 2019]. Disponible en: <http://www.fao.org/about/meetings/icn2/preparations/document-detail/es/c/253843/>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios [Internet]. OMS. 2017 [consultado 17 ene 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/increase-childhood-obesity/es/>
5. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Informe final de resultados [Internet]. INSP. 2016 [consultado 19 ene 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
6. Rodrigue C, Gearhardt AN, Bégin C. Food Addiction in Adolescents: Exploration of psychological symptoms and executive functioning difficulties in a non-clinical sample. *Appetite* [Internet]. 2019



[consultado 20 oct 2019].141:104303. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666319300844>

7. Loxton NJ. The Role of Reward Sensitivity and Impulsivity in Overeating and Food Addiction. *Current Addiction Reports* [Internet]. 2018 [consultado 19 ene 2019];5(2):212-222. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27756640>

8. Dietrich A, Federbusch M, Grellmann C, Villringer A, Horstmann A. Body weight status, eating behavior, sensitivity to reward/punishment, and gender: relationships and interdependencies. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2014 [consultado 20 ene 2019];5:1073. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25368586>

9. De Decker A, Sioen I, Verbeken S, Braet C, Michels N, De Henauw S. Associations of reward sensitivity with food consumption, activity pattern, and BMI in children. *Appetite* [Internet]. 2015 [consultado 20 ene 2019]; 100:189-196. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26898320>

10. Falbe J, Thompson HR, Patel A, Madsen KA. Potentially addictive properties of sugar-sweetened beverages among adolescents. *Appetite* [Internet]. 2019 [consultado 20 oct 2019]; 133:130-137. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666318301740>

11.- Meule A, Gearhardt AN. Five years of the Yale Food Addiction Scale: Taking stock and moving forward. *Current Addiction Reports* [Internet]. 2014 [consultado 22 ene 2019];1(3):193-205. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40429-014-0021-z>.

12. Pursey KM, Gearhardt AN, Burrows TL. The relationship between “food addiction” and visceral adiposity in young females. *Physiology & Behavior* [Internet], 2016 [consultado 22 ene 2019]; 157:9-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26796889>

13. Loxton NJ, Tipman RJ. Reward sensitivity and food addiction in women. *Appetite* [Internet]. 2017 [consultado 23 ene 2019];115:28-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27756640/>

14. Maxwell AL, Loxton NJ, Hennegan JM. Exposure to food cues moderates the indirect effect of reward sensitivity and external eating via implicit eating expectancies. *Appetite* [Internet]. 2017 [consultado 23 ene 2019]; 111:135-141. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28042038>

15. Burrows T, Skinner J, Joyner MA, Palmieri J, Vaughan K, Gearhardt AN. Food addiction in children: Associations with obesity, parental food addiction and feeding practices. *Eating behaviors* [Internet]. 2017 [consultado 24 ene 2019]; 26:114-120. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28236739>

16. Clark SM, Martens K, Smith-Mason CE, Hamann A, Miller-Matero LR. Validation of the Yale Food Addiction Scale 2.0 among a bariatric surgery population. *Obesity surgery* [Internet]. 2019 [consultado 24 jul 2019]; 29(9):2923-2928. Disponible en: <http://website60s.com/upload/files/obesity-surgery-v-29-iss-9-a26.pdf>.

17. Vandeweghe L, Vervoort L, Verbeken S, Moens E, Braet C. Food Approach and Food Avoidance in Young Children: Relation with Reward Sensitivity and Punishment Sensitivity. *Front Psychol* [Internet]. 2016



[consultado 25 ene 2019];7:928. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27445898/0.3389/fpsyg.2016.00928>

18. Vandeweghe L, Verbeken S, Vervoort L, Moens E, Braet C. Reward sensitivity and body weight: the intervening role of food responsive behavior and external eating. *Appetite* [Internet], 2017 [consultado 25 ene 2019];112:150-156. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28108344>

19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum. 1998 [consultado 25 ene 2019].

20. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1994 [consultado 25 ene 2019]; 67(2):319–33. Available from <https://pdfs.semanticscholar.org/9b4e/eff022962192e2305bab461e70d22aa2d354.pdf>

21. Jiménez LB, Acosta BR, Cuevas YM, Reséndiz PSC. Evaluación psicométrica de los sistemas de activación e inhibición del comportamiento en adultos mexicanos. *Anales de Psicología/Annals of Psychology* [Internet]. 2009 [consultado 25 ene 2019];25(2):358-367. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/88071>

22. Vervoort L, De Caluwé E, Vandeweghe L, De Decker A, Wante L, Van Beveren ML, et al. Parent-Reported BIS/BAS Scales for Children: Factor Structure and Measurement Invariance Across Age and Gender. *Assessment* [Internet]. 2017 [consultado 25 ene 2019]; 26(7):1282-95. Disponible en: <https://biblio.ugent.be/publication/8542104>

23. Valdés MMI, Rodríguez MMC, Cervantes NJJ, Camarena B, De Gortari P. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. *Análisis factorial. Salud mental* [Internet]. 2016 [consultado 25 ene 2019];39(6):295-302. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000600295

24. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la obesidad [Internet]. 2009 [consultado 26 ene 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

25. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Criterios de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. División de Nutrición, Actividad Física y Obesidad [Internet]. 2015 [consultado 26 ene 2019]. Disponible en: https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html

26. Secretaría de Salud (SSA). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. 2014 [consultado 15 ene 2019]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

27. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Grilo CM. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. 2013 [consultado 05 ene 2020];54(5):500-505. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638060/>



28. Pedram P, Wadden D, Amini P, Gulliver W, Randell E, Cahill F, et al. Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PLoS one* [Internet]. 2013 [consultado 05 ene 2020];8(9):e74832. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3762779/pdf/pone.0074832.pdf>
29. Naghashpour M, Rouhandeh R, Karbalaipour M, Miryan M. Prevalence of food addiction among Iranian children and adolescents: Associations with sociodemographic and anthropometric indices. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran* [Internet]. 2018 [consultado 05 ene 2020];32(1):37-46. Disponible en: http://mjiri.iums.ac.ir/browse.php?a_id=4697&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
30. Davis C, Strachan S, Berkson M. Sensitivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite* [online]. 2004 [consultado 06 ene 2020];42(2):131-138. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666303001326>
31. Franken IH, Muris P. Individual differences in reward sensitivity are related to food craving and relative body weight in healthy women. *Appetite* [Internet]. 2005 [consultado 06 ene 2020]; 45(2):198-201. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15949869>
32. Verbeken S, Braet C, Lammertyn J, Goossens L, Moens E. How is reward sensitivity related to bodyweight in children? *Appetite* [Internet]. 2012 [consultado 07 ene 2020];58(2):478-483. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22138702>
33. Reynolds CM, Segovia SA, Vickers MH. Experimental models of maternal obesity and neuroendocrine programming of metabolic disorders in offspring. *Frontiers in endocrinology* [Internet]. 2017 [consultado 08 ene 2020]; 8:245. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28993758>
34. Vucetic Z, Kimmel J, Totoki K, Hollenbeck E, Reyes TM. Maternal high-fat diet alters methylation and gene expression of dopamine and opioid-related genes. *Endocrinology* [Internet]. 2010 [consultado 08 ene 2020];151(10):4756-4764. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20685869>
35. Grissom NM, Lyde R, Christ L, Sasson IE, Carlin J, Vitins AP, et al. Obesity at conception programs the opioid system in the offspring brain. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2014 [consultado 08 ene 2020]; 39(4):801. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23924601>
36. Brunault P, Ballon N, Gaillard P, Réveillère C, Courtois R. Validation of the French version of the Yale Food Addiction Scale: an examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. *The Canadian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2014 [consultado 09 ene 2020];59(5):276-284. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25007281>
37. Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *The American journal of clinical nutrition* [Internet]. 2014 [consultado 08 ene 2020];99(3):578-586. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927691/>
38. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite* [Internet]. 2009 [consultado 08 ene 2020];52(2):430-436. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19121351>



39. Keser A, Yüksel A, Yesiltepe-Mutlu G, Bayhan A, Özsü E, Hatun S. A new insight into food addiction in childhood obesity. *The Turkish Journal of Pediatrics* [Internet]. 2015 [consultado 08 ene 2020];57(3):219. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26701938>
40. Magyar EE, Tenyi D, Gearhardt A, Jeges S, Abaligeti G, Toth AL, et al., Adaptation and validation of the Hungarian version of the Yale Food Addiction Scale for Children. *Journal of Behavioral Addictions* [online]. 2018 [consultado 08 ene 2020];7(1):181-188. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29383940>
41. Shapira NA, Lessig MC, He AG, James GA, Driscoll DJ, Liu Y. Satiety dysfunction in Prader-Willi syndrome demonstrated by fMRI. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* [Internet]. 2005 [consultado 09 ene 2020];76(2):260-262. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15654046/>
42. Smeets PA, de Graaf C, Stafleu A, Osch MJ, Nievelstein RA, Grond J. Effect of satiety on brain activation during chocolate tasting in men and women. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2006 [consultado 09 ene 2020]; 83(6):1297-1305. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16762940>
- 43.- Zhang Y, M von Deneen K, Tian J, Gold M, Liu Y. Food addiction and neuroimaging. *Current pharmaceutical design. Curr Pharm Des* [Internet]. 2011 [consultado 09 ene 2020]; 17(12):1149-1157. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21492080>
44. Telzer EH, Ichien NT, Qu Y. Mothers know best: redirecting adolescent reward sensitivity toward safe behavior during risk taking. *Social cognitive and affective neuroscience* [Internet]. 2015 [consultado 09 ene 2020];10(10):1383-1391. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590537/>

Cómo citar este artículo: Santos-Flores JM, Cárdenas-Villarreal VM, Gutierrez-Valverde JM, Pacheco-Pérez LA, Guevara-Valtier MC. Sensibilidad a la recompensa, adicción a la comida y obesidad en madres e hijos. *SANUS* [Internet]. 2021 [citado el dd mm aa];6:e187. Disponible en: DOI/link.





INVESTIGACIÓN


Experiencia del profesional de enfermería en su relación con el estudiante durante su práctica clínica


Experience of the nursing professional in his relationship with the student during clinical practice


Experiência do profissional de enfermagem em sua relação com o aluno durante a prática clínica

Humberto Elizalde-Ordoñez¹
 <https://orcid.org/0000-0002-3157-5603>

Gabriela Ortiz-Dávalos²
 <https://orcid.org/0000-0001-5121-9465>

Fanny Rodríguez-Quezada³
 <https://orcid.org/0000-0001-6573-6543>

Kevin Julian Aya-Roa⁴
 <https://orcid.org/0000-0002-8430-0785>

María Mercedes Moreno-González⁵
 <https://orcid.org/0000-0002-0299-2299>

1. Magister en Enfermería Clínico-Quirúrgica. Universidad Técnica Particular de Loja. Loja, Ecuador.
2. Magister en Educación Especial. Docente Carrera de Enfermería. Universidad Católica. Cuenca, Ecuador.
3. Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local. Universidad Católica. Cuenca, Ecuador.
4. Magister en Ciencias en enfermería. Universidad de Guanajuato. Guanajuato, México.
5. Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato. Departamento de Enfermería y Obstetricia. Guanajuato, México.

*Autor para correspondencia: kj.ayaroa@ugto.mx

Recibido: 19/03/2020

Aceptado: 28/06/2021

Resumen

Introducción: La interacción de los estudiantes de enfermería con los enfermeros clínicos en su lugar de práctica influye en su proceso de aprendizaje, generando posibles modelos mentales de atención que muy probablemente serán replicados cuando los estudiantes egresen. **Objetivo:** Comprender la experiencia del profesional de enfermería en su relación con el estudiante durante su práctica clínica. **Metodología:** Estudio cualitativo fenomenológico, con muestreo por bola de nieve, hasta llegar a saturación de datos. Colecta de datos mediante entrevista no estructurada a profundidad, las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente para el análisis. **Resultados:** Participaron 19 enfermeros (4 hombres y 15 mujeres) y se identificaron dos categorías: estar-con y coexistiendo con los estudiantes. **Conclusiones:** El profesional de enfermería considera que los estudiantes deben comprender y trabajar de manera colaborativa para aprovechar su experiencia y conocimientos, evitar las críticas destructivas, así como respetar la individualidad. Una buena relación entre estudiantes y enfermeros clínicos podría llevar a un mejor aprovechamiento de la práctica.

Palabras clave: Personal de Enfermería en Hospital; Educación en Enfermería; Enfermería práctica (DeCS).

Abstract

Introduction: The interaction between the nursing students and the clinical nurses in the practice place influences their learning process, generating possibilities, mental models that will very likely be replicated once the students graduate. **Objective:** Understand the experience of the nursing professional and their relationship with the student during their medical practice. **Methodology:** Qualitative phenomenological study using snowball sampling, until reaching data saturation. Data collection throughout non-structured in-depth interviews; the interviews were recorded and literally transcribed for analysis. **Results:** 19 Nurses participated (4 men and 15 women) which were identified into two categories: currently-around and coexisting with the students. **Conclusions:** The Nursing professional considered that the students should understand and work in a collaborative manner in order to take advantage of their experience and knowledge, prevent crushing remarks, as well as respect individuality. A Good relationship between the students and clinical nurses could lead to a more beneficial practice.

Key words: Health Personnel; Health Education; Nursing, Practical (DeCS).

Abstrato

Introdução: A interação dos estudantes de enfermagem com os enfermeiros assistenciais no local de prática influencia seu processo de aprendizagem, gerando possíveis modelos mentais de cuidado que provavelmente serão reproduzidos quando os estudantes se formarem. **Objetivo:** Compreender a vivência do profissional de enfermagem na sua relação com o aluno durante a sua prática clínica. **Metodologia:** Estudo qualitativo fenomenológico, com amostragem intencional, até a saturação dos dados. Coleta de dados por meio de entrevista não estruturada em profundidade, as entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente para análise. **Resultados:** 19 participantes (4 homens e 15 mulheres); foram identificadas duas categorias: "Estar-com" e "coexistiendo" com os alunos. **Conclusões:** O profissional de enfermagem acredita que o aluno deve compreender e trabalhar de forma colaborativa para aproveitar sua experiência e conhecimento, evitar as críticas destrutivas, além de respeitar a individualidade. Um bom relacionamento entre alunos e enfermeiras clínicas pode levar ao melhor uso da prática.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde; Educação em Saúde; Enfermagem Prática (DeCS).



Introducción

En el desarrollo profesional de enfermería se encuentra inmersa la combinación teoría – práctica, que se alinea a través del desarrollo de actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud ejecutadas con la guía del docente, desarrollando habilidades, destrezas y vivencias teóricas que respaldan el aprendizaje de los futuros profesionales ⁽¹⁾. En este sentido, la práctica clínica es de suma importancia en el proceso formativo de los futuros enfermeros.

La articulación entre las instituciones de salud y de educación son de gran importancia para la enseñanza de la enfermería, dado que el proceso de enseñanza requiere de profesionales clínicos en el lugar de práctica ⁽²⁻³⁾. Dentro de las instituciones de salud donde los estudiantes realizan sus prácticas, observan y aprenden del trato existente entre docentes y licenciados en enfermería con los sujetos de cuidado, por lo que se espera que mediante el apoyo de estos

los estudiantes desarrollen cualidades profesionales mostrando la manera correcta de ejercer una profesión responsable y científica ante los usuarios de atención, sin embargo, el proceso de enseñanza de la enfermería moderna en algunos casos está centrada en la aplicación de técnicas y elementos procedimentales evaluándose paso a paso ⁽⁴⁾.

En el proceso de enseñanza-aprendizaje, se involucran tres actores: el estudiante, el docente y el enfermero clínico⁽³⁾, por lo tanto, el escenario hospitalario donde se gestiona la enseñanza de los estudiantes es el lugar ideal para la aplicación de los elementos epistemológicos que fundamentan la ciencia y el humanismo del cuidado ⁽⁵⁾, para lo cual el enfermero del servicio podría influir y reforzar los elementos esenciales del arte del cuidado en la enseñanza del nuevo profesional en formación, desarticulándose la práctica ideal con la práctica real ejercida a diario en las instituciones de salud.

La razón de ser de la presente investigación se fundamenta en el conocimiento que se puede generar de la experiencia de los enfermeros en su relación con el estudiante durante su práctica clínica, para que en un futuro se puedan generar estrategias para que el enfermero clínico sea más potencializador en el aprendizaje de los estudiantes de enfermería y de esta forma sacar el mayor provecho a las prácticas.



Para lo anterior, se procedió a utilizar como herramienta investigativa la fenomenología, la cual podría conceder espacio interpretativo al fenómeno que se estudia, para aplicar el objetivo de comprender la combinación de la experiencia vivida, circunscribiendo el significado que esas realidades tienen para los sujetos involucrados, intentando comprender y no explicar ⁽⁶⁻⁷⁾. Mediante ajuste teórico y temático, se organizan las expectativas y especulaciones en el estudiante y el rol específico que cumplen los enfermeros clínicos; la fase investigativa se apunta al enfermero clínico.

Entender la calidad de la enseñanza en la práctica clínica desde la perspectiva de los estudiantes será muy útil en la prestación de mejores experiencias educativas, para ello es necesario comprender como se dan estas vivencias y qué enseñanza del cuidado deja en los estudiantes ⁽⁸⁾.

Para este caso se buscó la experiencia de los enfermeros clínicos en la relación con los estudiantes en el campo clínico, es decir, cómo se da el transcurso integral del discernimiento y el nivel de afectividad entre sujetos, comprendiendo la combinación de la experiencia vivida para los sujetos involucrados.

Ante la premisa emergen otros interrogantes: ¿Cómo reacciona el enfermero clínico al recibir estudiantes durante sus horas de turno? ¿Siente el enfermero clínico como imposición, tener estudiantes a su cargo? ¿Cómo es la relación con el estudiante durante el tiempo de práctica?

Objetivo

Comprender la experiencia del profesional de enfermería en su relación con el estudiante durante su práctica clínica.

Metodología

Estudio cualitativo, descriptivo de carácter fenomenológico; el fenómeno del estudio es la experiencia de los enfermeros clínicos en su relación con los estudiantes de enfermería en su práctica; la fenomenología como herramienta educativa, permite comprender a profundidad sus funciones como educadores, de modo que se puedan tener en cuenta diferentes situaciones que se encuentran por fuera de la condición escolar, pero que son importantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los futuros profesionales ⁽⁹⁾.



Se definieron como características de los participantes: enfermeros hombres y mujeres trabajadores de una institución de segundo nivel de atención con tres años de experiencia laboral en la misma institución (la institución de salud en los servicios donde hay enfermeros clínicos con mayor experiencia es donde permiten acceder a prácticas).

Se recolectó la información en el inicio y finalización del ciclo académico en los meses de marzo – agosto del 2018. El muestreo se desarrolló mediante la técnica de bola de nieve, buscando enfermeros con práctica clínica exclusiva en un hospital de especialidad, en la región litoral, por tener flujo constante de estudiantes provenientes de varias escuelas de enfermería en Ecuador.

Fueron incluidos 19 participantes, se empleó la entrevista semiestructurada como método para la recolección de la información, estas fueron realizadas de forma individual y grabadas en audio previa autorización de los participantes para su posterior interpretación. Antes de la entrevista, se realizó la orientación sobre los aspectos globales de la investigación, reflexionando la fundamentación fenomenológica de la entrevista, cuya aclaración permitió no inducir respuestas, las entrevistas se realizaron en un espacio académico dentro la institución de salud, en un tiempo brindado por los enfermeros, que generalmente era luego de realizar las actividades prioritarias de su jornada laboral en el cuidado de los pacientes.

La pregunta detonadora para que los participantes desarrollaran sus exposiciones fue: ¿Qué experiencia se desarrolla en usted, cuando en la práctica clínica, debe compartir con estudiantes de enfermería? El análisis de los datos del presente estudio se realizó de forma manual, sacando las categorías de acuerdo con los elementos repetitivos encontrados en las entrevistas, este análisis se realizó en colaboración de investigadores de Ecuador con México.

La siguiente investigación cuenta con la aprobación del comité de bioética con número de registro ADO001-V6.

Resultados

Se incluyeron 19 participantes, (5 hombres y 14 mujeres); la tabla 1 muestra los datos sociodemográficos más sobresalientes. Del análisis realizado emergieron 2 categorías, las cuales se describen a continuación:



Categoría 1: El estar-con, en la relación con los estudiantes.

La relación enfermero – estudiante se caracteriza por tener una perspectiva relacional en entornos complejos, donde existen intercambio de saberes, de auto conocimiento y reflexión del significado de ciertos fenómenos y lo que conllevan sus efectos. Muchos enfermeros clínicos asumen un rol docente en la práctica con los estudiantes sin tener relación alguna con la institución de educación, tal vez por vocación, llegando a desarrollar habilidades para la enseñanza de enfermería cuando se logra establecer una relación de empatía con los estudiantes:

N1: *"...asumo el deber adquirido, de compartir con los estudiantes mientras cumplo mi jornada laboral". "al estudiante tú, les compartes la experiencia diaria y ellos lo ponen en práctica..."*.

N4: *"...la oportunidad de estar – con, me permite aprender y enseñar..."*

N3: *"... aprendemos juntos, porque existe relación cordial..."*.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes

Participante	Edad	Sexo	Experiencia	Estado civil
N1	34 años	Femenino	7 años	Soltera
N2	35 años	Femenino	9 años	Soltera
N3	29 años	Femenino	6 años	Unión libre
N4	30 años	Femenino	5 años	Unión libre
N5	44 años	Femenino	15 años	Soltero
N6	46 años	Femenino	14 años	Soltero
N7	29 años	Masculino	3 años	Casado
N8	41 años	Femenino	11 años	Soltera
N9	26 años	Femenino	4 años	Unión libre
N10	30 años	Femenino	6 años	Casada
N11	28 años	Femenino	7 años	Casada
N12	45 años	Femenino	13 años	Casada
N13	52 años	Femenino	20 años	Viuda
N14	54 años	Masculino	21 años	Divorciado
N15	52 años	Femenino	19 años	Casada
N16	44 años	Femenino	10 años	Casada
N17	33 años	Masculino	9 años	Soltero
N18	29 años	Masculino	5 años	Unión libre
N19	29 años	Masculino	13 años	Casado

Fuente: Elaboración propia.



El enfermero y el estudiante en la fase de estar – con, muestran empatía y preocupación para el desarrollo de destrezas en la práctica clínica. Sin embargo, esto no sucede con todo el personal de enfermería que labora en la institución de salud a quienes les asignan estudiantes, dado que en algunas narraciones expresan que algunos no poseen vocación para la enseñanza.

N3: *"... mis colegas, que se olvidan su fase de estudiantes..."*

N7: *"...cuando los alumnos son humillados yo me pongo en sus zapatos..."*

N9 *"...se debe tener mucho tino para saber cómo tratar a los estudiantes..."*

Varios enfermeros expresan que no todos tienen la vocación para impartir docencia, sin embargo, no se excluyen y continúan ayudando a los estudiantes sobre cómo ser y qué hacer en las actividades docente.

N3: *"yo hago lo que puedo, no soy experta en docencia, pero me gusta compartir con las nuevas generaciones...recuerdo que en mis tiempos no teníamos tutores, además mi responsabilidad es con el hospital no con la universidad"*.

N4: *"no me gusta, ser docente, pero cuando me solicitan ayuda los estudiantes, les explico"*.

Se evidencian experiencias positivas y negativas, quienes verbalmente dicen que la actividad docente en áreas de atención a pacientes resulta compleja, por cuanto es una actividad no deseada, tampoco impuesta, pero por gratitud a la formación también recibida, se comprometen.

Categoría 2: Coexistiendo con los estudiantes.

La coexistencia personifica a cada uno en lo suyo, cuando intervienen lo común del diario vivir, en un mismo tiempo, lugar y espacio. Se establecen canales de comunicación pragmáticos, condicionados a expresiones verbales, escritas o mímicas, en situaciones afines o análogas.

N4: *"para mí la coexistencia, existen de manera irracional..., cuando llegan los estudiantes, ya estamos preparados o condicionados que nos causarán conflictos, por eso se expresan la acción dominante"*.



N7: *“propiciar acciones de atención a los estudiantes, implica que voy a enfrentar a conflictos ..., a veces prefiero que no les asignen actividades, así el acto de coincidir en el mismo espacio sea anulado, no me gusta, a veces ellos creen estar a mi nivel”.*

N5: *“les expreso anticipadamente si desean mantenerse de a buenas conmigo, pregunten todo, así evito conflictos y la coexistencia, mejora siempre”.*

En las narraciones se manifiesta que la coexistencia existe de forma racional, dado que se tiene establecido mentalmente que cuando llegan los estudiantes, llegan los problemas y por esto existe una relación dominante por parte del profesional de enfermería del servicio hospitalario; sólo de esta forma pueden coexistir algunos enfermeros con los estudiantes.

Por otro lado, en la entrevista revivieron elementos de cuando fueron estudiantes y recuerdan la coexistencia vivida entre ellos y los que en ese entonces eran los enfermeros clínicos, manifestando desagrado y un mal ejemplo para ellos en ese entonces:

N5: *“me acordare siempre de la ..., porque demuestra que nunca ha sido estudiante, nos minimiza, se cree la gran cosa, se olvida cuando fue estudiante, parece que nació ya graduada”.*

N6: *“cuando fui interno, me gustaba apegarme a las enfermeras que me daban mayor apertura, y copié sus maneras de guiarme, ahora lo aplico a los jóvenes estudiantes que llegan a mi servicio”.*

N7: *“cuando me acercaba a los docentes, trataba de pedirles permiso para hacer procedimientos de enfermería a veces de complejidad muy alta, varios me permitieron, otros no, y por eso copié esos modelos y antes de permitir a algún estudiante que actué solo, le realizo varias preguntas para asegurarme que conoce la parte teórica para ejecutar en la práctica”.*

Por ejemplo, no se precisa pasar por alto siempre las faltas del estudiante, encubrirlas o sonreír siempre, si no ofertar sus conocimientos y experiencias cordialmente; por parte del estudiante este debe ser receptor activo para asumir y asimilar la enseñanza impartida que luego aplicaran en su vida profesional, cuidando con calidad, empatía, y



devolviendo a otros estudiantes lo que recibieron de sus colegas, algunas narraciones concuerdan con la premisa anterior:

N6: *“yo copiaba en una libretita, lo bueno y lo malo de cada enfermera, y reflexionaba en mi casa, entonces me proyectaba a futuro, desechando las acciones impropias, claro según mi criterio, escogía lo que quería ser y pues hoy soy un enfermero respetado y querido por todos quienes me conocen”.*

N6: *“jamás he querido ser docente, porque mi vocación es la atención directa al paciente, me siento docente, en mi práctica diaria siempre tengo “mis estudiantes”, intercambio ciencia y práctica, ellos también me enseñan”.*

N7: *“para mi criterio, ser docente, es un nivel alto, yo miraba a mis docentes y decía, no seré docente porque mi paciencia es limitada. Entonces yo nací para ser enfermera, esa es mi vocación, morir gustosa, para que otros continúen viviendo”.*

Discusión

Con base a los resultados obtenidos podemos inferir que, asumir responsabilidades fuera de las competencias laborales específicas (dado que no tiene ninguna obligación laboral específica con los estudiantes), significa para los enfermeros clínicos, desprenderse de conjeturas relacionales y comprometerse ampliamente en un proceso dinámico en bien del crecimiento del futuro profesional de enfermería.

En un estudio realizado en Chile ⁽⁸⁾ y otro en Nueva Granada España ⁽⁹⁾, sobre el cómo se involucran las enfermeras de áreas clínicas y la relación dinámica del proceso formativo de nuevos profesionales, se evidenció que tienen una predisposición por varios factores, la reacción es reprimirse en tal acción aseverando la carga laboral y al sentir que se pueden crear vínculos de conflictos laborales, porque las enfermeras clínicas no tienen dependencia laboral con las universidades. La responsabilidad implícita del enseñar se sujeta en gran medida a la parte experiencial del conocimiento y la capacidad de transmitir conocimientos. En ambos estudios se coincide en el reconocimiento inadvertido que la institución donde laboran les impide ampliarse a recibir y adiestrar estudiantes ^(8,9).

Otro aspecto, evidenciado en la relación “estar-con”, es el cansancio físico y mental que se puede generar al trabajar y tener estudiantes, pues las fases de atención directa, administrativa, sumada la actividad con los estudiantes



puede crear esferas de agotamiento. En áreas clínicas la tensión exige otros desafíos, alterando relaciones interpersonales y pudiendo generar desigualdad de las enfermeras clínicas en el trato con los estudiantes.

Hacerse responsables de estudiantes es una función voluntaria de los enfermeros clínicos, que requiere de habilidades personales (competencias técnicas y emocionales) y de un acompañamiento adecuado por parte de estos, además del servicio y del propio centro hospitalario ⁽¹¹⁾; sumada a las competencias profesionales en el servicio de clínica que implica cuidar la vida, pudiendo surgir situaciones mal interpretadas, por ejemplo, la intención de ignorar a los estudiantes durante su práctica.

Los convenios entre academia y áreas sanitarias, ofrecen oportunidades para los estudiantes y apoyo para las instituciones, sin embargo, la investigación aconseja implementar cursos de actualización y enseñanza en tutoría clínica a las docentes que supervisan la práctica, para implementar estrategias que impacten en el acompañamiento y tutoría personalizada a los estudiantes de enfermería en espacios clínicos e implementar como instrumento de reflexión el diario de prácticas clínicas para que se desarrolle el pensamiento crítico en el estudiante. El diario de prácticas clínicas permite el almacenamiento de lo observado de forma organizada, potenciando el desarrollo de estrategias para jerarquizar lo que es prioritario observar ⁽¹²⁾.

Fortalecer la función de los tutores o en este caso de los enfermeros clínicos por medio de la educación dirigida al uso de habilidades y experiencias apartándose del modelo puramente repetitivo y carente de reflexión, podría impulsar que los estudiantes logren culminar su preparación académica con éxito.

La comunicación verbal y no verbal es básica en el aprendizaje, fomentar el estudio en grupos colaborativos proporcionándoles la oportunidad de participar en su aprendizaje, asimismo, deberá asumir la responsabilidad de desarrollar e implementar estrategias de aprendizaje de acuerdo con las necesidades de cada tutorado, evaluando así la efectividad de estas ⁽¹³⁾.

Por otra parte, los enfermeros se preguntan y cuestionan la práctica docente, mirando la labor de los que la ejercen, en el sentido de tomar conciencia, de cuánta capacitación, experiencia y gamma de conocimientos deben poseer. La seguridad del que hacer enfermero en las unidades de prácticas, que realizan de los estudiantes, es el



meollo de interés, por tanto, ¿será que los recién graduados están en capacidad de ejercer tutorías?, realmente se puede conjeturar, y experimentar nerviosismo, por el poco sentido de la realidad objetiva de la preparación total que debe poseer un docente de nivel universitario.

En las narraciones se manifiesta una coexistencia de forma racional, otorgándole un significado negativo al estudiante como sinónimo de problemas, fomentando una relación dominante por parte del profesional de enfermería del servicio hospitalario; solo de esta forma coexisten algunos enfermeros con los estudiantes, el posicionar al estudiante como el “ser presente” que necesita de una excelente preparación en los lugares de práctica para el cuidado de la salud, requiere de la modificación de dichos significados otorgado a los estudiantes.

Se establece que la relación pedagógica entre el estudiante y el enfermero/a desempeña un papel importante en la formación clínica de este, desarrollando en él, razonamiento y habilidades clínicas, elaboración de significados del cuidado, fortalecimiento de las cualidades relacionales y éticas, y reflexiones sobre el acto de cuidar en las situaciones clínicas ⁽¹⁵⁾.

Por otro lado, el impacto de la relación entre el personal de enfermería y los estudiantes se ve reflejada en las experiencias cambiantes expuestas en la entrevista, estableciendo una relación empática en el mundo laboral de experiencias similares, percibiendo e intercambiando las vivencias y sentimientos que abrumaron la formación y que abrumen a quienes aún se están formando en la práctica clínica de enfermería. Esto se puede evidenciar de igual forma en una investigación realizada en Perú, que indica que los estudiantes de enfermería expresaron que las enfermeras clínicas, no siempre dejan huellas valederas como modelos a seguir ⁽¹⁶⁾.

Los profesionales de enfermería, que, tienen la oportunidad de “estar con”, las nuevas generaciones de estudiantes y compartir con ellas sus experiencias clínicas, están conscientes del compromiso y reflexionan refiriéndolo en las entrevistas, si en cada uno de los estudiantes siembran buenos o malos recuerdos como fueron sembrado en ellos buenos y malos recuerdos de cuando fueron estudiantes; a la vez las enfermeras “son” y los estudiantes “están”, emitiendo juicios desde las perspectivas individuales, respetando a veces por temor, o enseñando por obligación.



En un estudio similar realizado en México se evidencia que los estudiantes deben ser atendidos, respetados y ayudados, incondicionalmente sin anticiparse a su desempeño, considerando que gran parte del aprendizaje se genera en el área clínica, sugiriendo asistir en todo momento al estudiante, para permitirle desarrollo y crecimiento en todas las esferas del proceso enseñanza-aprendizaje, adecuando el comportamiento para el desarrollo profesional en ámbitos técnico y científico pero también humano, etiquetando la formación desde las normas del buen vivir, en calidad de ser excelente ciudadano, con resultados hacia aspectos sociales, existenciales y fiables a la condición de ofrecer cuidados calidad-humanos-científicos ⁽¹⁷⁾.

Según Zavala Olalde⁽¹⁸⁾, "el ser humano indivisible, único y responsable de sus acciones, buscando soluciones según propia conveniencia, que nadie modifique o interfiera en sus experiencias". Los programas de enfermería vigentes en el país cumplen las normativas estipuladas por los organismos veedores de la Educación Superior en el Ecuador y buscan las áreas de práctica hospitalaria o comunitaria, que presten facilidades a los estudiantes para cumplir la dinámica integradora del cuidado y la interrelación con el paciente, familiares y otras personas miembros del equipo de salud ⁽¹⁹⁾.

Conclusiones

Desde la experiencia de práctica clínica, el profesional de enfermería considera que los estudiantes deben comprender y trabajar de manera colaborativa para aprovechar de sus conocimientos, evitar las críticas destructivas, acerca del temperamento, comportamiento y carácter, así como respetar la individualidad.

Se resalta la finalización en el sentido del cooperar con enfermeras y estudiantes, para descubrir el origen fenomenológico que repetitivamente llega y se desvanece, a modo de círculo vicioso indistinto.

Los planes de estudio de enfermería que se desarrollan en el país deben analizar la posibilidad de puntualizar contenidos mínimos curriculares para fortalecer el ser-el quehacer y el saber hacer, enfatizando disipar entornos negativos, que permitan seleccionar la factibilidad de aprendizajes significativos mediante el diálogo y la discusión con el propósito de plasmar estilos formativos hacia la meta profesional.



La experiencia clínica es un proceso muy importante en la formación de enfermeros profesionales, dentro de la cual la enfermera y/o enfermero clínico tienen un papel fundamental, por tal motivo, se debe conocer la experiencia de estos para saber qué profesionales poseen las competencias y la vocación para enseñar, y quiénes pueden ser potencializadores del aprendizaje, cuando no se tenga un docente todo el tiempo.

Los enfermeros clínicos, el docente y el estudiante juegan un papel fundamental para el aprendizaje del futuro profesional, por tal motivo, las relaciones establecidas en este proceso serán muy útiles para brindar herramientas profesionales a los estudiantes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

La presente investigación se realizó con el financiamiento de los investigadores.

Referencias bibliográficas

1. Corona L, Fonseca M. Aspectos didácticos acerca de las habilidades como contenido de aprendizaje: Una necesidad impostergable. *A MediSur* [Internet]. 2009 [Consultado febrero de 2020]; 7 (3): 38-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000300006&lng=es&tlng=es.
2. Bousso RS, Merighi MAB, Rolim MA, Riesco MLG, Ângelo M. Estágio curricular em enfermagem: transição de identidade. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2000 [Consultado octubre de 2020]; 34(2):218-25. Disponible en: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/517.pdf>
3. Ito EE, Takahashi RT. Publicações sobre ensino em enfermagem na revista de enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005. [Consultado octubre de 2020]; 39(4):409-16. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/05.pdf>
4. Macedo K, De Almeida C, Freitas G, Markert W. Enfermero-docente: aspectos interrelacionados con su formación. *Enfermería Global* [Internet]. 2010 [Consultado febrero de 2020]; 9 (19): 1-15 Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/107291/101951> DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.9.2.107291>
5. Santos MFD, Merighi MAB, Muñoz LA. La enfermera clínica y las relaciones con los estudiantes de enfermería: un estudio fenomenológico. *Contexto-Enfermagem* [Internet] 2010 [Consultado febrero de 2020]; 19(1), 112-119. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100013 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100013>



6. Muñoz LA, Cancino F. Bases epistemológicas de la práctica de enfermería. *Rev Chil Cs Méd Biol.* 1994; 4(7):31-6.
7. Merighi MAB. Reflexões sobre a docência de enfermagem em uma Universidade Pública. *Rev Esc Enferm USP.* 1998; 32(1):80-3.
8. García E, García A, Reyes J. Relación maestro alumno y sus implicaciones en el aprendizaje. *Ra Ximhai* [Internet]. 2014 [Consultado febrero de 2020]; 10(5): 279-290. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46132134019.pdf>
9. Valenzuela S. La práctica de enfermería como foco de reflexión. *Aquichan* [Internet]. 2016 [Consultado febrero de 2020]; 16(4), 415-417. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7175/4470> DOI: 10.5294/aqui.2016.16.4.1
10. Pinzón D. Distancias entre la teoría y la práctica en el desarrollo profesional de enfermería. *Unimilitar* [Internet]. 2017 [Consultado febrero de 2020]; 1-30. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10654/17088>
11. Bonasa M. Factores de riesgo y factores de protección para garantizar el bienestar psicológico y su calidad de vida laboral. *Universidad Rovira i Virgili* [Internet]. 2016 [Consultado febrero de 2020]; 90-99. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/399566/TESt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Uriarte S, Ponce G, Bernal, M. Vivencias cotidianas en espacios clínicos del estudiante de enfermería. *Enf. Universitaria* [Internet]. 2016 [Consultado febrero de 2020]; 13 (3): 171-177. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.07.002>
13. Hidalgo J, Cárdenas M, Rodríguez S. El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Elsevier* [Internet]. 2013 [Consultado febrero de 2020]; 10 (3): Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-el-tutor-clinico-una-mirada-S1665706313726344> DOI:10.1016/S1665-7063(13)72634-4
14. Vialart N, Medina I, Gavilondo X. La cultura profesional del docente de enfermería: Preparación ante las tecnologías informáticas. *Rev. Cubana de Enf.* [Internet]. 2018 [Consultado febrero de 2020]; 34(2) . Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1556/359>
15. Rivera L. Saber y experiencia de el /la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado. *Universidad de Barcelona* [Internet]. 2013 [Consultado febrero de 2020]; 50-58. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/132808>
16. Vera M, Cornejo R, Rivas L, Calizaya J, Zamora O, García J. Significado de los valores profesionales en docentes y estudiantes de enfermería, UNMSM – 2014. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2014. [Consultado febrero de 2020]; 77(3): 225-229. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i3.12404>
17. Moreno M, Prado E, García D. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas Clínicas. *Rev. cuid* [Internet]. 2013 [Consultado febrero de 2020]; 4(1):444-449. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a03.pdf>
18. Zavala J. La noción general de persona. El origen, historia del concepto y la noción de persona en grupos indígenas de México. *Rev. de Hum: Tec. Monterrey* [Internet]. 2010 [Consultado febrero de 2020]; 27 (28): 293-318. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/384/38421211013.pdf>






19. González R. La relación equipo de salud-paciente-familiar. Rev cubana de SP [Internet]. 2006 [Consultado febrero de 2020]; 32(3) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300011&lng=es&tlng=es.

Cómo citar este artículo: Elizalde-Ordoñez H, Ortiz-Dávalos G, Rodríguez-Quezada F, Aya-Roa KJ, Moreno-González MM. Experiencia del profesional de enfermería en su relación con el estudiante durante su práctica clínica. SANUS [Internet]. 2021 [citado el dd mm aa]; 6:e192. Disponible en: Link/ DOI



INVESTIGACIÓN

Sueño y descanso en mujeres estudiantes del área de la salud**Sleep and rest patterns in female students of the health area****Sono e descanso em mulheres estudantis da área de saúde**Alicia Álvarez-Aguirre^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5538-7634>Enrique Blancarte-Fuentes² <https://orcid.org/0000-0001-5768-2899>María del Rosario Tolentino-Ferrel³ <https://orcid.org/0000-0002-4690-5564>

1. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Guanajuato, México.
2. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Guanajuato, México
3. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Guanajuato, México

*Autor para correspondencia: alicia.alvarez@ugto.mx**Resumen**

Introducción: El sueño influye y regula funciones fisiológicas y respuestas conductuales, por lo tanto, la privación del sueño y descanso ha llevado a alteraciones del bienestar de las estudiantes universitarias que viven cambios en sus rutinas de vida, relacionado con las exigencias académicas, horarios de estudio, cumplimiento de roles, entre otros. El abordaje del sueño y descanso en las estudiantes universitarias permite generar información empírica para la toma de decisiones por las autoridades universitarias y como profesionales de enfermería orienta el diseño de las intervenciones para el bienestar de esta población. **Objetivo:** caracterizar el patrón de sueño y descanso de las estudiantes universitarias del área de la salud. **Metodología:** estudio descriptivo transversal, participaron 119 mujeres seleccionadas por muestreo aleatorio simple, inscritas en un programa del área de la salud y que firmaron el consentimiento informado. Se aplicó un instrumento expreso diseñado a partir de las características definitorias de la categoría diagnóstica patrón de sueño alterado de NANDA 2018-2020. Para el análisis se obtuvo estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** sobre las características sociodemográficas 94.1% refirieron ser solteras, 5% reportó tener hijos, 66.4% cursaban cuarto año de la carrera de enfermería. Respecto al patrón de sueño y descanso 12.6% se sienten descansadas, 63% se despiertan durante la noche, 55.5% tardan en conciliar el sueño y 43.7% duermen menos de ocho horas, por la falta de horas de sueño refieren ansiedad (46.2%), letargo (50.4%), agresión (38.7%). **Conclusión:** las estudiantes tienen un patrón de sueño y descanso alterado.

Palabras clave: Sueño; Hábitos; Estudiantes del área de la salud (DeCS).

Abstract

Introduction: sleep and rest are important for health, sleep deprivation and rest have led to alterations in the well-being of university students who experience changes in their life routines, related to academic demands, study schedules, role fulfillment, among others. The approach to sleep and rest in university students allows the generation of empirical information for decision-making by university authorities and, as nursing professionals, guides the design of interventions for the well-being of this population. **Objective:** to characterize the sleep and rest pattern of university students in the health area. **Methodology:** a descriptive cross-sectional study, 119 women selected by simple random sampling participated, enrolled in a program in the health area and who signed the informed consent. An exprofessional instrument designed based on the defining characteristics of the NANDA 2018-2020 category for the diagnosis of disturbed sleep pattern was applied. Descriptive and inferential statistics were obtained for the analysis. **Results:** on the sociodemographic characteristics 94.1% referred to being single, 5% reported having children, 66.4% were in the fourth year of the nursing career. Regarding the sleep and rest pattern, 12.6% feel rested, 63% wake up during the night, 55.5% take time to fall asleep and 43.7% sleep less than eight hours, because of the lack of hours of sleep they report anxiety (46.2%), lethargy (50.4%), aggression (38.7%). **Conclusion:** the students have an altered sleep and rest pattern.

Key words: Sleep; Habits; Health occupations students(DeCS).

Abstrato

Introdução: O sono influencia e regula as funções fisiológicas e as respostas comportamentais, portanto, a privação do sono e o repouso têm levado a alterações no bem-estar de universitários que vivenciam mudanças em suas rotinas de vida, relacionadas às demandas acadêmicas, horários de estudo, cumprimento de papéis, entre outras. A abordagem do sono e repouso em estudantes universitários permite a geração de informações empíricas para a tomada de decisão por autoridades universitárias e, como profissionais de enfermagem, orienta o desenho de intervenções para o bem-estar dessa população. **Objetivo:** Caracterizar o padrão de sono e repouso de universitários da área da saúde. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo, 119 mulheres participantes foram selecionadas por amostragem aleatória simples, inscritas em um programa da área da saúde e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi aplicado um instrumento especialmente desenhado usando as características da categoria 2018-2020 da NANDA para o diagnóstico do padrão de sono perturbado. Estatísticas descritivas e inferenciais foram obtidas para a avaliação. **Resultados:** sobre as características sociodemográficas 94,1% referiram ser solteiros, 5% referiram ter filhos e 66,4% estavam no quarto ano da carreira de enfermagem. Quanto ao padrão de sono e repouso, 12,6% sentem-se descansados, 63% acordam durante a noite, 55,5% precisam de tempo para adormecer e 43,7% dormem menos de oito horas; pela falta de horas de sono relatam ansiedade (46,2%), letargia (50,4%) e agressão (38,7%). **Conclusão:** Os alunos têm um padrão de sono e repouso alterado.

Palavras-chave: Sono; Hábitos; Estudantes de Ciências da Saúde (DeCS).

Recibido: 14/10/2020

Aceptado: 16/04/2021



Introducción

El sueño es un proceso fisiológico cíclico que alterna con largos periodos de vigilia, este ciclo influye y regula funciones fisiológicas y respuestas de conducta; entre las funciones del sueño se encuentran la conservación de la energía, el restablecimiento de los tejidos corporales, la disminución de la liberación de radicales libres que pueden lesionar el tejido cerebral, la termorregulación, la consolidación y el refuerzo de la memoria ^(1,2), por lo que conseguir la mejor calidad de sueño posible es importante para tener un buen estado de salud ⁽³⁾. Las personas necesitan diferentes cantidades de sueño y descanso, estas variaciones dependen de la etapa del ciclo vital, el recién nacido duerme entre 14 y 18 horas, el lactante entre 12 y 14 horas, el niño en etapa escolar entre 11 y 12 horas y en la edad adulta, la mayoría duerme entre 7 y 8 horas por noche ^(4,5). La salud física y emocional, el rendimiento diurno en las áreas académica y laboral depende de la capacidad para satisfacer esta necesidad humana básica ⁽⁶⁾.

Cuando una persona descansa se halla en un estado de actividad mental, física y espiritual que la lleva a sentirse sin depresión, estrés o ansiedad ⁽⁷⁾. Asimismo, cuando las personas duermen suficiente sienten que su energía ha sido recuperada, se encuentran listas para reanudar las actividades de la vida diaria ⁽⁸⁾. El descanso no implica inactividad, puede conseguirse a través de lecturas, practica de ejercicios de relajación, escuchar música, entre otros ⁽⁹⁾.

Sin sueño y descanso apropiados, la capacidad para concentrarse, emitir juicios, toma de decisiones, pensamiento crítico y la participación en las actividades diarias disminuyen; al mismo tiempo la irritabilidad aumenta ⁽¹⁰⁾.

Las principales diferencias respecto al sueño y descanso entre hombres y mujeres se encuentran los procesos fisiológicos de la menstruación, embarazo y menopausia que pueden alterar el sueño ⁽⁴⁾, aunado a que en México las mujeres en comparación con los hombres suelen tener una mayor carga a nivel familiar; se hacen responsables de gran parte de las tareas del hogar y el cuidado de los hijos disminuyendo así el tiempo que tienen para el descanso.

Un factor que modifica el patrón de sueño y descanso es la vida universitaria ⁽³⁾. La joven que ingresa a la universidad, momento único en el desarrollo de la joven estudiante ⁽¹¹⁾, se encuentra ante un periodo en el que debe afrontar una serie de cambios, físicos, psicológicos y sociales; a los que muchas veces no se encuentra preparada, como



preocupaciones académicas, nuevas redes sociales, modificación en sus hábitos de actividad física, alimentarios, sueño descanso, entre otros que pueden afectar su estilo y calidad de vida; más aún, para estudiantes que migran a otra ciudad para iniciar o culminar sus estudios ⁽¹²⁾. Las estudiantes en específico requieren de un sueño apropiado para participar en las actividades de su día, sin embargo, en su trayectoria universitaria se presentan conductas que alteran el patrón de sueño y descanso como son: consumo de alcohol y tabaco, dietas nutricionales no adecuadas, sedentarismo, demandas académicas, el entorno que no le es familiar, actividades sociales, el tener hijos y cubrir roles que requieren de una demanda mayor por ser mujer, entre otros ⁽¹³⁾.

Las mujeres tienen mayor riesgo a exponerse a factores externos para iniciar o mantener el sueño (OR=3.1; IC95% 1.1-8.8), entre los que se encuentran estrés de la universidad, relaciones familiares y actividades sociales ⁽⁸⁾. De igual forma los hábitos que pueden alterar el patrón de sueño incluyen: realizar trabajos por la noche a lo que no se está acostumbrada, participar en actividades sociales hasta altas horas de la noche, cambiar la hora de la cena, incluso tener jornada doble de trabajo ⁽¹⁴⁾.

Los factores de riesgo más comunes en la alteración del patrón de sueño y descanso entre las universitarias del área de la salud son: horas fuera de casa para asistir a clases teóricas y prácticas en laboratorios, comunidad, empresas o instituciones de salud de segundo nivel de atención, según el año que cursan; además de las actividades académicas de preparación de clase, se agrega el atender tareas, trabajos extra clase, todo ello a realizarse en las pocas horas disponibles fuera de la universidad, lo que disminuye las horas de sueño en atención de dichas responsabilidades, aunado a las actividades propias asignadas a las mujeres por su condición de género ⁽¹⁵⁾.

De acuerdo con la evidencia disponible se encontró en personas universitarias, patrones de sueño disfuncionales, como trasnochar o no respetar los horarios de sueño adecuados, lo que conllevó a problemas de insomnio, dificultades para quedarse dormido o despertarse varias veces durante la noche ⁽⁸⁾. Otro estudio obtuvo que 70.3% de las y los universitarios presentan somnolencia leve o moderada ⁽²⁾. También, se ha reportado que 62.4% de las y los estudiantes universitarios refirieron que uno de los factores que interfiere con el sueño son los trabajos académicos ⁽¹⁶⁾. En otro estudio se señaló que las mujeres universitarias tienen peor calidad de sueño que los hombres ⁽¹⁷⁾.



En la Institución educativa de nivel superior en donde se realizó el estudio no se cuenta con información acerca de este tema que permita implementar una intervención en las universitarias, a fin de mejorar su bienestar.

El objetivo del estudio fue caracterizar el patrón de sueño y descanso de las estudiantes universitarias, dado que el sueño y descanso es un aspecto fundamental para mejorar la calidad de vida de las estudiantes universitarias, además de favorecer los resultados positivos en la trayectoria académica. La categoría diagnóstica que se trabajó fue patrón de sueño alterado (00198) que según los Diagnósticos de Enfermería 2018-2020 (NANDA, por sus siglas en inglés) se refiere a interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos ⁽¹⁸⁾.

Objetivo

Caracterizar el patrón de sueño y descanso de las estudiantes universitarias del área de la salud.

Metodología

El estudio cuenta con un diseño descriptivo transversal, participaron 119 estudiantes mujeres de entre 20 y 23 años ($M=21.50$, $DE=1.04$) inscritas en una Institución de Educación Superior (IES) del estado de Guanajuato, México; pertenecían a la carrera de enfermería, con carga académica completa para el año que cursaban, proporcionaron su consentimiento informado. El cálculo de tamaño de muestra se determinó con la fórmula de poblaciones finitas ⁽¹⁹⁾ en la que se consideró un nivel de confianza de 95%, probabilidad a favor de .80, probabilidad en contra de .20 y un error de estimación de .05, el tipo de muestreo fue probabilístico con selección aleatoria simple ⁽¹⁹⁾.

Para recabar los datos sociodemográficos se utilizó un formulario de datos generales que incluyó preguntas sobre edad, estado civil, si tenían una relación de pareja, número de hijos; además de preguntas respecto a las actividades académicas semestre, lugar y turno de prácticas clínicas, así como su promedio general de calificaciones del semestre anterior inmediato. Para el patrón de sueño y descanso se utilizó la escala patrón de sueño, se diseñó expofeso, conformada por 12 reactivos con escala tipo Lickert de cuatro grados donde cuatro significa siempre y uno nunca, el marco de referencia temporal es la semana previa, el puntaje mínimo es de 12 puntos y máximo de 48 puntos,



indicando que a mayor puntaje mayor alteración del patrón de sueño y descanso. Previo a la colecta de información se contó con el consentimiento informado de las participantes.

En el análisis de la caracterización del patrón de sueño se aplicó estadística descriptiva, y para el diseño del instrumento se obtuvo análisis de viabilidad a través de la prueba de Esfericidad de Bartlett y la prueba de KMO (Káiser-MeyerOlkin). También el análisis factorial y coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya Salvatierra de la Universidad de Guanajuato con número de registro CIDSC- 3090806.

Diseño del instrumento

Para el diseño del instrumento se siguió la siguiente propuesta metodológica ^(20,21,22), definir el concepto a medir, clarificar la población objetivo, desarrollar los reactivos, evaluar validez y confiabilidad.

En seguida se describe el proceso de la construcción de la escala: A) el concepto a medir fue patrón de sueño alterado que es la categoría diagnóstica 00198 de NANDA 2018-2019⁽¹⁸⁾, que se define como el despertar por tiempo limitado debido a factores externos; B) la población objetivo fueron mujeres universitarias del área de la salud, que cursaban la carrera de enfermería; C) en el desarrollo de los reactivos se tomó como atributos del concepto las características definitorias de la categoría diagnóstica patrón de sueño alterado (00198) de NANDA 2018-2020 ⁽¹⁸⁾, que son: alteraciones en el patrón de dormir, despertar sin habérselo propuesto, dificultad para el funcionamiento diario, dificultad para iniciar el sueño, sensación de haber descansado, insatisfacción con el sueño, en el diseño de los reactivos se consideró la simplicidad del enunciado, la fácil comprensión del reactivo, el lenguaje claro y sencillo y la redacción en presente ⁽²³⁾; D) para evaluar la validez de contenido fue por un panel de jueces, tres profesionales de enfermería, uno de ellos con experiencia en práctica clínica, otro en docencia y manejo de NANDA 2018-2020 ⁽¹⁸⁾, NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) ⁽²⁴⁾ y NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) ⁽²⁵⁾ y el tercero en docencia y construcción de instrumentos; quienes evaluaron la claridad, coherencia, pertinencia, relevancia e importancia de los reactivos. Una vez que se contó con los reactivos se procedió a la redacción de las instrucciones y formato del instrumento para presentarlo a 10 estudiantes universitarias del área de la salud y así determinar el grado de



comprensión de las instrucciones, claridad de los reactivos y características de la presentación del instrumento; E) en cuanto a la validez de constructo se realizó un análisis factorial de componentes principales, donde el resultado de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin fue 0.83 y la prueba de esfericidad de Barlett fue significativa ($\chi^2 = 363.18$, $gl = 66$, $p < .001$); se procedió a realizar la matriz de componentes principales por rotación Varimax resultando tres factores que explicaron el 54.32% de la varianza total; F) en relación con la confiabilidad, se realizó una evaluación de la consistencia interna del instrumento total mediante el Alfa de Cronbach, el resultado fue 0.743, que según Nunnally ⁽²⁶⁾ puede ser suficiente en la primera fase de la construcción de un instrumento.

Resultados

Sobre las características de las participantes 94.1% refirieron ser solteras, 5.9% tenían una relación de pareja y 5% reportó tener hijos. Respecto a las actividades académicas 66.4% cursaban cuarto año, 25.2% tercer año y 8.4% segundo año de la carrera de enfermería; las estudiantes se encontraban tanto en prácticas clínicas en el sector salud o empresarial como en clases en la IES, de tal forma que quien asistía a prácticas en los turnos nocturno, jornada acumulada y vespertino tomaban clases en la IES en el turno matutino y quienes asistían a prácticas en el turno matutino tenían clases en IES en el turno vespertino. El 100% de las participantes se encontraba con carga académica completa para el año que cursaba. De las estudiantes que realizaban prácticas clínicas 52.1% se encontraba en el turno matutino, 21.8% en jornada acumulada, 13.4% en turno vespertino y 12.6% en turno nocturno. En relación con el promedio de calificaciones del semestre anterior inmediato fue de 8.65 ($DE=0.50$).

Respecto a las características del patrón de sueño y descanso 12.6% de las participantes refirieron que siempre se sienten descansadas, 63% a veces se despiertan durante la noche, 55.5% a veces tardan en conciliar el sueño, 43.7% siempre duermen menos de ocho horas, por la falta de horas de sueño a veces presentan cambios de humor repentino (46.2%), a veces se sienten ansiosas (50.4%), a veces aletargadas (47.9%), a veces se desconcentran fácilmente al desarrollar sus actividades diarias (58.8%), a veces experimentan confusión aguda (31.1%), a veces tienen reacciones agresivas sin motivo alguno (38.7%), a veces notan que las manos y los ojos les tiemblan (42%) y 60.5% nunca realizan siestas durante el día que le impida dormir durante la noche.



Discusión

La realización de este estudio permitió conocer las características del patrón de sueño y descanso en las estudiantes universitarias del área de la salud, los resultados mostraron que esta población presenta patrón de sueño alterado, como lo refieren otros estudios realizados en universitarios ^(2, 13, 17). Sobre que una de cada diez participantes refirió que siempre se sienten descansadas, estos resultados son similares a lo encontrado en la investigación realizada en la Universidad Católica de Asunción, en el que 21.93% de los participantes manifestaron sueño reparador ⁽¹⁵⁾.

Respecto a que el 63% refirió que a veces se despiertan durante la noche, estos resultados son similares a Becerra ⁽¹¹⁾, quien señaló que 61.3% de las personas participantes se despierta durante la noche. En relación a que 55.5% tardan en conciliar el sueño, 43.7% siempre duermen menos de ocho horas los resultados coincide con los resultados del estudio llevado a cabo en la Universidad de Rosario, Colombia, quienes reportaron que los participantes refirieron más de 30 minutos para conciliar el sueño (2.8%) y dormir menos de ocho horas ($M= 6.5$ hrs, $DE=.5$) ⁽¹⁶⁾.

Con referencia a que por la falta de horas de sueño a veces presentan cambios de humor repentino (46.2%), se sienten ansiosas (50.4%), aletargadas (47.9%), se desconcentran fácilmente al desarrollar sus actividades diarias (58.8%), experimentan confusión aguda (31.1%), reacciones agresivas sin motivo alguno (38.7%), notan que las manos y los ojos les tiemblan (42%) son resultados contrarios a lo reportado por la investigación realizada en la Universidad de King Khalid, Arabia Saudita ⁽¹⁰⁾ donde la población estudiada presentó buen patrón de sueño.

En cuanto a que 60.5% nunca realizan siestas durante el día que le impida dormir durante la noche, dato diferente a lo reportado por Becerra ⁽¹¹⁾ donde 27.1% hace siesta.

Conclusiones

El objetivo del estudio fue caracterizar el patrón de sueño y descanso de las estudiantes universitarias, al respecto se concluye que las estudiantes tienen un patrón de sueño alterado determinado por despertar durante la noche, tardar en conciliar el sueño, dormir menos de ocho horas. Por la falta de horas de sueño refieren cambios de humor repentino, ansiedad, letargo, falta de concentración en sus actividades, reacciones agresivas sin motivo. Este estudio es la base



para la formulación de estrategias que favorezca la higiene del sueño en estudiantes universitarias desde una perspectiva de género.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de intereses.

Financiamiento

El estudio no contó con financiamiento

Referencias bibliográficas

1. Achury DM, Delgado A, Ruiz M. El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Invest. Enferm. Imagen Desarr* [Internet]. 2013[consultado Marzo 2020]; 15(1): 51-63. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6025>
2. de la Portilla-Maya S, Dussán-Lubert C, Montoya-Londoño DM, Taborda-Chaurra J, Nieto-Osorio LS. Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. *Hacia Promoc. Salud* [Internet]. 2019 [consultado Marzo 2020]; 24(1): 84-96. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.8>
3. Aguirre-Crespo A, Reyes-Cárdenas G, Martínez-Ramírez B, Caballero-García M, Sánchez-Vega C, Siliceo-Murrieta JI. Caracterización del patrón de sueño en estudiantes de la Universidad de Quintana Roo. *Revista Salud Quintana Roo* [Internet]. 2014 [consultado Marzo 2020]; (29):16-20. Disponible en: <http://www.salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/29/04/04.pdf>
4. Contreras A. Sueño a lo largo de la vida y sus implicaciones en salud. *REV. MED. CLIN. CONDES* [Internet]. 2013 [consultado Septiembre 2020]; 24(3) 341-349. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701718>
5. Abdulrhman M, Hasan M, Salman B, Hassan B, Ziyad M, Jobran M., et al. (2018). Sleep quality and internet addiction level among university students. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* [Internet]. 2014 [consultado Marzo 2020]; 73(7): 7042-7047. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.12816/ejhm.2018.17224>
6. Roa M, Parada F, Vargas V, López P. Sleep quality and sleep inhibitors consumption in medical students. *Rev ANACEM* [Internet]. 2016 [consultado Marzo 2020]; 10(1): 4-9. Disponible en: <https://issuu.com/revistaanacem/docs/5-12-pb>
7. Farzaneh F, Momayyezi M, Lotfi MH. Relationship between quality of sleep and mental health in female students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences (2015). *Fundamentals of Mental Health* [Internet]. 2018 [consultado Marzo 2020]; 20(2): 167-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22038/JFMH.2018.10484>



8. Duran S, Rosales G, Moya C, García P. Insomnio, latencia al sueño y cantidad de sueño en estudiantes universitarios chilenos durante el periodo de clases y exámenes. *Salud Uninorte* [Internet]. 2017 [consultado Marzo 2020]; 3(2):75-85. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.14482/sun.33.2.10533>
9. Gao R, Lv Y, Li X, Zhou K, Jin X, Dang S, Li N. Effects of comprehensive sleep management on sleep quality in university students in mainland China. *Sleep and Biological Rhythms* [Internet]. 2014 [consultado Marzo 2020]; (12): 194-202. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1111/sbr.12063>
10. Siddiqui AF, Al-Musa H, Al-Amri H, Al-Qahtani A, Al-Shahrani M, Al-Qahtani M. Sleep patterns and predictors of poor sleep quality among medical students in King Khalid University, Saudi Arabia. *Malaysian J Med Sci* [Internet]. 2016 [consultado Marzo 2020]; 23(6): 94-102. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.21315/mjms2016.23.6.10>
11. Becerra S. Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología* [Internet]. 2016 [consultado Marzo 2020]; 34(2): 239-260. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.001>
12. Padilla-García CI, Jaimes-Valencia ML, Fajardo-Nates S, Ramos-Franco AM. Factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida en estudiantes universitarios. *MedUNAB* [Internet]. 2014 [consultado Marzo 2020]; 17(2):81-90. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.29375/01237047.2171>
13. Tamayo JA, Rodríguez K, Escobar K, Mejía A. M. Estilos de vida de estudiantes de odontología. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. 2015 [consultado Marzo 2020]; 20(2):147-160. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.10>
14. de Camargo A, Cordeiro de Souza W, Capote P, Mascarenhas L, Souza-Junior T. Associação do tempo de sono com os fatores de risco antropométricos e cardiovasculares em universitários. *Ciência & Saúde* [Internet]. 2018 [consultado Marzo 2020]; 11(2): 107-113. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.2.29498>
15. Adorno IDR, Gatti LD, Gómez LL, Mereles LM, Segovia JM, Segovia JA, Castrillo A. (2016). Calidad del sueño en estudiantes de medicina de la universidad católica de Asunción. *CIMEL* [Internet]. 2016 [consultado Marzo 2020]; 21(1):5-8. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23961/cimel.v21i1.596>
16. Talero-Gutierrez C, Duran-Torres F, Ibañez-Pinilla M, Perez-Olmos I, Echeverria-Palacio CM. Sleep quality perception and romantic relationships in university students: cross-sectional study. *rev.fac.med* [Internet]. 2017 [consultado Marzo 2020]; 65(2): 197-202. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.58396>
17. Li J, Zhou K, Li X, Liu M, Dang S, Wang D, Xin X. Mediator effect of sleep hygiene practices on relationships between sleep quality and other sleep-related factors in Chinese mainland university students. *Behav Sleep Med* [Internet]. 2016 [consultado Marzo 2020]; 14(1):85-99. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1080/15402002.2014.954116>
18. Herdman T, Kamitsuru S. (ed). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020*. 11th ed. New York: Thieme; 2017
19. Münch L, Ángeles E. Métodos y técnicas de investigación. 4 ed. México: Trillas; 2009
20. Fajardo-Quintana JC, Cruz-Sarmiento M, Mora Y, Torres-Leguizamón LM. Validación facial de la escala Nursing Activities Score en tres unidades de cuidado intensivo en Bogotá, Colombia. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 [Consultado Septiembre 2020]; 45:102-115. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.261091>
21. Luján-Tangarife JA, Cardona-Arias J. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *ARCHIVOS DE MEDICINA* [Internet]. 2015 [Consultado Septiembre 2020]; 11(3): 1-10. Disponible en <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/construccin-y-validacin-de-escalasde-medicin-en-salud-revisin-depropiedades-psicomtricas.php?aid=6694>



22. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición de salud. *Rev. Salud pública* [Internet]. 2004 [Consultado Septiembre 2020]; 6 (3): 302-318. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/rsap/2004.v6n3/302-318/>
23. Parrado-Lozano YM, Sáenz-Montoya X, Soto-LesmesVI, Gúaqueta-Parada SR, Amaya-Rey P, Caro-Castillo CV, Parra-Vargas M, Triana-Restrepo MC. Validez de dos instrumentos para medir la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia en la unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2016; 18(1): 115-28. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.vimr>
24. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C, (ed). *Nursing Interventions Classification*. 6th ed. MO: Mosby; 2012.
25. Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E, (ed). *Nursing Outcomes Classification*. 5th ed. MO: Mosby; 2012.
26. Nunnally NC. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1978

Cómo citar este artículo: Álvarez-Aguirre A, Blancarte-Fuentes E, Tolentino-Ferrel MR. Sueño y descanso en mujeres estudiantes del área de la salud. SANUS [Internet]. 2021 [citado el dd mm aa]; 6:e193. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi1.193>



Rasgos de personalidad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios


Personality traits and alcohol consumption in university students

Características da personalidade e consumo de álcool em estudantes universitários


Julia Alejandra Sifuentes-Castro¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2834-1785>


Manuel Antonio Lopez-Cisneros^{2*}

 <https://orcid.org/0000-0002-9384-5752>


Francisco Rafael Guzmán-Facundo³

 <https://orcid.org/0000-0002-6951-8989>

Juan Yovani Telumbre-Terrero⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>

Pedro Moisés Noh-Moo⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-1580-5533>

1. Estudiante del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.
2. Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen. Facultad de Ciencias de la Salud. Hospital General de Zona No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
3. Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.
4. Maestro en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen. Facultad de Ciencias de la Salud.
5. Estudiante del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Sinaloa. Facultad de Enfermería Mochis.

*Autor para correspondencia: mlcisneros@hotmail.com

Resumen

Introducción: Los rasgos de personalidad son patrones de conducta persistentes en la forma de pensar, percibir y relacionarse, por lo que fungen como condicionantes que pueden hacer vulnerable al individuo para adquirir conductas saludables o nocivas para la salud, como el consumo de drogas lícitas e ilícitas. **Objetivo:** Determinar la relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Ciudad del Carmen Campeche, México. **Metodología:** Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional, transversal, efectuado en una muestra de 238 estudiantes universitarios del área de la salud. **Resultados:** La prevalencia lápsica del consumo de alcohol, se presentó en mayor proporción (85.3%), en comparación a la prevalencia actual (39.9%) e instantánea (20.6%). En cuanto al tipo de consumo de alcohol, existe un consumo dependiente (19.9%) en estudiantes universitarios, a pesar de predominar un consumo de riesgo (60.2%). De acuerdo con el AUDIT, se encontró una relación positiva con el rasgo de personalidad de

extraversión ($r_s=.165$, $p=.02$). **Conclusiones:** Se identificó el perfil del consumo de alcohol de los jóvenes, así como una relación del rasgo de personalidad extraversión con el consumo de alcohol, lo cual pone en evidencia la necesidad del diseño e implementación de intervenciones de Enfermería eficientes y oportunas que contribuyan de manera significativa a la disminución y erradicación de hábitos nocivos para la salud y el fomento de estilos de vida saludables.

Palabras clave: Consumo de Bebidas Alcohólicas; Adulto Joven; Personalidad (DeCS).

Abstract

Introduction: Personality traits are persistent patterns of behavior in the way of thinking, perceiving and relating, so they serve as determining factors that can make the individual vulnerable to acquire behaviors that are healthy or harmful to health, such as the use of licit drugs and illicit. **Objective:** To determine the relationship between personality traits and alcohol consumption in university students from Ciudad del Carmen Campeche, Mexico. **Methodology:** Quantitative, non-experimental, descriptive correlational, cross sectional study, carried out on a sample of 238 university students in the health area. **Results:** The lapsed prevalence of alcohol consumption was presented in a higher proportion (85.3%), compared to the current prevalence (39.9%) and instantaneous (20.6%). Regarding the type of alcohol consumption, there is a dependent consumption (19.9%) in university students, despite the prevalence of risky consumption (60.2%). According to AUDIT, a positive relationship was found with the extraversion personality trait ($r_s = .165$, $p = .02$). **Conclusions:** The profile of alcohol consumption in young people was identified, as well as a relationship of the extraversion personality trait with alcohol consumption, which highlights the need for the design and implementation of efficient and timely nursing interventions that contribute significantly to the reduction and eradication of harmful habits for health and the promotion of healthy lifestyles.

Key words: Alcohol Drinking; Young Adult; Personality.

Abstrato

Introdução: Os traços de personalidade são padrões persistentes de comportamento na maneira de pensar, perceber e se relacionar; portanto, servem como fatores condicionantes que podem tornar o indivíduo vulnerável a adquirir comportamentos saudáveis ou prejudiciais à saúde, como o uso de drogas lícitas e ilícito. **Objetivo:** Determinar a relação entre traços de personalidade e consumo de álcool em estudantes universitários de Ciudad del Carmen Campeche, México. **Metodologia:** Estudo quantitativo, não experimental, correlacional, descritivo, transversal, realizado em uma amostra de 238 universitários da área da saúde. **Resultados:** A prevalência decorrida de consumo de álcool foi apresentada em uma proporção maior (85,3%), em comparação à prevalência atual (39,9%) e instantânea (20,6%). Quanto ao tipo de consumo de álcool, existe um consumo dependente (19,9%) em estudantes universitários, apesar da prevalência de consumo arriscado (60,2%). Segundo o AUDIT, foi encontrada uma relação positiva com o traço de personalidade extrovertida ($r_s = 0,165$, $p = 0,02$). **Conclusões:** Identificou-se o perfil do consumo de álcool em jovens, bem como uma relação do traço de personalidade extroversão com o consumo de álcool, o que evidencia a necessidade de desenho e implementação de intervenções de enfermagem eficazes e oportunas que contribuam significativamente à redução e erradicação de hábitos nocivos à saúde e à promoção de estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Consumo de Bebidas Alcoólicas; Adulto Jovem; Personalidade (DeCS).

Recibido: 03/04/2020

Aceptado: 25/06/21



Introducción

La conducta de consumo de alcohol se considera uno de los principales retos que enfrenta actualmente la salud pública, debido a que es un problema de salud de origen multifactorial, que condiciona una gama de trastornos biológicos, psicológicos y sociales, entre los que se encuentran: diversos tipos de cáncer, cirrosis hepática, problemas cardiovasculares, trastornos mentales, alteración de las relaciones interpersonales y accidentes de tránsito, entre otros, siendo responsable de alrededor de 3.3 millones de muertes al año en el mundo, impactando significativamente en el crecimiento, desarrollo y fortalecimiento del núcleo familiar y social, limitando no solo al consumidor sino a todo el contexto en el que se desenvuelve, afectando la calidad de vida del individuo, familia grupo y/o comunidad ^(1,2).

Uno de los grupos etarios con mayor vulnerabilidad para adquirir conductas de riesgo, es el conformado por adolescentes y jóvenes, debido a que, durante esta etapa de crecimiento y desarrollo, el individuo se enfrenta a cambios biopsicosociales en el contexto familiar, escolar y laboral, ⁽³⁻⁶⁾. En México existen hallazgos estadísticos que señalan que los adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre los 18 a 25 años ingieren grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo. Se ha estimado una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida entre 77.1% a 77.3%, el último año entre 55.7% a 53.3%, el consumo en el último mes entre 35.0% a 39.9% y en la última semana entre 13.9% a 22.1%. Estos datos ponen en evidencia el aumento considerable en el consumo excesivo de bebidas embriagantes, ya que en el último mes y última semana está por encima de la media nacional (19.8%), predominantemente en la región sureste del país ^(7, 8).

Uno de los condicionantes más relacionados con el consumo de alcohol durante la juventud son los rasgos de la personalidad, definidos como patrones de conductas persistentes, en la forma de pensar, percibir y relacionarse de una persona ^(9,10). Por lo que McCrae y Costa ⁽¹¹⁾, propusieron un Modelo de cinco grandes dimensiones de la personalidad (neurotismo, extraversión, apertura, amabilidad y conciencia), los cuales permiten comprender la personalidad de los individuos para la adquisición de hábitos que influyen para desarrollar, mantener o eliminar comportamientos y estilos de vida saludables y no saludables.



En el fenómeno de la drogodependencia, el rasgo de personalidad neurotismo involucra a individuos con baja estabilidad emocional y ha sido asociado fuertemente con una mayor conducta de consumo de drogas lícitas e ilícitas en jóvenes ^(12, 13), mientras que la extraversión hace referencia a individuos sociables, con afectividad positiva, en búsqueda de aventuras e impulsividad, y estudios realizados en Estados Unidos de América y Serbia han relacionado este rasgo con un mayor consumo de drogas ^(5, 14).

Respecto al rasgo de personalidad apertura y amabilidad, éste se caracteriza por individuos con ideas asertivas y libertad de pensamiento, con capacidad de altruismo, identificados por su compasión, confianza y generosidad, sin embargo, investigaciones efectuadas en España han evidenciado una asociación de dicho rasgo de personalidad con la ingesta de bebidas embriagantes en jóvenes ^(7, 15). Así mismo el rasgo de personalidad conciencia muestra la cualidad de un elevado sentido del deber, son individuos diligentes, responsables y disciplinados, siendo un factor protector para un menor consumo de alcohol ^(12, 16).

A pesar de las diversas características de pensamientos, sentimientos y comportamientos que caracteriza a los jóvenes, los rasgos de personalidad en relación con las adicciones se direccionan a desarrollar diversos problemas universales, principalmente en los estudiantes universitarios, quienes además de estar transitando por los cambios propios de la juventud, también como futuros profesionales se encuentran inmersos en un proceso de formación académica que se origina en un contexto sociocultural que puede servir como factor protector o en ocasiones como un factor de riesgo hacia la conducta de consumo de alcohol ^(8, 16, 17, 18). Aunado a que dentro del proceso de formación, el estudiante universitario se enfrenta a múltiples desafíos escolares, que ocasionan alteraciones vinculadas con el cansancio emocional, el agotamiento físico, la abrumadora carga horaria, el aumento de la responsabilidad, la limitación de la convivencia familiar, la carencia de actividades recreativas y de diversión, que se convierten en factores que condicionan la probabilidad de adquirir conductas nocivas para la salud, relacionadas con el consumo de alcohol como remedio para mitigar el estrés académico y las situaciones antes mencionadas ^(18, 19).

Por tal motivo es importante tener un acercamiento a este fenómeno de estudio, vinculado con los rasgos de personalidad, que permita obtener mayores conocimientos sobre patrones de conductas y su relación con posibles



situaciones de riesgo ⁽²⁰⁾. En este sentido la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Metodología

Estudio con enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal, dado que se estableció la relación existente entre los rasgos de personalidad y el consumo de alcohol ⁽²¹⁾. La población de interés estuvo conformada por jóvenes estudiantes universitarios del área de la salud pertenecientes a una institución pública de educación superior ubicada en Ciudad del Carmen, Campeche, México. El muestreo fue aleatorio estratificado por semestre, estimándose el tamaño de muestra mediante el paquete estadístico n'Query Advisor versión 7.0 ⁽²²⁾, con una potencia del 90%, significancia de .05, correlación de .30, tasa de no respuesta del 10%; quedando una muestra de 238 participantes.

Para la recolección de la información, se obtuvo el registro FCS/032018 ante el Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, así como, la autorización de la institución educativa donde se realizó el proyecto, se explicó a los directivos el objetivo del estudio, solicitando la lista actual de alumnos inscritos en cada semestre de acuerdo al ciclo escolar vigente, para seleccionar a los participantes de manera aleatoria, se invitó a los estudiantes elegidos, para participar de manera voluntaria y anónima, a quienes aceptaron se les entregó el consentimiento informado para obtener su autorización.

La aplicación de los instrumentos se realizó el día y horario acordado con los estudiantes, entregándose estos en un sobre cerrado, el cual abrieron de forma individual, para dar lectura únicamente al objetivo del estudio y las instrucciones de llenado, en todo momento se respetó la integridad de los participantes, apegado a lo establecido en la Ley General de Salud en Investigación con seres humanos ⁽²³⁾, al finalizar cada alumno colocaba el sobre en una urna, ubicada a la salida del aula.

Se utilizaron tres instrumentos de lápiz y papel que fueron: a) Cédula de Datos Personales y Prevalencias del Consumo de Alcohol (CDPPCA), b) Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud ⁽²⁴⁾, validado en población mexicana por De la Fuente &



Kershenovich ⁽²⁵⁾ y c) Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores (NEO FFI)⁽²⁶⁾, que se deriva del Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)⁽²⁷⁾ y validado en población mexicana por Reyes, Álvarez, Peredo, Miranda y Rebolledo ⁽²⁸⁾.

La Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA), recaba información general vinculada con datos personales del estudiante universitario como: edad, género, semestre, programa educativo que cursa, además de prevalencias de consumo de alcohol, clasificadas en el consumo de alguna vez en la vida, en último año, último mes, últimos siete días, así como la edad de inicio de consumo de alcohol y el número de copas que ingiere el joven en un día típico.

La Prueba de Identificación de Trastornos derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT), consta de 10 preguntas de opción múltiple con un rango de puntuación de 0 a 4, permite identificar a los individuos con problemas del uso y abuso del alcohol durante el último año. Las puntuaciones de la escala fluctúan entre 0 a 40, donde a mayor puntuación existe mayor consumo ⁽²⁵⁾. El AUDIT consta de tres dominios, los reactivos 1, 2 y 3 indican la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol y determinan el consumo sensato (sin riesgo), los reactivos 4 al 6 evalúan la posibilidad de que exista dependencia al consumo de alcohol (de riesgo) y los reactivos 7, 8, 9 y 10 exploran el consumo dañino de alcohol (perjudicial). El AUDIT en el presente estudio obtuvo un Alpha de Cronbach de .79.

El Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores (NEO FFI), se constituye de 60 reactivos clasificados en cinco dimensiones (neurotismo, extraversión, apertura, amabilidad, conciencia), cada dimensión se conforma de 12 ítems, con puntuaciones que van desde 0 hasta 4, en una escala de puntuación donde 0 = es totalmente desacuerdo, 1 = es en desacuerdo, 2 = es neutral, 3 = es de acuerdo y 4 = es totalmente de acuerdo. Las puntuaciones se obtienen sumando las respuestas de los 12 reactivos de cada dimensión, haciendo un valor total que va de 0 a 48 puntos, lo que significa que a mayor puntaje mayor es la característica de personalidad definida por la dimensión de tendencia. El NEO FFI en esta investigación reportó un Alpha de Cronbach de .72.

El proceso estadístico de la información obtenida (captura, análisis e interpretación de los resultados) se efectuó a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 para Windows,



haciendo uso de estadística descriptiva (frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión) e inferencial. Se determinó la confiabilidad de los instrumentos a través del Alpha de Cronbach, así como la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov y dado los resultados de estudio se decidió utilizar pruebas no paramétricas (Prueba U de Mann Whitney y Correlación Spearman).

Resultados

El 66.4% de los estudiantes universitarios pertenecen al género femenino, con una media de edad de 21.24 años ($DE = 2.9$), referente al grado escolar predominó que el 37.0% está cursando el segundo semestre y 31.9% el octavo semestre, en relación con la pertenencia a los programas educativos de la Facultad de Ciencias de la Salud, 26.9% de los participantes están inscritos en la Licenciatura en Enfermería, seguido de la Licenciatura en Medicina con 25.6%, posteriormente la Licenciatura en Nutrición con 14.7%, Licenciatura en Psicología Clínica con 13.4%, Licenciatura en Fisioterapia con 11.8% y Licenciatura en Educación Física y Deporte con 7.6%.

Respecto al consumo de alcohol, se comprobó que la media de edad de inicio de consumo de alcohol fue a los 17.5 años ($DE = 2.3$), con un promedio de consumo de bebidas embriagantes en un día típico de 4.1 copas ($DE = 3.5$), siendo la cerveza la bebida de mayor preferencia en los estudiantes universitarios (49.2%), seguido de bebidas alcohólicas preparadas (15.2%).

En relación con las prevalencias del consumo de alcohol en los estudiantes universitarios, la Tabla 1, muestra que la prevalencia lápsica se presentó en mayor proporción (85.3%), en comparación a la prevalencia actual (39.9%) e instantánea (20.6%).

Tabla 1. Prevalencias del consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Prevalencia	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alguna vez en la vida	203	85.3	35	14.7
En el último año	191	80.3	47	19.7
En el último mes	95	39.9	143	60.1
En la última semana	49	20.6	189	79.4

Fuente: $n = 238$, $f =$ frecuencia, $\% =$ porcentaje.



En la Tabla 2 se evidencia que existe un consumo dependiente (19.9%) en los estudiantes, a pesar de predominar el consumo de riesgo o sensato (60.2%).

Tabla 2. Tipos de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT en estudiantes universitarios

Tipo de consumo	Sí		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Consumo sensato	115	60.2	76	39.8
Consumo dependiente	38	19.9	153	80.1
Consumo dañino	62	26.1	129	67.5

Fuente: $n = 238$, f = frecuencia, % = porcentaje.

En cuanto a los rasgos de personalidad se destaca que el rasgo de personalidad conciencia predomina con una media de 28.7 ($DE = 7.4$), donde el 34.9% de los estudiantes afirmo tener objetivos claros y esforzarse por alcanzarlos de forma ordenada. Mientras que el rasgo de personalidad neurotismo obtuvo la media de 18.0 ($DE = 8.4$), se destaca que el 31.8% de los universitarios refirió poseer bastante estabilidad emocional, seguido del 26.2% que manifiesta estar en desacuerdo de realizar las cosas de manera impulsiva y luego se arrepienten (Tabla 3).

Tabla 3. Medidas de tendencia central y variabilidad del inventario NEO FF-I en estudiantes universitarios

Escala total y dimensiones	\bar{X}	Mdn	DE	S^2	Valor Mín.	Valor Máx.
NEO FF-I	125.57	125.00	19.73	389.40	77.00	172.00
Neurotismo	18.07	17.00	8.42	71.03	2.00	46.00
Extraversión	26.37	26.00	9.08	82.59	7.00	45.00
Apertura	25.26	25.00	7.02	49.38	8.00	46.00
Amabilidad	27.10	27.00	7.31	53.46	7.00	45.00
Conciencia	28.76	28.00	7.48	55.99	13.00	47.00

Fuente: $n = 238$, \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, S^2 = Varianza, Valor Min = valor mínimo, Valor Máx = valor máximo

Se identificó que existen diferencias significativas entre el consumo de alcohol alguna vez en la vida ($U = 2564.0$, $p = .009$) y en el último año ($U = 3460.0$, $p = .015$) con el rasgo de personalidad conciencia. Así mismo se encontraron también diferencias significativas entre consumo de alcohol en el último año ($U = 3458.5$, $p = .015$) y en el último mes ($U = 5706.5$, $p = .037$) con el rasgo de personalidad neurotismo (Tabla 4).



Tabla 4. Prueba U de Mann - Whitney para las prevalencias de consumo de alcohol por rasgos de personalidad en estudiantes universitarios

Consumo de alcohol alguna vez en la vida		n	\bar{X}	Mdn	U	p
Conciencia	Si	203	28.25	28.00	2564.00	.009
	No	35	31.71	33.00		
Consumo de alcohol en el último año						
Neurotismo	Si	191	18.71	18.00	3458.50	.015
	No	47	15.44	15.00		
Conciencia	Si	191	28.17	28.00	3460.00	.015
	No	47	31.12	31.00		
Consumo de alcohol en el último mes						
Neurotismo	Si	95	19.53	19.00	5706.50	.037
	No	143	17.09	16.00		

Fuente: $n = 238$, \bar{X} = media, Mdn = mediana, U = Prueba U de Mann Whitney, p = significancia

Referente al objetivo de la investigación se determinó, una relación positiva y significativa entre el rasgo de personalidad de extraversión y el consumo de alcohol de acuerdo con al AUDIT ($r_s = .165$, $p = .023$).

Tabla 5. Correlación de Spearman para las variables cuantitativas del estudio

Variables	AUDIT
Sumatoria NEO FF-I	.023
	.755
Neurotismo	-.051
	.482
Extraversión	.165*
	.023
Apertura	.006
	.930
Amabilidad	-.045
	.538
Conciencia	-.032
	.662

Nota: * $p < .05$, ** $n = 191$, *** $n = 238$.



Discusión

El estudio permitió demostrar la relación existente entre los rasgos de personalidad y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Ciudad del Carmen, Campeche, México, poniendo en evidencia que los universitarios, inician el consumo de alcohol en promedio a los 17 años de edad, datos semejantes a los reportados por la ENCODAT ^(4, 29), en un estudio realizado en estudiantes universitarios, que reportó el inicio de consumo de alcohol a los 17 años de edad o menos, lo cual podría vincularse principalmente a que los jóvenes se encuentran en un período de transición entre la adolescencia y la adultez, donde buscan la independencia, sintiéndose miembros y partícipes de sus propios comportamientos, valores, normas, principios, hábitos, costumbres y modas^(8, 17).

Los hallazgos en esta investigación constataron que más de la cuarta parte de los universitarios, consumieron alcohol en el último mes, lo cual concuerda a lo reportado por investigaciones realizadas en el Centro ^(17, 30) y Norte de México ⁽⁸⁾, donde estipularon que el consumo de alcohol en los jóvenes universitarios, se debe a que son el sector de la población con más vulnerabilidad, debido a la gama de situaciones en las cuales los estudiantes universitarios se ven inmersos (ambiente interpersonal, entorno académico y contexto laboral), además que al llegar a la mayoría de edad, las posibilidades de accesibilidad a bebidas embriagantes aumentan exponencialmente, por lo que esta conducta de consumo se asocia también con la búsqueda de identidad, pertenencia a grupos y/o aceptación por pares, fenómenos sociales que incrementan el riesgo de consumo ^(31, 32).

La conciencia fue el rasgo de personalidad que destacó, debido a que los jóvenes están de acuerdo en trabajar mucho, para conseguir sus metas y tener claros sus objetivos, hallazgos que difieren de los resultados obtenidos por investigaciones internacionales ^(7, 15), que señalan que los rasgos de personalidad que caracterizan a los jóvenes son neurotismo y extraversión, esto pudiera explicarse dado que los estudiantes universitarios que están enfocados al área de la salud, presentan un período de vida académico de mayor responsabilidad, ya que trabajan con seres humanos, por lo tanto su desempeño está mediado por características de personalidad asociados a un elevado sentido del deber, responsabilidad y disciplina ^(5, 19).



Además, la conciencia, fue el rasgo de personalidad que predominó en los estudiantes universitarios que no han consumido alcohol alguna vez en la vida y en el último año, hallazgos que se pueden atribuir a que es un rasgo de personalidad asociado a un alto sentido de responsabilidad, organización y control por sus actividades de la vida cotidiana (familiar, laboral, escolar), así como eficacia, eficiencia y autodisciplina, características determinantes para estilos de vida saludable ^(9, 16).

Por otro lado el rasgo personalidad neurotismo presentó mayor tendencia en estudiantes que refirieron haber consumido alcohol durante el último año y en el último mes, situación similar a lo reportado por un estudio realizado en estudiantes de posgrado de distintos países de Europa y América Latina ⁽⁵⁾, lo cual se vincula con este rasgo de personalidad, caracterizado por personas con falta de ideas asertivas o positivas, afrontamiento ineficaz y pensamiento irracional, además que durante esta etapa de la vida el universitario se enfrenta a ambientes académicos y familiares que pueden provocar estrés, irritabilidad, ansiedad, cansancio y cambios en los patrones del sueño, potencializando el consumo de alcohol como una forma paliativa de disminuir estados emocionales negativos ^(19, 20).

En relación con el objetivo de esta investigación se comprobó una relación positiva y significativa del rasgo de personalidad extraversión con el consumo de alcohol, lo cual fue congruente con los hallazgos encontrados en investigaciones realizadas en España ⁽¹²⁾ y Argentina ⁽¹⁵⁾, quienes reportaron relación significativa entre el consumo de riesgo y perjudicial con el rasgo de personalidad extraversión, esto pudiera atribuirse a que los jóvenes universitarios con este rasgo de personalidad refirieron ser alegres, disfrutar las fiestas en las que están muchas personas, así como ser activos y estar donde hay acción, características condicionantes en su personalidad que aumentan la probabilidad de presentar un alto consumo de alcohol, lo cual puede afectar significativamente su calidad de vida.

Conclusiones

En conclusión podemos decir que los rasgos de personalidad contribuyen a obtener datos relevantes relacionados con el perfil del consumo de alcohol en los estudiantes universitarios del área de la salud, permitiendo conocer el impacto y trascendencia del fenómeno en este grupo etario, dando la oportunidad a que el profesional de Enfermería identifique de manera oportuna los factores de riesgo, permitiendo con esto el establecimiento a corto plazo de



intervenciones específicas de la disciplina, direccionadas a la promoción y educación para la salud, que contribuyan a evitar, limitar o erradicar conductas vinculadas al consumo de sustancias lícitas e ilícitas, favoreciendo una mejor calidad de vida durante la edad adulta y fomentando estilos de vida saludables.

Conflicto de intereses

Todos los autores que participaron en el presente artículo manifiestan de común acuerdo, la inexistencia de algún conflicto de interés.

Financiamiento

Para el presente proyecto de investigación y publicación del artículo, se manifiesta que no hubo ningún tipo de financiamiento.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Alcohol [Internet]. OMS. 2018 [actualizado septiembre 2018; consultado Octubre 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud. Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas [Internet]. OPS. 2015 [consultado Octubre 2019]. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11108%3A2015-regional-report-alcohol-health&catid=1893%3Anews&Itemid=41530&lang=es
3. Coleman J, Trunzo J. Personality, social stress, and drug use among college students. *Psi Chi Journal of Psychological Research* [Internet]. 2015 [consultado Octubre 2019]; 20(1): 52–57. Disponible en: https://cdn.ymaws.com/www.psichi.org/resource/resmgr/journal_2015/Spring15JNColeman.pdf
4. Hernández-Cervantes Q, Alejandre-García J. Relación entre riesgo suicida y uso de tabaco o alcohol en una muestra de universitarios. *Acta Universitaria* [Internet]. 2015 [consultado Octubre 2019]; 25(2): 47–51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/416/41648310008.pdf>
5. Motos P, Cortes MT, Giménez JA, Cadaveira F. Predictores del consumo semanal de alcohol y sus consecuencias asociadas en universitarios consumidores intensivos de alcohol. *Adicciones* [Internet]. 2015 [consultado Octubre 2019]; 27(2): 119–131. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/700/691>
6. Telumbre-Terrero JY, Esparza-Almanza SE, Alonso-Castillo BA, Alonso-Castillo MTDJ. Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*



- [Internet]. 2017 [consultado Octubre 2019]; 19(2): 69–81. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145251406006>
7. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Alcohol [Internet]. 2012 [Consultado Octubre 2019]. Disponible en: https://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011_alcohol.pdf
8. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017. Reporte de Alcohol [Internet]. 2017 [Consultado Octubre 2019]. Disponible en: https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf
9. Fehrman E, Muhammad AK, Mirkes EM, Egan V, Gorban AN. The Five Factor Model of personality and evaluation of drug consumption risk. *Data Science* [Internet]. 2017 [consultado Noviembre 2019]; 1(1): 231-242. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-10442-9_1
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-V]*. 5ta ed. Estados Unidos. Editorial Médica Panamericana; 2013.
11. McCrae RR, Costa PT. The NEO Personality Inventory: Using the Five-Factor Model in Counseling. *Journal of Counseling & Development* [Internet]. 1991 [consultado Noviembre 2019]; 69(4): 367-372. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.1556-6676.1991.tb01524.x>
12. Pilatti A, Urrizaga A, Chincolla A, Cupani M. Facetas de personalidades relacionada con el consumo elevado de alcohol en estudiantes universitarios de la provincia de Córdoba. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines* [Internet]. 2014 [consultado Noviembre 2019]; 11(1): 42-52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483547665006.pdf>
13. Raketec D, Barisic JV, Svetozarevic SM, Gazibara T, Kisic D, Milovanovic SD. Five-Factor Model personality profiles: the differences between alcohol and opiaie addiction among females. *Psychiatria Danubina* [Internet]. 2017 [consultado Noviembre 2019]; 29(1): 74-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28291977>
14. Hakulinen C, Elovainio M, Batty GD, Virtanen M, Kivimäki M, Jokela M. Personality and alcohol consumption: Pooled analysis of 72,949 adults from eight cohort studies. *Drug & Alcohol Dependence* [Internet]. 2015 [consultado Diciembre 2019]; 151(1): 110-114. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.03.008>
15. Gallego MS, Camacho L, Mezquita L, Viruela AM, Villa H, Ibañez MI, Ortet G. Relación de la personalidad y las conductas antinormativas de los amigos en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Àgora De Salut* [Internet]. 2015 [consultado Diciembre 2019]; 1(1): 379–385. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6035/ÀgoraSalut.2015.1.31>



16. McCrae RR, Costa PT. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences* [Internet]. 2004 [consultado Diciembre 2019]; 36(3): 587-596. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00118-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00118-1)
17. Latorre-Román PÁ, Gallego-Rodríguez M, Mejía-Meza JA, García-Pinillos F. Consumo de tabaco y alcohol y práctica deportiva en universitarios mexicanos y españoles: asociación con la calidad de vida relacionada con la salud y la búsqueda de sensaciones. *Gaceta Médica de México* [Internet]. 2015 [consultado Diciembre 2019]; 151(1): 197-205. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gm152i.pdf>
18. Reguera-Torres ME, Sotelo-Cruz N, Barraza-Bustamante AG, Cortez-Laurean MT. Estilo de vida y factores de riesgo en estudiantes de la universidad de Sonora : Un estudio exploratorio. *Boletín Clínico Del Hospital Infantil Del Estado de Sonora* [Internet]. 2015 [consultado Enero 2020]; 32(2): 63-68. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis152b.pdf>
19. Oliveira EB, Furegato ARF. El trabajo del estudiante de enfermería como un factor de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas [Internet]. *Revista Latino-am Enfermagem*. 2008 [consultado Enero 2020]; 16(spe): 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000700010>.
20. González MT, Espada JP, Guillon A, Secades R, Orgilés M. Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones* [Internet]. 2016 [consultado Enero 2020]; 28(2): 108-115. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/777/733>
21. Grove SK, Gray JF. *Investigación en Enfermería: Práctica basada en la evidencia*. 7a ed. Elsevier; 2019. 457 p.
22. Elashoff J, Dixon JW, Crede KM, Fotheringham N. nQuery Advisor (versión 7.0) Copyright [Software estadístico para PC]. Boston MA: Study Planning Software; 2007.
23. Secretaría de Salud. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. SS: 1987 [consultado Febrero 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
24. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care [Internet]. World Health Organization. 2a ed. Geneva; 2001 [consultado Febrero 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
25. De la Fuente J R, Kershenobich D. El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* [Internet]. 1992 [consultado Febrero 2020]; 35(2): 47-51. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74576/65953>
26. Costa PT, McCrae RR. *Manual Profesional de Inventario de Personalidad Neo Revisado [NEO PI-R]. Inventario Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. 3a ed. Madrid: TEA Ediciones; 2008.
27. Costa PT, McCrae RR. *Revised NEO personality inventory [PI-R] and NEO five-factor inventory [NEO-FFI]: Professional manual*. Psychological Assessment Resources, Odesa, Florida; 1992.



28. Reyes Zamorano, E., Álvarez Carrillo, C., Peredo Silva, A., Miranda Sandoval, A., & Rebolledo Pastrana, I. M. (2014). Propiedades psicométricas del inventario de los Cinco Grandes en una muestra mexicana. *Salud mental*, 37(6), 491-497.
29. Barradas ME, Fernández N, Gutiérrez L. Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo universitarios* [Internet]. 2016 [consultado Marzo 2020]; 6(12):1-14. Disponible en: <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/213/952>
30. Strunin L, Díaz LR, Díaz A, Heeren T, Winter M, Kuranz S, Hernandez CA, Fernández H, Solís C. Parental monitoring and family relations: associations with drinking patterns among male and female Mexican students. *Addictive behaviors* [Internet]. 2015 [consultado Marzo 2020]; 51(1): 143-151. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.025>
31. Albarracín M, Muñoz L. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit* [Internet]. 2008 [consultado Marzo 2020]; 14(14): 49-61. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100007&lng=es&tlng=es.
32. Castaño-Pérez GA, Calderón-Vallejo GA. Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 [consultado Marzo 2020]; 22(55): 739-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3579.2475>

Cómo citar este artículo: Sifuentes-Castro JA, López-Cisneros MA, Guzmán-Facundo FR, Telumbre-Terrero JY, Noh-Moo PM. Rasgos de personalidad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *SANUS* [Internet]. 2021 [citado el dd mm aa];6:e194. Disponible en: DOI/Link




Efecto de una intervención de enfermería para la disminución del consumo de alcohol de riesgo en adultos mayores


Effect of a nursing intervention to reduce risky alcohol consumption in older adults

Efeito de uma intervenção de enfermagem para reduzir o consumo de álcool de risco em adultos mais velhos


Alicia Álvarez-Aguirre^{1*}

 <https://orcid.org/0000-0001-5538-7634>


Leticia Casique-Casique²

 <https://orcid.org/0000-0002-0532-4819>

Benjamín López-Nolasco³

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

María del Rosario Tolentino-Ferrel⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-4690-5564>

1. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Departamento de Enfermería Clínica. Guanajuato, México.
2. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Departamento de Enfermería y Obstetricia. Guanajuato, México
3. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Escuela Superior de Tlahuelilpan. Hidalgo México
4. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Departamento de Enfermería y Obstetricia. Guanajuato, México

*Autor para correspondencia: alicia.alvarez@ugto.mx

Resumen

Introducción: el consumo de alcohol de riesgo en adultos mayores constituye un problema social y de salud, debido a que intensifica el efecto nocivo en ellos, por los cambios biopsicosociales y espirituales como resultado del proceso natural de envejecimiento; en la familia repercute emocional y económicamente en sus integrantes, en las instituciones de salud demanda servicios, genera incremento de consumo de recursos económicos y humanos. **Objetivo:** evaluar el efecto de una intervención para disminuir el consumo de alcohol de riesgo en adultos mayores. **Metodología:** estudio cuasi experimental realizado en un Centro Gerontológico en México la muestra fue de 50 participantes por muestreo no probabilístico. La intervención se fundamentó en la Terapia Racional Emotiva Conductual. Se aplicaron el AUDIT y un cuaderno de recogida de datos personales. Se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, además de la prueba

Wilcoxon. **Resultados:** predominó el sexo femenino (58%), 72% de los participantes contaban con primaria incompleta, las edades se encontraron entre 60 y 71 años ($\bar{X} = 64.42$; $DE = \pm 2.80$). Al comparar las mediciones del consumo de alcohol se observó significancia estadística ($Z = -6.160$, $p < .001$) y la mediana fue menor en la medición post intervención (Mediana pre = 12 vs Mediana post = 7). **Conclusiones:** la intervención mostró efecto en la disminución del consumo de alcohol de riesgo.

Palabras clave: Anciano; Alcohol; Intervención; Enfermería (DeCS).

Abstract

Introduction: alcohol consumption in older adults constitutes a social and health problem, because it intensifies the harmful effect on them, due to biopsychosocial and spiritual changes as a result of the natural aging process; It affects the family emotionally and economically on its members, in health institutions it demands services, generates an increase in the consumption of economic and human resources. **Objective:** to evaluate the effect of an intervention to reduce risky alcohol consumption in older adults. **Methodology:** quasi-experimental study carried out in a Gerontological Center in Mexico, the sample was 50 participants by non-probabilistic sampling. The intervention was based on Rational Emotive Behavioral Therapy. The AUDIT and a data card were applied. Frequencies, percentages, measures of central tendency and dispersion were obtained, in addition to the Wilcoxon test. **Results:** the female sex predominated (58%), 72% of the participants had incomplete primary school, the ages were between 60 and 71 years ($\bar{X} = 64.42$; $SD = \pm 2.80$). When comparing the measurements of alcohol consumption, statistical significance was observed ($Z = -6.160$, $p < .001$) and the median was lower in the post-intervention measurement (Median pre = 12 vs Median post = 7). **Conclusions:** the intervention showed an effect in reducing risky alcohol consumption.

Key words: Aged; Alcohol; Intervention; Nursing (DeCS).

Abstrato

Introdução: o consumo de álcool em idosos constitui um problema social e de saúde, pois intensifica os efeitos deletérios sobre eles, devido às mudanças biopsicossociais e espirituais decorrentes do processo natural de envelhecimento; Afeta emocionalmente e economicamente a família em seus membros, nas instituições de saúde demanda serviços, gera aumento no consumo de recursos econômicos e humanos. **Objetivo:** avaliar o efeito de uma intervenção para reduzir o consumo de risco de álcool em idosos. **Metodologia:** estudo quase experimental realizado em um Centro Gerontológico do México, a amostra foi de 50 participantes por amostragem não probabilística. A intervenção foi baseada na Rational Emotive Behavioral Therapy. O AUDIT e um cartão de dados foram aplicados. Foram obtidas frequências, porcentagens, medidas de tendência central e dispersão, além do teste de Wilcoxon. **Resultados:** predominou o sexo feminino (58%), 72% dos participantes possuíam o ensino fundamental incompleto, as idades variaram entre 60 e 71 anos ($\bar{X} = 64,42$; $DP = \pm 2,80$). Ao comparar as medidas de consumo de álcool, foi observada significância estatística ($Z = -6,160$, $p < 0,001$) e a mediana foi menor na medida pós-intervenção (Mediana pre = 12 vs Mediana post = 7). **Conclusões:** a intervenção mostrou efeito na redução do consumo de álcool de risco.

Palavras-chave: Idoso; Álcool; Intervenção; Enfermagem (DeCS).

Recibido: 25/03/2020

Aceptado: 15/06/2021



Introducción

El consumo de alcohol es una práctica en todo el mundo, con efectos nocivos en la salud y sociedad. Es un hábito que ha evolucionado históricamente desde un acto ilegal, hasta su concepción actual de práctica socialmente aceptada en numerosas culturas ⁽¹⁾. Esta conducta como factor de riesgo para la discapacidad, en el mundo ocupa los terceros lugares y los primeros en el continente americano ^(2,3); persiste a pesar de las consecuencias perjudiciales que tiene sobre el organismo, en un contexto considerado de consumo de riesgo, que representa graves problemas de salud pública y social ^(4,5) debido a que los problemas físicos y mentales relacionados con el consumo de alcohol de riesgo no se presentan de inmediato sino después de varios años, lo que aumenta la demanda de servicios al sistema de salud y la carga de enfermedad ⁽⁶⁾. Aunado con el crecimiento de la población de Adultos Mayores (AM), el número de bebedores en riesgo aumenta porque los adultos jóvenes que en este momento tienen consumo de alcohol de riesgo pasarán a la etapa de AM con este hábito ⁽⁷⁾.

El consumo excesivo de alcohol tiene repercusiones negativas en el contexto en el que vive la persona, afecta su salud física y mental igualmente la de su familia y de las personas que la rodean ^(8,9). Las situaciones antes descritas se exacerban al tratarse de la población de AM, por los cambios fisiológicos propios del envejecimiento que hacen que experimenten mayor concentración de alcohol en la sangre y deterioro, tales como el envejecimiento de los vasos sanguíneos, el cerebro disminuye su volumen, el riñón muestra disminución moderada de la velocidad de filtración glomerular, la masa muscular disminuye y aumenta su infiltración grasa; lo que incrementa el riesgo de morbilidad en comparación con los adultos más jóvenes ^(10, 11,12).

En la revisión de literatura se señala que 41% de AM consumieron alcohol frecuentemente y 20% ingirieron alcohol con medicamentos ^(11,13). También se reporta que los adultos de 60 años, tenían consumo de alcohol de riesgo ^(7, 14) y 21.58% de los adultos mayores de 70 años fueron consumidores de alcohol ⁽⁶⁾. Se registra que el grupo de entre 35 y 65 años de edad, 30.6% presentó consumo excesivo de alcohol en el último año, 2% fueron consumidores con dependencia, 7.2% consumidores frecuentes y 2.3% consume diariamente alcohol ⁽¹⁵⁾. Por sexo se indica que los hombres mayores de 60 años, presentaron mayor consumo de alcohol que las mujeres ($p < .01$) ⁽¹⁶⁾. Por otra parte,



reportan que los AM que consumían alcohol 13.8% necesitaron de un cuidador, la prevalencia de las enfermedades infecciosas respiratorias fue mayor cuando los AM refirieron abuso o dependencia del alcohol en los últimos 12 meses. Además, el consumo de alcohol alguna vez en la vida se asoció con la polifarmacia (OR=1.26, IC95% =1.01-1.57) ⁽¹⁷⁾.

El consumo de alcohol, por parte de los AM es un problema poco abordado en México ya que las encuestas nacionales de adicciones suelen incluir solo a personas hasta 65 años.

Los factores que favorecen la reducción del consumo de alcohol en esta población son: una salud más pobre, menor ingreso, uso de múltiples medicamentos y disminución de ocasiones de beber; en tanto los factores que mantienen la conducta de riesgo se encuentran: el ser varón, tener educación superior, ingreso económico solvente, contar con redes sociales que fomenten el consumo de alcohol y usar el alcohol para manejar el dolor, duelo, soledad y aislamiento social, entre otros ^(11,14,18).

Referente a las estrategias para disminuir el consumo de alcohol en AM, la literatura muestra que la duración de las intervenciones es entre uno y tres meses, con seguimiento entre dos y seis meses, la frecuencia de las sesiones es entre una y dos sesiones semanales. En cuanto al enfoque son de tipo educativo, psicológico o psicoeducativo, su contenido incluye retroalimentación de consumo, informan sobre conductas saludables para reducir el consumo de alcohol de riesgo, monitoreo de las metas de consumo de alcohol a través de mensajes de texto, llamadas telefónicas o bien en cada sesión ^(10,19, 20, 21).

Concerniente a los resultados de las intervenciones, la revisión de evidencia muestra que al término de la intervención los resultados indicaron una diferencia significativa en el grupo de intervención vs control, en bebedores en consumo de riesgo (66% vs 88%) y consumo excesivo de alcohol (45% vs 68%) ⁽¹⁹⁾. Otro estudio refirió que 41.7% de los participantes del grupo control presentaron consumo de alcohol de riesgo en cambio en el grupo experimental fue de 28.6% (OR=0.56, IC95%=0.16-1.95, $p=.36$) ⁽²⁰⁾. Asimismo, se observaron cambios en la cantidad de bebidas alcohólicas (14.9 vs 12.1, $p<.05$) y consumo de riesgo (2.8 vs 2.1, $p<.01$) ⁽¹⁰⁾. Los resultados mostraron asociación significativa en la disminución de visitas al médico (-1.14 visitas; $p<.05$), al departamento de urgencias (16% vs 25%; $p<.01$) y del cuidador (12% vs 17%; $p<.01$) ⁽²¹⁾.



El impacto del consumo de alcohol de riesgo en AM se focaliza en su cuidado, incluyendo la necesidad de un cuidador por la falta de capacidad de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, entre otros ⁽²²⁾. Resulta evidente promover intervenciones para esta población en específico, a fin de disminuir el consumo de alcohol de riesgo y daños a la salud, a través de capacitación de AM en el consumo responsable ⁽²³⁾. Aunado a que esta población es más propensa que los adultos más jóvenes a buscar atención del profesional de salud, lo que abre la puerta para el reconocimiento del consumo de alcohol de riesgo en los AM ^(21,24).

La participación del profesional de enfermería es fundamental en la prevención del consumo de alcohol de riesgo, porque en su quehacer profesional: valora, diagnóstica, orienta, favorece el desarrollo de habilidades para la prevención de conductas de riesgo, así como el control de enfermedades y prevención de sus consecuencias a fin de favorecer una conducta saludable en la persona, familia y comunidad. Por lo que el profesional de enfermería tiene una oportunidad única de detectar y prevenir las repercusiones del consumo de alcohol de riesgo en las esferas biopsicosocial y espiritual, que a menudo son difíciles de intervenir en el AM. El objetivo fue evaluar el efecto de una intervención de enfermería para la disminución del consumo de alcohol de riesgo en adultos mayores.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo, se abordó un diseño cuasi experimental con un grupo y una medición pre y pos-intervención. El universo estuvo conformado por el total de AM ($N=145$) registrados en un Centro Gerontológico de la Región Centro de México. Se realizó un análisis de poder estadístico aplicando la metodología y definiciones sobre el tamaño de efecto de Cohen ⁽²⁵⁾, para una prueba de diferencias de medias, con nivel de significancia de .05, un poder de 90% y un tamaño de efecto .80, considerando una deserción estimada del 10% obteniendo 50 participantes. Los criterios de elegibilidad fueron: participantes de 60 años y más, con consumo de alcohol de riesgo, que se encontraran registrados en el Centro Gerontológico y que otorgaron su consentimiento informado.

La colecta de los datos se realizó a partir de un cuaderno de recogida de datos personales que incluyó la edad, sexo y escolaridad. Además de la prueba de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT]. La prueba AUDIT se encuentra dividida en tres dominios: consumo de alcohol de riesgo que incluye los



primeros tres ítems; síntomas de dependencia que incorpora del ítem 4 al 6 y consumo perjudicial de alcohol que integra del ítem 7 al 10. La interpretación del puntaje total es de 0-5 puntos sin riesgo; de 6 a 8 puntos consumo de riesgo y de 9 a 40 puntos indica dependencia. Los autores del instrumento reportaron una confiabilidad al Alpha de Cronbach de 0.90 ⁽²⁶⁾, el instrumento fue validado para población mexicana ⁽²⁷⁾.

El proyecto, fue aprobado por el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya Salvatierra de la Universidad de Guanajuato con número de registro: CIDSC-3062405 y se contó con la autorización del Centro Gerontológico y consentimiento informado de los participantes. Posterior a ello, en los 145 AM, de forma individual, se aplicó el cuaderno de recogida de datos personales y se valoró el consumo de alcohol para identificar el tipo de consumo en los participantes a través del AUDIT; esto fue a manera de entrevista, respetando fielmente sus respuestas y sin emitir juicios al respecto. Cada AM, recibió retroalimentación sobre su forma de beber, a quienes se encontraron en consumo de riesgo (95 AM) se les invitó a participar en la intervención, aceptaron 50 AM.

Los participantes recibieron la intervención de enfermería que abordó: evaluación personalizada, retroalimentación, fijación de metas y monitoreo. La intervención en cuestión tuvo como fundamento la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)⁽²⁸⁾, dado que permite habilitar a las personas en el consumo responsable a través de cumplir sus propósitos-metas, enfocarse a permanecer vivo, obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario; aspectos importantes en la disminución del consumo de alcohol de riesgo en los adultos mayores. El diseño de la intervención estuvo a cargo de tres profesionales de enfermería y recibió retroalimentación por parte de un experto en diseño de intervenciones y uno en la TREC.

La metodología considerada para el diseño de la intervención fue la propuesta por Sidani y Braden ⁽²⁹⁾. La dosis de la intervención se determinó a partir de: la síntesis de evidencia, las recomendaciones para la aplicación de la TREC ⁽²⁸⁾, las características propias de la población de AM y del estudio piloto de la intervención; obteniéndose nueve sesiones agrupadas en tres módulos, implementándose una sesión por semana con duración de 60 minutos



efectivos. El propósito de la intervención fue habilitar a los participantes en el consumo responsable de alcohol. La implementación de la intervención fue por un facilitador con entremetimiento en la TREC y un equipo de logística.

En el primer módulo, se valoró el consumo de alcohol, se identificó el riesgo, se estableció el compromiso y objetivo por parte del AM hacia el consumo responsable de alcohol. En el segundo módulo, se trabajaron las destrezas y habilidades del AM para el consumo responsable, donde se identificaron los disparadores internos y externos del consumo de riesgo, se orientó sobre las estrategias de control de pensamientos, emociones y comportamientos, las acciones de autoayuda, como cuidarse a sí mismo y explorar su espiritualidad. En el tercer módulo, se abordó la motivación para prevenir recaídas, en el que se trabajó la inteligencia, la fuerza de voluntad, proyecciones hacia el futuro, momentos de inactividad-aburrimiento. En la tabla 1 se presentan las características generales de la intervención.

Tabla 1. Características de la intervención

Característica	Descripción
Propósito	Habilitar a los participantes en el consumo responsable de alcohol
Referente	Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)
Contenido	Módulo 1: riesgo de consumo de alcohol, compromisos y objetivos para el consumo responsable de alcohol. Módulo 2: destrezas y habilidades para el consumo responsable, disparadores del consumo, estrategias de control, acciones de autoayuda Módulo 3: motivación, inteligencia, fuerza de voluntad, proyecciones hacia el futuro
Dosis y duración	Nueve sesiones, con duración de 60 minutos, se llevaron a cabo una por semana
Modalidad de entrega	Cara a cara individual
Escenario de entrega	Centro Gerontológico
Requerimiento de equipo	Facilitador con entremetimiento en la TREC, equipo de logística (3 integrantes) Manual del facilitador y participantes.

Fuente: Elaboración propia



Los datos se analizaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versión 21, se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes de las variables categóricas y respecto a las variables numéricas se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión. También, se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para contrastar la hipótesis de normalidad en la distribución de la variable, por lo que se determinó el uso de la prueba Wilcoxon para comparar el consumo pre y post intervención.

Resultados

En la tabla 2, se muestran las variables correspondientes a las características sociodemográficas de la población de estudio, donde se puede observar que 58% de adultos mayores corresponden al sexo femenino, de acuerdo con la escolaridad la mayor proporción (72%) de participantes tenían estudios de primaria incompleta. Respecto a la edad de los participantes, osciló entre 60 y 71 años, con un promedio de 64.42 años ($DE = \pm 2.80$).

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable		<i>f</i>	%
Sexo	Femenino	29	58
	Masculino	21	42
Escolaridad	Primaria completa	3	6
	Primaria incompleta	36	72
	Secundaria incompleta	8	16
	No fue a la escuela	3	6
Fuente: Cuaderno de recogida de datos personales		<i>n</i> =50	

En la tabla 3, se muestra la comparación de las mediciones pre y post intervención de la variable consumo de alcohol de riesgo en la que se observa significancia estadística ($Z=-6.160, p<.001$) y la mediana fue menor en la medición post intervención.



Tabla 3. Comparación del consumo de alcohol de riesgo pre y post intervención

Consumo de alcohol de riesgo	Media	Mediana	DE	Z	Valor de p
Pre intervención	12.62	12.00	1.67	-6.160	.001
Post intervención	7.16	7.00	.933		

Fuente: AUDIT

n=50

Nota: DE=Desviación estándar, Z=Prueba Wilcoxon

Discusión

En el presente estudio fue factible la aplicación empírica del concepto teórico de consumo de alcohol y la Terapia Racional Emotiva Conductual en adultos mayores con consumo de alcohol de riesgo.

Respecto, al efecto de la intervención se probó estadísticamente que fue significativa ($Z=-6.16$, $p<.001$), además la mediana fue menor en la medición post intervención (Mediana=7). Estos resultados tienen similitud con el estudio realizado en la Universidad de California que evaluó una intervención educativa para reducir el consumo de alcohol en adultos de 50 años y más. Los resultados reportaron diferencia significativa en los resultados del grupo de intervención vs control; bebedores con consumo de riesgo (66% vs 88%), consumo excesivo de alcohol (45% vs 68%)⁽¹⁹⁾. La similitud, de los resultados puede ser porque ambas intervenciones trabajaron en la retroalimentación sobre los riesgos específicos asociados con el consumo de alcohol de riesgo. Cuando el profesional de enfermería explica a la persona sobre los riesgos que conlleva su conducta actual a nivel personal y familiar se puede influir sobre la modificación de la conducta en la persona.

También, con los resultados de la investigación efectuada en Zurich, Suiza, que consistió en un programa para disminuir el consumo de alcohol en pacientes ambulatorios en edades de 50 a 65 años; se observó que 41.7% de los participantes del grupo control presentaron consumo de alcohol de riesgo en cambio en el grupo experimental fue



28.6% (OR=0.56, IC95% 0.16-1.95, $p=.36$)⁽²⁰⁾. Estos resultados guardaron semejanza con el estudio referido posiblemente porque en las dos intervenciones se incluyó monitoreo de los objetivos de consumo de alcohol. Al establecer, la meta de disminución de consumo de alcohol por la misma persona en el periodo que ella decida y tener el acompañamiento del profesional de enfermería puede garantizar el cumplimiento de la misma.

Además, con otro estudio realizado por la Universidad de California, que consistió en una intervención educativa para disminuir el riesgo de beber en adultos mayores de 60 años y más. En los resultados se observó asociación significativa en la disminución del consumo de riesgo (56% vs 67%; $p<.001$), la cantidad de bebidas ingeridas (-2.19 bebidas por semana; $p<.001$)⁽²¹⁾. La aproximación de los resultados con el estudio indicado es debido a que en ambas intervenciones se trabajó con diarios de consumo y orientación individual durante la sesión de la intervención. La utilización de un diario de consumo de alcohol permite a la persona conocer su avance entre el periodo de una sesión y otra, al recibir la orientación de enfermería la persona busca estrategias para acercarse a la modificación de conducta.

Igualmente, con el estudio realizado al Sureste de California, que evaluó una intervención en adultos mayores de 55 y más años que decidieron cambiar su consumo de alcohol. En sus resultados, al terminar la intervención, se observó cambios en la cantidad de bebidas alcohólicas (14.9 vs. 12.1, $p<.05$) y consumo de riesgo (2.8 vs. 2.1, $p<.001$)⁽¹⁰⁾. La similitud con el estudio mencionado es quizás porque en las dos intervenciones se trabajó en el mayor bienestar posible, esto al modificar la conducta de consumo de alcohol de riesgo a un consumo responsable. La persona logra reducir el consumo de alcohol al pensar que le beneficiará en su persona y contexto familiar.

Conclusiones

El estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de la intervención en la disminución del consumo de alcohol de riesgo en adultos mayores, con base a los hallazgos del estudio es posible concluir que la intervención mostró efecto en la disminución del consumo de riesgo de alcohol en los adultos mayores que participaron en la intervención. En este sentido la intervención presenta una alternativa factible para abordar la disminución del consumo de alcohol de riesgo en los adultos mayores.



Con estos resultados el personal de salud del Centro Gerontológico tiene un punto de partida para dar seguimiento a los AM con consumo de alcohol de riesgo. De igual forma reforzar sus acciones a mantener su consumo responsable y así optimizar los recursos económicos de las instituciones en las que se aplique este tipo de intervenciones.

Es preciso señalar que el profesional de enfermería es un actor clave en los centros gerontológicos, porque además de realizar la detección del consumo de alcohol de riesgo interviene en su disminución. Por otra parte, dada la escasa producción científica sobre este tema, principalmente en México, el estudio contribuye en la generación de conocimiento sobre este fenómeno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de intereses.

Financiamiento

El estudio no contó con financiamiento

Referencias bibliográficas

1. Bermúdez V, Torres Y, Apruzzese V, Martínez MS, Chavez M, Morillo J, Olivar L, Mejías J, Rojas M, Salazar J, Añez R, Rojas J. Alcohol drinking patterns in the adult population from the Maracabio municipality, Zulia-Venezuela. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* [Internet]. 2014 [consultado Febrero 2020]; 9(3): 21-28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170240766003>
2. Guimaraes GL, Mendoza MÁ, López MÁ, García JÁ, Velasco-Ángeles LR, Beltrán MA, Valdez PE, Medina-Mora ME, Camacho R. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental* [Internet]. 2014 [consultado Febrero 2020]; 37(1): 15-25. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100003&lng=es.
3. Sacco P, Bucholz K, Harrington D. Gender differences in stressful life events, social support, perceived stress, and alcohol use among older adults: Results from a national survey. *Substance Use & Misuse* [Internet]. 2014 [consultado Febrero 2020]; (49): 456-465. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2013.846379>
4. Immonen S, Valvanne J, Pitkälä KH. The prevalence of potential alcohol-drug interactions in older adults. *Scandinavian journal of primary health care* [Internet]. 2013 [consultado Febrero 2020]; 31(2): 73-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2013.788272>
5. Mayhugh RE, Moussa MN, Simpson SL, Lyday RG, Burdette JH, Porrino LJ, Laurienti, PJ. Moderate-heavy alcohol consumption lifestyle in older adults is associated with altered central executive network community structure



- during cognitive task. PloS one [Internet]. 2016 [consultado Febrero 2020]; 11(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0160214>
6. Aguila E, Guerrero EG, Vega WA. Sociodemographic characteristics associated with alcohol use among low-income Mexican older adults. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy [Internet]. 2016 [consultado Febrero 2020]; (11):16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13011-016-0061-6>
 7. Marin JD. Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados. Boletín: Observatorio Chileno de Drogas [Internet]. 2015 [Consultado Febrero 2020]; (23): 1-5. Dispobinle en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/04/Boletin-N-%C2%A623-PDF2.pdf>
 8. Satre D, Bahorik A, Mackin R. Alcohol and drug use among older adults: associations with widowhood, relationship quality, and physical health, The Journals of Gerontology: Series B [Internet]. 2018 [consultado Febrero 2020]; 73(4): 633–635. Disponible en <https://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbx158>
 9. Natera G, Medina PS, Callegas F, Orford J, Salinas G, Tiburcio M. Costo-efectividad de una intervención breve de apoyo a mujeres indígenas de Hidalgo. México, que viven con consumidores excesivos de alcohol. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2016 [consultado Febrero 2020]; 39(2): 69-75. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n2/69-75/>
 10. Borok J, Galier P, Dinolfo M, Welgreen S, Hoffing M, Davis JW, Ramirez KD, Liao DH, Tang L, Karno M, Sacco P, Lin JC, Moore AA. Why do older unhealthy drinkers decide to make changes or not in their alcohol consumption? Data from the healthy living as you age study. Journal of the American Geriatrics Society [Internet]. 2013 [consultado Febrero 2020]; (61): 1296-1302. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12394>
 11. Mazen D, Manzoor B, Lee T. Drug-alcohol interactions in olders U.S. adults. Journal The American Geriatrics Society [Internet]. 2015 [consultado Febrero 2020]; (63): 2324-2331. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13787>
 12. Esmeraldas-Vélez ES, Falcones-Centeno MR, Vásquez-Zevallos MG, Solórzano-Vélez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2019 [consultado Septiembre 2020]; 3(1): 58-74. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
 13. Wolf IK, Du Y, Knopf H. Changes in prevalence of psychotropic drug use and alcohol consumption among the elderly in Germany: results of two National Health Interview and Examination Surveys 1997-99 and 2008-11. BMC psychiatry [Internet]. 2017 [consultado Febrero 2020]; 17(1): 90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1254-x>
 14. Gilson KM, Bryant C, Judd F. Exploring risky drinking and knowledge of safe driking guidelines in older adults. Substance Use & Misuse [Internet]. 2014 [consultado Febrero 2020]; (49):1473-1479. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2014.912233>
 15. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud, Villatoro, J.A. Resendiz, E. Mujica, A., Bretón, M., Cañas, V., Soto, I., Romero, M. y Mendoza, L. Encuesta Nacional de Consumo de drogas Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. México: INPRFM; 2017.
 16. Pavón-León P, Gogeochea-Trejo MDC, Blázquez-Morales MLS, Sánchez-Solis A. Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco n adultos mayores. Revista Médica de la Universidad Veracruzana [Internet]. 2018 [consultado Febrero 2020]; 18(1): 7-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2018/muv181b.pdf>




17. Mendoza-Melendez MA, Borges GL, Gallegos-Cari A, García JA, Hernández-Llanes NF, Camacho-Solis R, Medina-Mora ME. Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con el cuidado y la salud del adulto mayor. *Salud Mental* [Internet]. 2015 [consultado Febrero 2020]; (38): 15-26. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100003&lng=es
18. Blow F, Barry K. Substance misuse and abuse in older adults: What do we need to know to help? *Journal of the American Society on Aging* [Internet]. 2014 [consultado Febrero 2020]; 38(3): 53-67. Disponible en: <https://www.questia.com/library/journal/1P3-3539011491/substance-misuse-and-abuse-in-older-adults-what-do>
19. Kuerbis AN, Yuan SE, Borok J, LeFevre P, Kim G, Lum D, Ramirez K, Liao D, Moore AA. Testing the initial efficacy of a mailed screening and brief feedback intervention to reduce at-risk drinking in middle-aged and older adults: The comorbidity alcohol risk evaluation (CARE) study. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 2015 [consultado Febrero 2020]; 63(2): 321-326. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13237>
20. Haug S, Lucht MJ, John U, Meyer C, Schaub MP. A pilot study on the feasibility and acceptability of a text message-based aftercare treatment programme among alcohol outpatients. *Alcohol Alcohol* [Internet] 2015 [consultado Febrero 2020]; 50(2): 188-1894. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agu107>
21. Ettner SL, Su X, Duru K, Ang A, Tseng Ch, Tallen L, Barnes A, Mirkin M, Ransohoff K, Mooore AA. The effect of an educational intervention on alcohol consumption, at-risk drinking and health care utilization in older adults: the Project SHARE study. *Journal of studies on alcohol and drugs* [Internet]. 2014 [consultado Febrero 2020]; 75(3): 447-457. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2014.75.447>
22. Lefio LL, Villaroel SR, Rebodello C, Zamorano P, Rivas K. Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 [consultado Febrero 2020]; 34(4): 257-266.
23. Barry K, Blow F. Drinking over the lifespan: Focus on older adults. *Alcohol Res* [Internet]. 2016 [consultado Febrero 2020]; 38(1): 115-120. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872606/>
24. Crome I, Li T, Rao R, Wu L. Alcohol limits in older people. *Addiction* [Internet]. 2012 [consultado Febrero 2020]; (107): 1541-1543. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03854.x>
25. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988
26. De la Fuente J, Kershenobich D. El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 1992; 35(2): 47-51
27. Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud pública Méx* [Internet]. 2007 [consultado Septiembre 2020]; 49(4): 467-474. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000005&lng=es.
28. Ellis A. Rational Emotive Behavior Therapy and the Mindfulness. Based Stress Reduction Training of Jon Kabat-Zinn. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy* [Internet]. 2006 [consultado Febrero 2020]; 24 (1), 63-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-006-0024-3>
29. Sidani S, Braden CJ. *Desing, evaluation and translation of nursing interventions* (2nd ed.). USA: Wiley-Blackwell; 2011

Cómo citar este artículo: Álvarez-Aguirre A, Casique-Casique L, López-Nolasco B, Tolentino-Ferrel MR. Efecto de una intervención de enfermería para la disminución del consumo de alcohol de riesgo en adultos mayores. *SANUS* [Internet]. 2021 [citado el dd mm aa];6:e195. Disponible en: DOI/Link



INVESTIGACIÓN

Incertidumbre ante la enfermedad COVID-19 en personal de enfermería de hospitales de Morelia, México**Uncertainty about COVID-19 disease among nurses in hospitals in Morelia, Mexico****Incerteza sobre a doença COVID-19 em enfermeiras hospitalares em Morelia, México**Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7979-4215>Vanesa Jiménez-Arroyo² <https://orcid.org/0000-0003-3413-3947>Mayra Itzel Huerta-Baltazar³ <https://orcid.org/0000-0003-0908-424X>Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala⁴ <https://orcid.org/0000-0003-1528-3077>José Manuel Herrera-Paredes⁵ <https://orcid.org/0000-0001-7631-5904>Graciela González-Villegas⁶ <https://orcid.org/0000-0001-7764-2245>

1. Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor e investigador, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México.
2. Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor e investigador, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México.
3. Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor e investigador, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México.
4. Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor e investigador, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México.
5. Doctor en Ciencias de Enfermería, Profesor e investigador, Universidad de Guanajuato. Celaya-Salvatierra, Guanajuato, México.
6. Maestra en Enfermería. Profesor de asignatura. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México.

*Autor para correspondencia: madejesus.ruiz@umich.mx

Recibido: 31/10/2020

Aceptado: 13/11/2021

Resumen

Introducción: La irrupción de enfermedades emergentes como la COVID-19 provoca una serie de alteraciones en las personas, incluyendo al personal de enfermería, quienes se encuentran en la primera línea de atención. Algunas afectaciones incluyen la presencia de ansiedad, depresión, estrés, insomnio y angustia. **Objetivo:** Evaluar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad COVID-19 en personal de enfermería de segundo nivel de atención en Morelia, Michoacán, México. **Metodología:** Estudio descriptivo y transversal, en muestra de 160 enfermeras/os de hospitales públicos o privados de segundo nivel de atención, muestreo no probabilístico a conveniencia contactados vía Facebook. Se incluyeron enfermeras en atención directa a pacientes, utilizando Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad en versión comunitaria modificada y cédula de datos sociodemográficos y laborales. Se empleó estadística descriptiva y chi cuadrada. Se respetó el anonimato de los participantes. **Resultados.** La mayoría de los participantes fueron mujeres (87.5%), licenciadas en enfermería (63.1%), edad promedio de 36.7 años ($DE=8.5$) y 36.9% habían tenido contacto con pacientes COVID-19. La incertidumbre total fue moderada en 56.9% y en personal de enfermería en contacto con pacientes COVID-19 fue 64.8%. Se encontró relación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre incertidumbre y sexo, escolaridad; capacitación en COVID-19 y uso de equipo de protección personal; disponibilidad de careta y equipo de protección personal; tomar curso de COVID-19 y tener contacto con pacientes COVID-19. **Conclusiones.** Existió incertidumbre moderada en el personal de enfermería de hospitales de segundo nivel de atención, con diferencias en variables personales, de capacitación y disponibilidad de material y equipo.

Palabras clave: Incertidumbre; Enfermeras; Infecciones por coronavirus; Pacientes; COVID-19 (DeCS).

Abstract

Introduction: The outbreak of emerging diseases such as COVID-19 has caused a series of alterations in people, including nurses, who are in the first line of care. Some of the effects include the presence of anxiety, depression, stress, insomnia, and anguish. **Objective:** Evaluate the level of uncertainty about COVID-19 disease in second-level nursing staff in Morelia, Michoacán, Mexico. **Methodology:** Descriptive and cross-sectional study, in a sample of 160 nurses from public and private second-level care hospitals, non-probabilistic convenience sampling contacted via Facebook. Nurses in direct patient care were included, using the modified community version of the Illness Uncertainty Scale and a sociodemographic and occupational data questionnaire. Descriptive statistics and chi-square were used. The anonymity of the participants was respected. **Results.** Most of the participants were women (87.5%), licensed nurses (63.1%), mean age 36.7 years ($SD=8.5$) and 36.9% had been in contact with COVID-19 patients. Total uncertainty was moderate in 56.9% and in nursing personnel in contact with COVID-19 patients it was 64.8%. A statistically significant relationship ($p \leq 0.05$) was found between uncertainty and sex, schooling; COVID-19 training and use of personal protective equipment; availability of face shield and personal protective equipment; have taken COVID-19 course and have had contact with COVID-19 patients. **Conclusions.** There was moderate uncertainty in the nursing personnel working at second-level care hospitals, with differences in personal variables, training and availability of material and equipment.

Keywords: Uncertainty; Nurses; Coronavirus infections; Patients; COVID-19 (DeCS).

Abstrato

Introdução: A irrupção de doenças emergentes como a COVID-19 causa uma série de alterações nas pessoas, incluindo enfermeiras, que estão na primeira linha de atendimento. Alguns dos efeitos incluem a presença de ansiedade, depressão, estresse, insônia e angústia. **Objetivo:** Avaliar o nível de incerteza sobre



a doença COVID-19 no pessoal de enfermagem de segundo nível em Morelia, Michoacán, México. **Metodologia:** Estudo descritivo e transversal, em uma amostra de 160 enfermeiros de hospitais públicos ou privados de segundo nível de assistência, amostra de conveniência não-probabilística contatados via Facebook. Foram incluídos enfermeiros no atendimento direto a pacientes, utilizando a versão modificada da Escala de Incerteza de Doença e um questionário de dados sociodemográficos e ocupacionais. Foram usadas estatísticas descritivas e o qui-quadrado. O anonimato dos participantes foi respeitado. **Resultados.** A maioria dos participantes eram mulheres (87,5%), enfermeiras licenciadas (63,1%), idade média de 36,7 anos (SD=8,5) e 36,9% tinham estado em contato com pacientes da COVID-19. A incerteza total foi moderada em 56,9% e no pessoal de enfermagem em contato com os pacientes da COVID-19 foi de 64,8%. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre incerteza e sexo, escolaridade; treinamento COVID-19 e uso de equipamento de proteção pessoal; disponibilidade de máscara facial e equipamento de proteção pessoal; fazer o curso COVID-19 e ter contato com pacientes COVID-19. **Conclusões.** Houve incerteza moderada na equipe de enfermagem dos hospitais de segundo nível, com diferenças nas variáveis pessoais, treinamento e disponibilidade de material e equipamento.

Palavras-chave: Incerteza; enfermeira/o; infecções devido ao Coronavírus; pacientes (DeCS).

Introducción

La enfermedad COVID-19 causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 fue considerada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del 2020⁽¹⁾. El personal de enfermería se encuentra en primera línea del cuidado de los pacientes diagnosticados con COVID-19, quienes realizan un cuidado con calidad que garantiza la seguridad del paciente⁽²⁾. Para lograr lo anterior, los sistemas de salud requieren la disponibilidad de suficiente personal de enfermería, y durante esta pandemia se mostró la carencia de recursos humanos en enfermería en el mundo. Cifras reportan la existencia de 27.9 millones de enfermeras (os), con una relación de 4.6 enfermeras por médicos en países europeos⁽³⁾, mientras que en México se estima una tasa de 2.5 enfermeras (os) por 100 000 habitantes, en tanto que en el Estado de Michoacán de Ocampo en México, la tasa de 1.7 de personal de enfermería por 100 000 habitantes es la más baja de todo el país⁽⁴⁾. Estos datos resultan de gran importancia, dado que la escasez de recursos humanos en enfermería contribuye a aumentar el impacto negativo para la salud de las enfermeras (os) con factores psicosociales como estrés, dificultad para quedarse dormido o despertar durante la noche⁽⁵⁾, dolor o insatisfacción por la pérdida de un paciente⁽⁶⁾; además de factores laborales como la exposición a patógenos, estigma y violencia física y psicológica⁽⁷⁾, lo que se acrecentó durante la pandemia por COVID-19.



Aunque se reconoce que el estrés psicológico y las emociones negativas experimentadas durante una epidemia son esperables, existen numerosos estresores generales y específicos que las enfermeras (os) enfrentan en las crisis de salud y que les provoca incertidumbre.

Se consideran como estresores específicos al riesgo de infectarse a sí mismo, a la familia o a otros, o la interpretación errónea de síntomas de gripe con la enfermedad COVID-19⁽⁸⁻⁹⁾; así como el miedo a morir o al aislamiento social por la asociación con la enfermedad⁽¹⁰⁾.

Existen además estresores de tipo institucional como la estigmatización de trabajar con pacientes con COVID-19, molestias por el uso de Equipos de Protección Personal (EPP), insuficiente capacitación de EPP o escasez del mismo, inexperiencia o pocas enfermeras (os) y la percepción de apoyo limitado de las autoridades de salud durante la pandemia⁽⁸⁻¹⁴⁾. Adicionalmente, las enfermeras (os) pueden experimentar frustración ante la muerte de los pacientes, muchas veces inevitable, o incluso padecer riesgo de agotamiento y fatiga por compasión de los pacientes que cuidan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ^(9-10, 15-17).

Con base en lo anterior, existen múltiples elementos durante la pandemia que provocan en las enfermeras (os) estrés psicológico, disminución del apetito, fatiga, dificultad para dormir, nerviosismo, llanto frecuente ⁽⁸⁻⁹⁾ e incluso pensamientos suicidas e incertidumbre cuando están en atención directa de pacientes con COVID-19 por sentirse aisladas y vulnerables a infectarse ⁽¹⁸⁻²³⁾.

La incertidumbre, de acuerdo con la teoría de Merle Mishel, se define como la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad, y durante la pandemia por la enfermedad COVID-19, las enfermeras (os) se enfrentan a situaciones laborales, familiares y personales desconocidas derivadas de la pandemia que les impide determinar el resultado que tendrá para su vida⁽²⁴⁾. Por tanto, es importante investigar la variable incertidumbre desde el sustento teórico de Michel para crear evidencia empírica que fortalezca la disciplina de enfermería. Lamentablemente no se localizaron estudios con esta temática, por lo que se planteó como objetivo evaluar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad



COVID-19 en el personal de enfermería de hospitales de segundo nivel de atención en Morelia, Michoacán, México.

Metodología

Estudio descriptivo y transversal⁽²⁵⁾ realizado en una muestra no probabilística de 160 enfermeras (os) seleccionados a conveniencia a quienes se solicitó su participación en los grupos de Facebook de las investigadoras del estudio. Se incluyeron enfermeras que laboraban en hospitales públicos o privados de segundo nivel de atención de Morelia, Michoacán, México, de ambos sexos, con edad de 18 a 50 años, en cuidado directo a pacientes con COVID-19 o cualquier enfermedad; se excluyeron a enfermeras (os) con licencia por enfermedad o que realizaban actividades administrativas.

Se aplicó una cédula de recolecta de datos de dos partes. La primera sección presentó preguntas para describir a la población con las variables sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, institución, turno, capacitación recibida (lavado de manos, generalidades de la enfermedad COVID-19 y uso de EPP) y material y equipo de protección disponible (toallas de papel, cubrebocas, alcohol gel, careta y EPP). La segunda sección incluyó variables por COVID-19 como curso en línea de la enfermedad COVID-19, contacto con pacientes COVID-19 y reconversión a hospital COVID-19.

La Escala de Incertidumbre ante la enfermedad en versión comunitaria (MUIS-C)⁽²⁶⁾, consta de 23 ítems, utiliza una escala tipo Likert que va de 1 a 5, donde 5 = completamente de acuerdo, y 1 = no estoy de acuerdo en absoluto. Se suman todos los ítems y se obtiene un puntaje que se clasifica en baja incertidumbre (18 a 42 puntos), moderada incertidumbre (43 a 66 puntos) y alta incertidumbre (67 a 90 puntos). Se modificó la escala para dirigirla a enfermeras (os) con énfasis en la enfermedad COVID-19, se realizó una validación de contenido por diez expertos en instrumentos. La versión final modificada consta de 18 ítems, se aplicó a enfermeras de un hospital privado diferente obteniendo una consistencia interna con la prueba alfa de Cronbach de 0.863.

Estudio aprobado por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería



(CIB/FacEnf/017/2020). Se realizó colecta de datos en un formulario de Google publicado en la red social Facebook de las investigadoras durante el mes de junio del año 2020, señalando los criterios de selección necesarios para participar, enfatizando que la investigación era sin riesgo y sin costo, el manejo confidencial de los datos, la posibilidad de retractación dado que ninguna pregunta era obligatoria y solicitando expresamente el consentimiento a participar⁽²⁷⁾. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva mediante frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. El análisis inferencial fue a través de la prueba Chi-cuadrado de Pearson definiendo un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados

Los participantes tenían una edad promedio de 36.7 años ($DE=8.5$), mayoría mujeres (87.5%), licenciadas en enfermería (63.1%), pertenecientes a la Secretaría de Salud y laboraban en el turno matutino (37.5%) (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de enfermeras de hospitales de segundo nivel de atención, Morelia, Michoacán, México, 2020 ($n= 160$).

Variable		<i>f</i>	%
Sexo	Femenino	140	87.5
	Masculino	20	12.5
Escolaridad	Nivel técnico	27	16.9
	Licenciatura	101	63.1
	Posgrado	32	20
Institución	Secretaría de Salud	108	67.5
	IMSS	24	15.0
	ISSSTE	10	6.3
	Hospital privado	18	11.3
Turno	Matutino	60	37.5
	Vespertino	31	19.4
	Nocturno	44	27.5
	Jornada acumulada	25	15.6

Fuente: Elaboración propia

IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE=Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Respecto a capacitación, 73.1% de los participantes asistieron a sesiones sobre lavado de manos, 75% acudieron a sesiones sobre generalidades de la enfermedad COVID-19 y 50.6% no recibió capacitación



en el uso de EPP. Las enfermeras (os) tuvieron disponible para el cuidado directo de los personas con COVID-19, materiales como toallas de papel (72.5%), cubrebocas (84.4%), alcohol gel (68.8%), caretas (60%) y un 71.9% no tuvo acceso a los EPP. Se destaca que 62.5% de los participantes no se capacitaron con cursos en línea sobre COVID-19, sólo 36.9% de las enfermeras (os) tuvo contacto con pacientes COVID-19 y 33.8% de los hospitales fueron reconvertidos a hospital COVID-19 (tabla 2).

Tabla 2. Variables laborales de enfermeras de hospitales de segundo nivel de atención, Morelia, Michoacán, México, 2020 ($n= 160$).

Variables		<i>f</i>	%
Capacitación			
Lavado de manos	Sí	117	73.1
	No	43	26.9
Generalidades de COVID-19	Sí	120	75
	No	40	25
Uso de EPP	Sí	79	49.4
	No	81	50.6
Disponibilidad de material y equipo			
Toallas de papel	Sí	116	72.5
	No	44	27.5
Cubrebocas	Sí	135	84.4
	No	25	15.6
Alcohol gel	Sí	110	68.8
	No	50	31.3
Caretas	Sí	96	60
	No	64	40
EPP	Sí	45	28.1
	No	115	71.9
Variables por COVID-19			
Curso en línea enfermedad COVID-19	Sí	60	37.2
	No	100	62.5
Contacto con pacientes COVID-19	Sí	59	36.9
	No	101	63.1
Reconversión a hospital COVID-19	Sí	54	33.8
	No	106	66.3

Fuente: Elaboración propia

En esta muestra, 64.4% de los participantes presentaron incertidumbre de moderada a alta y sólo 35.6% mostró baja incertidumbre, (Tabla 3).



Tabla 3. Incertidumbre en enfermeras de enfermeras de hospitales de segundo nivel de atención, Morelia, Michoacán, México, 2020 ($n= 160$).

Incertidumbre	<i>f</i>	%
Baja	57	35.6
Moderada	91	56.9
Alta	12	7.5

Fuente: Elaboración propia

Cuando se analizó la relación de la incertidumbre con las variables sociodemográficas y laborales, se encontró relación estadísticamente significativa ($p= \leq 0.005$) entre incertidumbre y las variables sociodemográficas (sexo y escolaridad), en capacitación (generalidades de la enfermedad COVID-19 y uso del EPP), en disponibilidad de material (careta y EPP) y en las variables por COVID-19 (curso en línea COVID-19), (tabla 4).

Discusión

Respecto a las variables sociodemográficas, los participantes de este estudio poseen características similares a otros estudios en China que abordaron los factores asociados a la salud mental del personal expuesto a la enfermedad COVID-19 y el estrés en personal de enfermería, que incluyen ser mayoritariamente mujeres y con grado de licenciatura en enfermería⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Las enfermeras (os) en atención directa a pacientes de este estudio refirieron tener acceso a toallas de papel para lavado de manos y alcohol gel, pero no al EPP, esta situación ha sido frecuentemente señalada por organismos de enfermería e investigaciones recientes, donde se menciona que el personal de enfermería tienen acceso limitado a los EPP aún en países de primer mundo⁽¹²⁻¹³⁾, con lo que el riesgo de exposición al virus y la posibilidad de contraer la enfermedad aumenta, lo que puede generar un incremento en el nivel de incertidumbre que enfermeras (os) pueden experimentar durante su trabajo^(13, 21-23).



Tabla 4. Relación entre incertidumbre y variables laborales de hospitales de segundo nivel de atención, Morelia, Michoacán, México, 2020 ($n= 160$).

Variable		Incertidumbre						p
		Baja		Moderada		Alta		
		f	%	f	%	f	%	
Sociodemográficas								
Sexo	Femenino	49	35	83	59.3	8	5.7	.049**
	Masculino	8	40	8	40	4	20	
Escolaridad	Nivel técnico	17	63	9	33.3	1	3.7	.014**
	Licenciatura	31	30.7	60	59.4	10	9.9	
	Posgrado	6	18.8	26	81.3	0	0	
Capacitación								
Lavado de manos	Sí	38	32.5	71	60.7	8	6.8	.276
	No	19	44.2	20	46.5	4	9.3	
Generalidades COVID-19	Sí	28	27.5	65	63.7	9	8.8	.016**
	No	31	51.7	25	41.7	4	6.7	
Uso de EPP	Sí	19	24.1	52	65.8	8	10.1	.009**
	No	38	46.9	39	48.1	4	4.9	
Disponibilidad material								
Caretas	Sí	26	27.1	62	64.6	8	8.3	.022**
	No	31	48.4	29	45.3	4	6.3	
EPP	Sí	9	20	31	68.9	5	11.1	.031**
	No	48	41.7	60	52.2	7	6.1	
Variables por COVID-19								
Curso en línea COVID-19	Sí	13	21.7	43	71.7	4	6.7	.011**
	No	44	44	48	48	8	8	
Contacto con pacientes COVID-19	Sí	13	24.1	35	64.8	6	11.1	.068
	No	44	24.1	56	52.8	6	5.7	
Reconversión a hospital COVID-19	Sí	15	25.4	40	67.8	4	6.8	.093
	No	42	41.6	51	50.5	8	7.9	

Fuente: Elaboración propia.

** $p \leq 0.005$

Las enfermeras (os) recibieron capacitación en la institución donde laboraban en temas como lavado de manos y generalidades de la enfermedad COVID-19, pero no en la utilización del EPP; en este sentido, la capacitación es fundamental para las enfermeras (os) cuando se enfrentan a enfermedades emergentes como la causada por el coronavirus SARS-CoV-2, donde los conocimientos se generan día con día. Esto es especialmente importante porque la capacitación del EPP es esencial para garantizar la seguridad de las enfermeras (os), cuando esto no ocurre, el personal de enfermería se siente amenazado por la posibilidad de contagiarse al retirarse el EPP y esto puede ser un factor para la presencia de incertidumbre (10, 13, 20-21, 24,



28-29).

Las enfermeras (os) mayormente no realizaron cursos sobre la COVID-19 disponibles en plataformas del Sistema Nacional de Salud de México. Aunque existen experiencias exitosas en las enfermeras (os) centradas en la capacitación con tasas de infección cero ⁽²⁰⁾, no es lo común, por lo que las instituciones de salud deben garantizar una capacitación necesaria, reciente y basada en evidencia científica. Mishel señala en su teoría que la capacitación y la credibilidad en las autoridades del sistema de salud (fuentes de estructura) provocan la disminución de la incertidumbre⁽²⁴⁾, lo que sugiere la necesidad de fortalecer el esquema cognitivo del personal de enfermería, es decir, la interpretación subjetiva que hace respecto a la enfermedad para fortalecer el marco de estímulos ^(26, 28).

Respecto al nivel de incertidumbre, más de la mitad de las enfermeras (os) presentaron incertidumbre de moderada a alta, lo que confirma lo señalado en diversos estudios con el referente teórico de Mishel, donde el marco de los estímulos percibido por el personal de enfermería a través de los estresores personales, laborales o institucionales ⁽⁸⁻¹³⁾ tienen un efecto negativo que provoca la incertidumbre en la persona ^(24, 29).

Se observó también que la menor incertidumbre se relacionó en este estudio con tener mayor grado académico, recibir capacitación sobre la enfermedad, el uso de EPP y capacitarse de manera personal con los cursos en línea sobre COVID-19, dado que el conocimiento teórico práctico permite a las enfermeras (o) reconocer sus áreas de mejora e identificar los procesos que aumentan el riesgo de infección como la colocación y extracción de EPP ⁽⁸⁻⁹⁾.

Esto confirma que las fuentes de estructura como la educación o capacitación apoyará la disminución de la incertidumbre en el personal de enfermería ^(24, 26). atención psicológica al personal que se encuentra en primera línea de la enfermedad.



Como se puede observar, existen diversos factores que provocan incertidumbre en las enfermeras (os) que se encuentran en atención directa a personas con COVID-19 y que requieren que los directivos y las organizaciones de los sistemas de salud tomen medidas para mitigar las secuelas en la salud mental en las enfermeras (os), una de ellas es brindar

Conclusiones

Dado que el objetivo del estudio fue evaluar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad COVID-19 en personal de enfermería de segundo nivel de atención en Morelia, Michoacán, México, se identificó un nivel de incertidumbre de moderado a alto, fue mayor en mujeres y en enfermeras (os) con escolaridad de licenciatura y posgrado; también fue mayor la incertidumbre cuando las enfermeras (os) recibieron capacitación en generalidades de la COVID-19 y el uso de EPP, con disponibilidad de careta y EPP y, finalmente, cuando las enfermeras (os) participaron en cursos en línea COVID-19.

Una limitación de este estudio fue que sólo poco más de un tercio del personal de enfermeras (os) estuvieron en contacto con pacientes con la enfermedad COVID-19, por lo que no se encontró relación estadísticamente significativa entre la incertidumbre y mantener contacto con COVID-19 y la reconversión a hospital COVID-19. Otras limitaciones para señalar son el empleo de una muestra no probabilística y un diseño transversal que no considera los cambios que pueden experimentar las enfermeras (os) a lo largo de la epidemia. Este estudio permite un acercamiento a la realidad que vivieron las enfermeras (os) de México durante la atención a la población durante la pandemia por la enfermedad COVID-19, por lo que se espera que los resultados permitan a los directivos de enfermería en México proponer intervenciones personalizadas que mejoren la salud mental de su personal ante situaciones de incertidumbre que experimentan de forma cotidiana.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



Financiamiento

Esta investigación no tuvo financiamiento para su realización.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS. Geneva: OMS [Internet]. 2020 [citado 10 jun 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. International Council of Nurses. Evidence-based safe nurse staffing. Position Statement. Geneva: ICN [Internet]. 2018 [citado 20 jun 2020]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_1.pdf
3. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: executive summary. Geneva: WHO [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331673>
4. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Estado de la enfermería en México [Internet]. 2018 [citado 20 jun 2020]. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/estado_enfermeria_mexico2018.pdf
5. Aldrete MG, González R, Navarro C, León C, Pérez SG. Nursing staff psychosocial factors and stress in nursing professionals of a third-level public hospital of care. Rev Salud Publica Nutr [Internet]. 2016 [citado 10 jun 2020];15(3):8-15. Disponible en: <http://respyn.uaol.mx/index.php/respyn/article/view/14>
6. Freitas TL, Banazeski AC, Eisele A, De Souza EN, Bitencourt JV, Souza S. La visión de la enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enferm Glob [Internet]. 2016 [citado 20 jun 2020];15(41):322-334. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015&lng=es&tlng=es
7. Pan American Health Organization. MHPSS for Health Professionals Involved in the COVID-19 Response. Washington, DC: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020]. Disponible en:
8. Petzold MB, Plag J, Ströhle A. Umgang mit psychischer belastung bei gesundheitsfachkräften im rahmen der Covid-19-Pandemie. Nervenarzt [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];91:417-421. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
9. Nayna-Schwerdtle P, Connell C, Lee S, Plummer V, Russo P, Endacott R, et al. Nurse expertise: a critical resource in the COVID-19 pandemic response. Annals of Global Health [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];86(1):1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.5334/aogh.2898>
10. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. Critical Care [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];24:1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>
11. Ornell F, Halpern S, Kessler FH, Narvaez J. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];36(4):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>
12. Delgado D, Wyss F, Pérez G, Sosa A, Ponte-Negretti C, Mendoza I, et al. Personal safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and perspectives of healthcare workers in Latin America. Int J Environ Res



- Public Health [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];17:1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082798>
13. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane database of systematic reviews* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020]; 4:1-57. Disponible en: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>
 14. Lake E. How effective response to COVID-19 relies on nursing research. *Res Nurs Health* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];43:213-214. Disponible en: <http://doi.org/10.1002/nur.22025>
 15. Garza R, Meléndez MC, Castañeda-Hidalgo H, Aguilera A, Acevedo G, Rangel S. Nivel de estrés en enfermeras que laboran en áreas de hospitalización. *Desarrollo Cientif Enfer* [Internet]. 2011 [citado 20 jun 2020];19(1):15-19. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-015.pdf>
 16. De Andrés-Gimeno B, Solís-Muñoz M, Revuelta-Zamorano M, Sánchez-Herrero H, Santano-Magariño A, Grupo de Cuidados COVID-19 HUPHM. Nursing care for hospitalized patients in COVID-19 units. *Enferm Clin* [Internet]. 2021 [citado 10 mar 2021];31(Supl 1):S49-S54. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.016>
 17. Hill B. The COVID-19 pandemic. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];29(8):456. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.8.456>
 18. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];3(3):1-12. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
 19. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao Ch, Wang N, et al. Work stress among chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];00:1-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/jonm.13014>
 20. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Critical Care* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];24(120):1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>
 21. Millar RC. Nursing a patient with Covid-19 infection. *J Evidence-based Nurs Prac* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];1(1):4-8. Disponible en: https://journal-ebnp.com/files/2020/02/nursing_a_patient_with_covid-19_infection.pdf
 22. Chen SC, Lai YH, Tsay SL. Nursing perspectives on the impacts of COVID-19. *J Nurs Res* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];28(3):1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NRJ.0000000000000389>
 23. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];00:1-9. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/jocn.15307>
 24. Bailey DE, Stewart JL. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En: Raile-Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 9ª ed. Barcelona: Elsevier. 2018. p. 1189-1230.
 25. Grove S, Gray J. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 192-226.
 26. Torres-Ortega C, Peña-Amaro P. Cross-cultural adaptation of the Mishel uncertainty in illness scale, in a population with chronic kidney disease treated with hemodialysis. *Enferm Clin* [Internet]. 2015 [citado 20 jun 2020];25(1):15-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.09.002>
 27. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México. [Internet]. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión; 2014. [citado 20 jun



2020]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

28. Hill B. The COVID-19 pandemic. British Journal of Nursing [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];29(8):456. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.8.456>

29. Smith G, Li W. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. J Clin Nurs [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];29:1425-1428. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/jocn.15231>

30. International Council of Nurses. More than 600 nurses die from COVID-19 worldwide. Geneva: ICN [Internet]. 2020. [citado 20 jun 2020]. Disponible en: <https://www.icn.ch/news/more-600-nurses-die-covid-19-worldwide>





31. Raurell-Torredá M. Management of ICU nursing teams during the COVID-19 pandemic. Enferm Intensiva [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2020];31(2):49-51. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.04.001>

32. International Council of Nurses. International Council of Nurses highlights top priorities to beat COVID-19. Press information. Geneva: CIE [Internet]. 2020. [citado 20 jun 2020] . Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN%20briefing_COVID19_Top_priorities_ENG.pdf

Cómo citar este artículo: Ruiz-Recéndiz M, Jiménez-Arroyo V, Huerta-Baltazar M, Alcántar-Zavala M, Herrera-Paredes J, González-Villegas G. Incertidumbre ante la enfermedad COVID-19 en personal de enfermería de hospitales de Morelia, México. SANUS [Internet]. 2021 [citado dd mm aa];6:e242. Disponible en: URL/DOI



INVESTIGACIÓN

Sobrecarga del cuidador principal del paciente con enfermedad renal crónica durante la pandemia por SARS-CoV-2**Overload on the primary caregiver of patients with chronic kidney disease during the SARS-CoV-2 pandemic****Sobrecarga no cuidador primário de pacientes com doença renal crônica durante a pandemia da SARS-CoV-2**Ana Grecia Cárabes Espino¹ <https://orcid.org/0000-0002-9599-9851>Clara Teresita Morales-Álvarez^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-5943-9048>Maritza Lizeth Cárdenas-Rodríguez³ <https://orcid.org/0000-0003-1707-9811>José Manuel Herrera-Paredes⁴ <https://orcid.org/0000-0001-7631-5904>

1. Residente de Medicina Familiar. Hospital General de Zona N°. 4. Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo. Universidad de Guanajuato Campus Celaya – Salvatierra. Departamento de Enfermería y Obstetricia y Enfermera. Jefe de Piso del Hospital General de Zona No. 4, Instituto Mexicano del Seguro Social.
3. Estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato. Campus Celaya-Salvatierra.
4. Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato. Campus Celaya-Salvatierra. Departamento de Enfermería y Obstetricia.

*Autor para correspondencia: tmorales@ugto.mx**Recibido:** 03/11/2020**Aceptado:** 18/08/2021

Resumen

Introducción: En tiempos de pandemia, con una prevalencia importante de enfermedades crónicas no transmisibles en México se adjunta el riesgo de contraer enfermedades virales como SARS-CoV-2, riesgo que puede transferirse a los cuidadores primarios e incrementar la demanda de los cuidados de la vida diaria a la persona enferma. **Objetivo:** describir el nivel de sobrecarga de cuidador principal de los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento renal sustitutivo en un centro hospitalario de segundo nivel en época de pandemia. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal con una $n = 84$, muestreo aleatorio simple. **Resultados:** La edad fue de 54 ± 10 años y predominó el género femenino. Las personas que se dedican al cuidado de un paciente con ERC, en su mayoría, padecen alguna enfermedad crónica. Un pequeño porcentaje (23.8%) considera que la sobrecarga que tienen debido a las funciones que realizan es intensa. **Conclusiones:** La mayoría de los cuidadores primarios de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que reciben tratamiento renal sustitutivo en un hospital de segundo nivel en época de pandemia se percibe sin sobrecarga. Es necesario estudiar este fenómeno con mayor profundidad, así como su impacto en la salud del cuidador pues la mayoría padece una enfermedad crónica y es doblemente vulnerable al contagio del virus SARS-CoV-2.

Palabras clave: Insuficiencia renal; Cuidadores; Infecciones por coronavirus; Pandemia (DeCS).

Abstract

Introduction: In times of pandemic, with a significant prevalence of chronic non-communicable diseases in Mexico is associated the risk of contracting viral diseases such as SARS-CoV-2, a risk that can be transferred to primary caregivers and increase the demand for daily life care to the sick person. **Objective:** Describe the level of primary caregiver burden of patients with chronic kidney disease who receive renal replacement therapy in a second-level pandemic hospital center. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional study with $n = 84$, simple random sampling. **Results:** The prevailing age was 54 ± 10 years composed primarily of women. The majority of people who care for a CKD patient suffer from a chronic disease. A small percentage (23.8%) considers that the overload they have due to the functions they perform is intense. **Conclusions:** Most of the primary caregivers of patients with chronic kidney disease (CKD) who receive renal replacement therapy in a second-level hospital in times of pandemic are perceived without burden. It is necessary to study this phenomenon in greater depth, as well as its impact on the health of the caregiver, since most suffer from a chronic disease and are doubly vulnerable to the spread of the SARS-CoV-2 virus.

Key words: Kidney failure; Caregivers; Coronavirus infections; Pandemic (DeCS).

Abstrato

Introdução: Em tempos de pandemia, com uma prevalência significativa de doenças crônicas não transmissíveis no México está associado o risco de contrair doenças virais, como SARS-CoV-2, um risco que pode ser transferido para os cuidadores primários e aumentar a demanda por cuidados de vida diária para a pessoa doente. **Objetivo:** Descreva o nível de sobrecarga do cuidador principal de pacientes com doença renal crônica que recebem terapia de substituição renal em um centro hospitalar pandêmico de segundo nível. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal com $n = 84$, amostragem aleatória simples.



Resultados: A idade predominante foi de 54 ± 10 anos composta principalmente por mulheres. A maioria das pessoas que cuidam de um paciente com DRC sofre de uma doença crônica. Um pequeno percentual (23,8%) considera que a sobrecarga que possuem pelas funções que desempenham é intensa. **Conclusões:** A maioria dos cuidadores primários de pacientes com doença renal crônica (DRC) que recebem terapia renal substitutiva em um hospital de segundo nível em tempos de pandemia são percebidos sem problemas. É necessário estudar esse fenômeno com maior profundidade, bem como seu impacto na saúde do cuidador, uma vez que a maioria sofre de doença crônica e é duplamente vulnerável à propagação do vírus SARS-CoV-2.

Palavras-chave: Falência renal; Cuidador(a); Infecções por coronavírus; Pandemia (DeCS).

Introducción

El mes de diciembre del 2019 fue un momento trascendental a nivel mundial, ya que, en Wuhan, China, apareció una serie de casos similares con enfermedades respiratorias agudas de origen desconocido ⁽¹⁾. Tras analizar las condiciones de los pacientes, se descubrió que la enfermedad era ocasionada por un nuevo betacoronavirus que fue denominado como SARS-CoV-2 y cuya propagación se expandió a nivel mundial ⁽¹⁻²⁾. La pandemia por el SARS-CoV-2 se convirtió en una emergencia sanitaria global ⁽³⁾ que afecta de forma general a toda la población; sin embargo, es preciso mencionar que la situación del SARS-CoV-2 supone un riesgo especial para los pacientes con enfermedad renal por su condición de inmunosupresión, edad avanzada y las comorbilidades asociadas ⁽⁴⁾.

Existen comorbilidades asociadas a una mayor mortalidad por SARS-CoV-2, entre ellas se encuentra la enfermedad renal crónica (ERC) ⁽¹⁾ y, sobretudo, los pacientes con ERC en etapa terminal ⁽⁴⁾ debido a que es común que los pacientes tengan como tratamiento un trasplante de riñón o sean sometidos a terapia de sustitución de la función renal ⁽¹⁾. Por tal motivo, es necesario que los pacientes con ERC deban tomar medidas de prevención más estrictas al ser una población de riesgo ⁽²⁾, debido a que su tratamiento es ambulatorio, el tiempo de estancia intrahospitalaria puede durar hasta 6 horas, tiempo en el que están expuestos y pueden contagiarse y a su vez transmitir el betacoronavirus, hasta el momento no ha sido posible brindarles el tratamiento en aislamiento estricto debido a la condición de la enfermedad ⁽⁴⁻⁵⁾, además



acuden a los centros médicos con regularidad, aumentando el riesgo de contagio entre profesionales de la salud y los pacientes con ERC ⁽⁴⁻⁵⁾.

Debido a esto se considera que los pacientes con enfermedad renal son especialmente vulnerables para una mayor morbimortalidad por contagio del COVID-19 ⁽³⁾ y es probable que tengan mayores complicaciones ⁽⁵⁾. Cuando una persona padece ERC, sus riñones tienen una incapacidad para mantener la homeostasia interna del organismo, provocando que necesite un tratamiento de sustitución renal ⁽⁶⁾. Esto no solo afecta a la persona que padece la enfermedad, ya que es común que este tipo de pacientes requieren el apoyo de una persona que les cuide. Es así que la calidad de vida de la persona que cuida se compromete en medida de la sobrecarga que éste recibe, y a esa carga del cuidador se le define como “el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de gente incapacitada” ⁽⁶⁾.

Algunos estudios han encontrado que la sobrecarga depende de la edad de pacientes y de su cuidador, de los roles que el cuidador desempeñe, del nivel educativo, la condición de remuneración, de su ocupación y de la falta de apoyo del sistema en salud ⁽⁷⁾. A este proceso de percepción del impacto de los cuidados y la angustia que se le asocia al cuidar a un paciente con ERC es lo que se denomina sobrecarga del cuidador ⁽⁶⁾. Esto es un aspecto importante, ya que la pandemia por SARS-CoV-2 implica un mayor autocuidado del paciente con ERC en etapa terminal y, a su vez, un aumento del cuidado que ellos reciben a través de sus cuidadores. Por lo que el trabajo realizado por los cuidadores en momentos de pandemia puede suponer una sobrecarga de la persona que cuida. Debido a ello es que el presente estudio tiene el propósito de describir el nivel de sobrecarga de cuidador principal de los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento renal sustitutivo en un centro hospitalario de segundo nivel en época de pandemia.



Metodología

El estudio tiene un enfoque cuantitativo con diseño transversal y descriptivo. La muestra se conformó por 84 cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, calculada en Epi Info Versión 7 CDS Atlanta Georgia USA 2013, para una proporción de población finita, asumiendo que el 20% tiene sobrecarga del cuidador, con 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error.

Los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica que se incluyeron fueron mayores a 18 años y dedicados a este rol por tres o más meses. No se consideraron a cuidadores primarios que tenían dos o más pacientes con enfermedades crónicas bajo su cuidado. El muestreo fue aleatorio simple a través de la generación de una tabla de números.

A todos los cuidadores principales se les aplicó la escala de Zarit abreviada (EZA). Este instrumento es una prueba psicométrica que califica de forma objetiva y determina la presencia o ausencia sobrecarga percibida por el cuidador y está compuesta por 7 ítems de escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta cada uno, de 1 que indica nunca hasta a 5 que sería siempre. La variabilidad del puntaje va desde 7 hasta 35 puntos, interpretando que, a mayor puntaje, mayor será la sobrecarga que percibe el cuidador ⁽⁸⁾. Las categorías que se designan a este puntaje son:

- Igual o menor a 16 puntos: ausencia de sobrecarga.
- Igual o mayor a 17 puntos: sobrecarga intensa.

En 2009, en Chile fue validada la escala adaptada y tuvo una fiabilidad que arrojó un coeficiente α de Cronbach de 0,91 para la consistencia interna y un coeficiente de correlación de Pearson de 0,86 para fiabilidad test-retest ⁽⁸⁾. Para efecto de esta investigación se calculó la consistencia interna y en una $n= 35$ cuidadores primarios ⁽⁹⁾, resultando un Alpha de Cronbach de 0,82.

Para el análisis de datos se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25. El tratamiento de los datos se ejecutó mediante estadística descriptiva, para las variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes y para las variables numéricas medias y desviación



estándar. Se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación en Salud y del Comité de ética del Hospital General de Zona número 4 de la ciudad de Celaya, Guanajuato con el registro R-2020-1006-014, considerando que en el presente estudio se respetó la dignidad, el bienestar, la libre elección a participar, se salvaguardó su identidad, la confidencialidad de la información, así como se hizo partícipes a los cuidadores de los resultados. Así mismo se clasificó como investigación sin riesgo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud ⁽¹⁰⁾.

Resultados

En el grupo estudiado de cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica la edad fue de 54 ± 10 años y predominó el género femenino para ejecutar dicha actividad con un porcentaje de 84.5% mientras solo el 15.5% de los cuidadores fueron masculinos, el tiempo que han dedicado al cuidado paciente con ERC en hemodiálisis fue de 5 años, estos cuidadores en su mayoría padecían alguna enfermedad crónica y solo un 38.1% se encontraban libre de patologías (tabla 1).

Las comorbilidades de mayor prevalencia en el grupo estudiado son la obesidad y la hipertensión arterial sistémica. Se identificó que gran parte de los cuidadores primarios cuentan con una escolaridad de nivel secundaria (41.7%), su estado civil es casado (59.5%) y que la principal actividad a la que se dedican es ser amas de casa (63.1%).

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la EZA, se encontró que el nivel de sobrecarga en el cuidador principal de los pacientes con ERC se percibe sin sobrecarga, y un pequeño porcentaje considera que la sobrecarga que tienen es debido a las funciones intensas que realizan (tabla 2).



Tabla 1. Características sociodemográficas del cuidador principal de pacientes con enfermedad renal crónica durante la pandemia por SARS-CoV-2, $n= 84$

Variable	Mínimo	Máximo	Media
Edad	25	73	54
Tiempo de cuidar a la persona con ERC en hemodiálisis	7 meses	15 años	5
Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Genero	Femenino	13	84
	Masculina	71	15
Estado civil	Casado	50	59,5
	Soltero	20	23,8
	Viudo	3	3,6
	Divorciado	10	11,9
	No define	1	1,2
Escolaridad	Ninguna	2	2,4
	Primaria	18	21,4
	Secundaria	35	41,7
	Preparatoria	20	23,8
	Técnico	7	8,3
	Licenciatura	2	2,4
Actividad laboral	Obrero	10	11,9
	Comerciante	15	17,9
	Ama de casa	53	63,1
	Desempleado	3	3,6
	Profesionista	3	3,6
Patologías del cuidador	HAS*	15	17,9
	HAS y obesidad	2	2,4
	HAS y otros	5	7,2
	Obesidad	9	10,7
	Obesidad y dislipidemias	1	1,2
	Obesidad y retinopatía	1	1,2
	Obesidad y otros	2	2,4
	Ninguna	32	38,1
	Diabetes	9	10,7
Otros	7	8,3	

*Hipertensión arterial sistémica

Fuente: resultados de la cédula de datos sociodemográficos.



Tabla 2. Nivel de sobrecarga del cuidador principal del paciente con enfermedad renal crónica durante la pandemia por SARS-CoV-2, $n= 84$

Nivel de sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje
Sobrecarga intensa	20	23,8
Sin sobrecarga	64	76,2

Fuente: resultados de la cédula de datos sociodemográficos.

Discusión

Los riñones desempeñan un papel importante en la regulación del sistema renina-angiotensina y, por tanto, son vulnerables a los efectos de la infección viral por SARS-CoV-2 debido a que este virus se une a sus células diana a través de un receptor transmembrana, la enzima convertidora de angiotensina 2 ⁽¹¹⁾. Por esto, la ERC es considerada un factor de riesgo importante para enfermarse gravemente de COVID-19 ⁽¹¹⁻¹³⁾.

La nefrología se ha visto afectada por el COVID-19 en entornos de atención aguda, diálisis ambulatoria y trasplante de órganos ⁽¹¹⁾; situación que ha planteado muchos retos como es el mayor fracaso renal agudo (FRA) en pacientes críticos ⁽¹⁴⁾. Además, se ha producido un aumento en el número de diálisis efectuadas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y se ha aumentado las tareas de prevención de contagio de SARS-CoV-2 en pacientes con ERC con tratamiento renal sustitutivo que tenían la necesidad de acudir a los centros hospitalarios varias veces a la semana ⁽¹⁴⁾.

La situación de los pacientes con ERC podría suponer un aumento de la carga que el cuidador principal del paciente con ERC tiene; sin embargo, en nuestro estudio encontramos que solo un 23.8% percibe que la sobrecarga es intensa mientras el otro 76.2% considera no tener sobrecarga por cuidar al paciente con ERC. Un fenómeno similar se observa en un estudio desarrollado en Paraguay, donde la sobrecarga manifestada por los cuidadores entrevistados fue que 10% de los mismos manifestaba una sobrecarga leve ⁽¹⁵⁾. Sin embargo, una investigación de Guatemala difiere de los resultados planteados anteriormente, ya que la sobrecarga que predominó en los cuidadores primarios fue intensa, seguida por



leve, y solo tres por cada diez cuidadores no manifiestan ningún tipo de sobrecarga ⁽¹⁶⁾. En la Ciudad de México, en 2015, la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con ERC en hemodiálisis fue intensa en un 67% ⁽¹⁷⁾. En 2016, en un hospital de Jalisco en estos cuidadores predominó la sobrecarga intensa con un 45.5% ⁽¹⁸⁾, situación que contrasta con los resultados de este trabajo.

No obstante, algunas investigaciones han reportado que ante la pandemia por COVID-19 la sociedad ha tenido consecuencias positivas como es la unión, empatía, solidaridad y conciencia social ⁽¹⁹⁾. En este estudio la media años de cuidado al paciente con ERC en hemodiálisis fue de 5 años, Velázquez y colaboradores comentan que quien cuida a un paciente con ERC tienen más de 5 años haciéndolo a tiempo completo y frecuentemente los atienden por razones afectivas ⁽²⁰⁾.

Algunos estudios similares que se han realizado encontraron que la mayoría de los cuidadores de los pacientes con ERC son mujeres ⁽²⁰⁻²⁴⁾ y la edad oscila en un rango de edad de 40 a 70 años ⁽²⁰⁻²²⁾, datos similares a los encontrados en el presente estudio. Al igual que las características laborales de los cuidadores, un estudio encontró que la mayoría de los cuidadores no cuentan con un trabajo o vínculo laboral ⁽²⁰⁾.

Por lo que se considera necesario desarrollar mayores investigaciones en donde se analicen la sobrecarga del cuidador primario de forma más profunda con el objetivo de monitorear la salud de las personas de cuidado, utilizando la escala de Zarit no abreviada o la escala de toma de roles en cuidadores de personas con enfermedad crónica (ROL). Este enfoque permitirá valorar la transición del miembro de familia (esposo, madre, padre, hijo o hermano) de una persona sana a ser cuidador de una persona con enfermedades crónicas no transmisibles ⁽²⁵⁾.

Una de las limitantes de este estudio fue no contar con un grupo de comparación al estar todos los cuidadores sometidos a la situación de pandemia por COVID-19. Además, no se consideró el lazo sanguíneo entre el cuidador y el paciente, siendo una variable que podría estudiarse para determinar su comportamiento en relación a la sobrecarga que puede percibir el cuidador primario.



Conclusiones

La ERC está asociada con un mayor riesgo de infección grave por COVID-19, lo que implica una mayor toma de precauciones para que este grupo de riesgo minimice la exposición al virus y, en caso de exposición, detectar oportunamente los signos de progresión de la enfermedad. Al ser pacientes que comúnmente requieren el acompañamiento de un cuidador, esto podría suponer una mayor sobrecarga y a futuro representar problemas de salud para el cuidador, pues la mayoría de éstos también padecen una enfermedad crónica, lo que los vuelven vulnerables ante el SARS-CoV-2. Sin embargo, los resultados arrojados en este estudio indicaron que los cuidadores principales de los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento renal sustitutivo en un hospital de segundo nivel en época de pandemia se perciben sin sobrecarga. No obstante, es necesario estudiar este fenómeno de forma más profunda, así como dar seguimiento a la salud de los cuidadores principales en esta pandemia ya que la mayoría de ellos presentan al menos una comorbilidad, situación que duplica su vulnerabilidad.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Financiamiento

Sin financiamiento.

Referencias bibliográficas

1. Hidalgo-Blanco M, Andreu-Periz D, Moreno-Arroyo M. COVID-19 en el enfermo renal: Revisión breve. *Enferm Nefrol*. [Internet]. 2020 [Consultado ene 2021];23(2):122-131. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020013>
2. Avendaño L, Palmera J, Riascos W. Enfermedad renal crónica y COVID-19: la importancia de la hidratación. *Rev Colomb Nefrol* [Internet]. 2020 [Consultado ene 2021];7(Supl.2). Disponible en: <https://doi.org/10.22265/acnef.7.Supl.2.409>
3. Pallarés V, Górriz-Zambrano C, Morillas C, Llisterri J, Górriz J. COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos?. *Semergen* [Internet]. 2020 [Consultado ene 2021];46(S1):85-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2020.05.005>



4. Gómez-Beltrán P, Domínguez E, Medero F, Pérez M. Recomendaciones para el manejo del paciente con enfermedad renal crónica ante el SARS-Cov-2. *Enferm Clin* [Internet]. 2021 [Consultado ene 2021]; 31: S55-S61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.017>
5. Albalate M, Arribas P, Torres E, Cintra M, Alcázar R, Puerta M, Ortega M, et al. High prevalence of asymptomatic COVID-19 on hemodialysis: learning day by day the first month of the COVID-19 pandemic. *Nefrología* [Internet]. 2020 [Consultado ene 2021];40(3):279-286. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2020.06.013>
6. Malheiro P, Arruda D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enferm glob* [Internet]. 2012 [Consultado ene 2021];11(28):257-275. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400014&Ing=es
7. Laguado-Jaimes E. Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 [Consultado ene 2021];22(4):352-359. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000400002>
8. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerraa C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. Méd Chile* [Internet]. 2009[Consultado ene 2021];137: 657-66. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009
9. Grove S, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research*. 7 ed. Vol. 1. St. Louis Missouri: Elsevier; 2013: 393-394.
10. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación. Formato online [consultado 2021/01/20]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
11. Thakar C. COVID-19 and Kidney Disease. *Adv Chronic Kidney Dis* [Internet]. 2020 [Consultado ene 2021];27(5): 361. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2020.10.002>
12. Rambay F, Campuzano S, Quezada E, Zapata J. Manejo de las Personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la Pandemia de Covid 19. *RECIAMUC* [Internet]. 2020 [Consultado ene 2021];4(3):127-138. Disponible en: <https://doi.org/10.26820/reciamuc/4>.
13. Henry B, Lippi G. Chronic kidney disease is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. *Int Urol Nephrol* [Internet]. 2020 [Consultado ene 2021];52(6):1193-1194. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02451-9>
14. Muñoz R. COVID-19 y Nefrología. *Gac Med Bilbao* [internet] 2020 [consultado dic 2020]; 117 (2): 126-127. Disponible en: <http://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/viewFile/771/781>
15. Ruiz N, González S, Fretes P, Barrios I, Torales J. Sobrecarga del cuidador del paciente renal crónico: Un estudio piloto del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Rev virtual Soc Parag Med Int* [Internet]. 2019 [Consultado ene 2021];6(2):21-29. Disponible en: <https://doi.org/10.36109/rmg.v157i1.82>
16. López E, Ávila S, Reyes A, Miranda I. Calidad de vida relacionada a la salud del cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica. *Rev méd Col Méd Cir Guatem* [Internet]. 2018 [Consultado ene 2021]; 157 (1): 15-7. Disponible en: <https://revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/82>
17. Rivero-García R, Segura-García E, Juárez-Corpus N. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes en programa de hemodiálisis generada por el reingreso hospitalario. *Diálisis Traspl* [Internet]. 2015 [Consultado ene 2021]; 36 (2):72-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.02.001>
18. Quiñones E, Espíritu U, López V. Sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario del paciente hemodializado. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2016 [Consultado dic 2020]; 32 (4):1-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n4/mgi06416.pdf>



19. Johnson M, Saletti-Cuesta L, Tumas N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Cienc Saúde Colectiva* [Internet]. 2020 [Consultado ene 2021];25(1):2447-2456. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
20. Velázquez Y, Espín A. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2014 [Consultado ene 2021];40(1): Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430496002>
21. Velasco J, Grijalva M, Pedraza A. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Medicina Paliativa* [Internet]. 2015 [Consultado ene 2021];22(4):146-151. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.01.001>
22. Arroyo E, Arana A, Garrido R, Crespo R. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2018 [Consultado enero 2021];21(3):213-24. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000300002>
23. Romero E, Rodríguez J, Pereira B. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2015 [Consultado enero 2021];31(4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400001&lng=es.
24. Teixidó-Planas J, Tarrats L, Arias N, Coscolluela A. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. Validación de cuestionario y baremos. *Nefrología* [Internet]. 2018 [Consultado ene 2021];8(5): 535-544. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.02.006>
25. Arias M, Carreño S, Chaparro L. Validity and reliability of the scale, role taking in caregivers of people with chronic disease, ROL. *International Archives of Medicine* [Internet]. 2018 [Consultado ene 2021];11(34):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.3823/2575>

Cómo citar este artículo: Cárabes-Espino AG, Morales-Álvarez CT, Cárdenas-Rodríguez ML, Herrera-Paredes JM. Sobrecarga del cuidador principal del paciente con enfermedad renal crónica durante la pandemia por SARS-CoV-2. *SANUS* [Internet]. 2021 [citado dd mm aa];6:e244. Disponible en: DOI/Link




REVISIÓN

Indecisión a las vacunas: una revisión sistemática para abordar el fenómeno en Latinoamérica


Vaccine hesitancy: A review to address the phenomenon in Latin America

Hesitância vacina: uma revisão para enfrentar o fenômeno na América Latina

Bruno Michel Bernal-Vaquera^{1*}

 <https://orcid.org/0000-0002-0086-8534>

Alejandro Morales-Jinez²

 <https://orcid.org/0000-0002-2463-7482>

Norma Elvira Moreno-Pérez³

 <https://orcid.org/0000-0003-1829-3916>

1. Estudiante de Maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato. Campus Celaya-Salvatierra. Celaya, Guanajuato, México.
2. Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Escuela de Licenciatura en Enfermería Unidad Torreón. Torreón, Coahuila, México.
3. Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato. Departamento de Enfermería Clínica. Celaya, Guanajuato, México.

*Autor para correspondencia: bruno.muchis@gmail.com

Recibido: 03/02/2020

Aceptado: 18/01/2021

Resumen

Introducción: En los últimos años se han desarrollado movimientos de personas, generalmente padres, que rechazan o están indecisas en cuanto al uso de las vacunas por la falta de conciencia de riesgos y la gravedad de las enfermedades prevenibles por vacunación, así como, por la difusión en las redes sociales de noticias falsas sobre la inocuidad y la eficacia de las vacunas. Investigaciones en países de Europa y América del Norte han descrito un término para estudiar este fenómeno el cual es Indecisión a las Vacunas, estas investigaciones son escasas en Latinoamérica.

Objetivo: identificar instrumentos potencialmente válidos y confiables que puedan ser adaptados y modificados tanto al idioma español como al contexto de América Latina relacionados a la indecisión a las vacunas entre padres.

Metodología: Se realizó una búsqueda en tres bases de datos PubMed, EBSCOhost y Biblioteca Virtual en Salud; con

los términos descriptores de ciencias de la salud: "vaccine hesitancy", "parents" y "vaccine refutation". **Resultados:** Los resultados arrojaron 394 artículos de los cuales 19 fueron elegidos para el análisis. Los principales instrumentos identificados para medir la indecisión a las vacunas fueron los cuestionarios "Parental Attitudes About Childhood Vaccines" y "Vaccine Hesitancy Scale". **Conclusiones:** El cuestionario "Parental Attitudes About Childhood Vaccines" es el instrumento más usado y validado en diferentes idiomas para medir la indecisión a las vacunas.

Palabras clave: Vacunas; Padres; Negativa a la vacunación; Vacunación (DeCS).

Abstract

Introduction: In recent years there have been movements of people, usually parents, who reject or are undecided about the use of vaccines due to the lack of awareness of its risks and the severity of diseases that can be prevented by vaccination, as well as the dissemination of false news about the safety and efficacy of vaccines in the social networks. Research in countries in Europe and North America have come up with a term to study this phenomenon, this term is Vaccine Hesitancy. However, this research is scarce in Latin America. **Objective:** The objective of this review is to identify potentially valid and reliable instrument that can be adapted and modified both to Spanish and to the Latin America context, related to the indecision to use vaccines within parents. **Methodology:** A search was conducted on three PubMed, EBSCOhost and BVS databases; with the descriptive terms of health sciences: "vaccine hesitancy", "parents", and "vaccination refusal". The results yielded 394 articles of which 19 were chosen for the assessment. **Results:** The main tools identified to measure vaccine hesitancy were the questionnaires named "Parental Attitudes about Childhood Vaccines" and "Vaccine Hesitancy Scale". **Conclusion:** "The Parent Attitudes on Childhood Vaccines" questionnaire is the most widely used and validated tool in different languages to measure vaccine hesitancy.

Key words: Vaccine; Vaccination refusal; Parents; Vaccination (DeCS).

Abstrato

Introdução: Nos últimos anos, houve movimentos de pessoas, geralmente pais, que rejeitam ou estão indecisos quanto ao uso de vacinas devido à falta de consciência dos riscos e à gravidade das doenças evitáveis pelas vacinas, além da disseminação de redes sociais de notícias sobre a segurança e eficácia das vacinas. Pesquisas em países da Europa e América do Norte descreveram um termo para estudar esse fenômeno, que é a vacinação vacinal, essas investigações são escassas na América Latina. **Objetivo:** O objetivo desta revisão é pesquisar na literatura científica estudos onde você estudou a hesitação da vacina entre os pais e identificar ferramentas potencialmente válidas e confiáveis que possam ser adaptadas e modificadas tanto no idioma espanhol quanto no contexto da América Latina. **Metodologia:** Uma pesquisa foi realizada em três bancos de dados PubMed, EBSCO Host e BVS; com os termos descritivos das ciências da saúde: "vaccine hesitancy", "parents" e "vaccination refusal". **Resultados:** Os resultados renderam 394 artigos, dos quais 19 foram escolhidos para a análise. A principal ferramenta identificada para medir a hesitação vacinal foram os questionários "Parental Attitudes About Childhood Vaccines" e "Vaccine Hesitancy Scale". **Conclusões:** O questionário "The Parent Attitudes on Childhood Vaccines" é a ferramenta mais amplamente utilizada e validada em diferentes idiomas para medir a hesitação da vacina.

Palavras-chave: Vacina; Recusa de vacinação; Pais; Vacinação (DeCS).



Introducción

En las últimas décadas, la vacunación a nivel mundial refleja un progreso limitado, en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cobertura mundial se mantiene aproximadamente en el 86% y se estimó que más de 19 millones de lactantes no fueron vacunados contra el tétanos, la difteria y tos ferina ⁽¹⁾. De acuerdo con el informe 2019 de Inmunización en las Américas ⁽²⁾, en la región, hay brotes de sarampión y difteria debido a la baja cobertura de vacunas contra el sarampión, rubeola y parotiditis (SRP) 82% y difteria, tétanos y tos ferina (DPT) 88%, otras vacunas también presentan baja cobertura como la hepatitis B en el recién nacido con 80%, rotavirus 79% y vacuna antipoliomielítica oral en 87%. Aunado a lo anterior, la comunicación con la sociedad también se ha vuelto complicada por la falta de conciencia de riesgos y la gravedad de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) así como, por la difusión en las redes sociales de noticias falsas sobre la inocuidad y la eficacia de las vacunas ⁽³⁻⁹⁾.

Debido a estos acontecimientos existe el riesgo de aumento de brotes de EPV, por lo cual, el personal del área de la salud especialmente enfermería, al ser responsable de la ejecución de programas de vacunación en varios países, debe diseñar estudios para generar conocimiento y difundir que las vacunas son como cualquier medicamento probado antes de su comercialización y uso en la población que es susceptible a causar mínimos efectos secundarios o Eventos Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI), no obstante, el beneficio individual y colectivo es muy superior a los supuestos riesgos ⁽⁹⁾.

De acuerdo con algunos estudios ⁽³⁻⁹⁾, la negativa de los padres a que sus hijos sean vacunados se centra en factores valóricos, falta de información, una profunda desconfianza frente a las instituciones de salud, desconocimiento de los padres en cuanto a las vacunas, así como sus beneficios, lo cual dificulta la toma de decisiones sobre la vacunación de los niños y, en consecuencia, se cree que la vacunación es obligatoria por parte de las autoridades, motivado por intereses particulares.

McDonald y su Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) ⁽¹⁰⁾ han realizado y revisado estudios de investigación para generar un término y dar significado a un constructo bajo el que se pueda estudiar esta situación, el término más asociado en idioma inglés es "Vaccine Hesitancy" (VH). Siguiendo el diccionario inglés-español ⁽¹¹⁾



"Vaccine" se traduce como "vacuna" y "hesitancy" como "vacilación o indecisión", en conjunto la traducción al español se puede tomar como "indecisión a las vacunas (IV)". La definición por el SAGE Working Group en VH es "la demora en la aceptación o rechazo de la vacunación a pesar de la disponibilidad de servicios de vacunación" ⁽¹⁰⁾.

Países de Europa, Asia y Norte América han iniciado a realizar investigaciones para abordar esta situación, dando resultados positivos en la identificación de este grupo de personas ya que conforman un grupo mucho más grande que aquellos que rechazan totalmente las vacunas ⁽¹⁰⁾, descubriendo que son más susceptibles al cambio de comportamiento porque tienden a buscar información con los responsables de la vacunación de sus hijos. Sin embargo, en América Latina estos estudios son escasos pero necesarios, ya que los padres que presentan VH son un grupo de interés porque representan una oportunidad para trabajar en la forma de detectar y abordar las dudas e inseguridades y ayudar a idear intervenciones eficaces para incrementar la cobertura de la vacunación.

Por lo tanto, el objetivo de esta revisión fue buscar en la literatura científica estudios donde se haya abordado el fenómeno VH e identificar herramientas válidas y confiables para reconocer y medir VH, que puedan ser adaptadas al idioma español y al contexto de América Latina.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática iniciando con el planteamiento de la interrogante que guió la revisión, donde el problema es VH, la intervención es la medición del fenómeno con instrumentos válidos y confiables, y se llevó a cabo la comparación entre ellos de acuerdo con su confiabilidad y resultados al ser traducidos a otro idioma y realizar la medición en la población. La pregunta se planteó de la siguiente manera: ¿Existe evidencia científica de herramientas válidas y confiables para medir la indecisión a las vacunas que puedan ser susceptibles de adaptación al idioma español? Se realizó la búsqueda para identificar estudios que investigaron la VH en padres considerando los términos "vaccine hesitancy" y "parents" con el operador booleano "AND". Los resultados incluían numerosos estudios que analizaban el rechazo a la vacunación, por lo que se agregó a la búsqueda "vaccine refutation" con el operador booleano "NOT". La búsqueda se limitó a artículos de texto completo publicados en los últimos cinco años en las bases de datos



PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y EBSCO Host con el protocolo de búsqueda: “*vaccine hesitancy AND parents NOT vaccine refutación*” (Tabla 1).

Tabla 1. Protocolo de Búsqueda en base de datos

Base de Datos	Protocolo de Búsqueda
PubMed	((("vaccines"[MeSH Terms] OR "vaccines"[All Fields] OR "vaccine"[All Fields]) AND hesitancy[All Fields]) AND ("parents"[MeSH Terms] OR "parents"[All Fields])) NOT ("vaccination refusal"[MeSH Terms] OR "vaccination"[All Fields] AND "refusal"[All Fields]) OR "vaccination refusal"[All Fields]) AND ("2014/10/11"[PDat] : "2019/10/09"[PDat])
EBSCOhost	vaccine hesitancy AND parents NOT vaccination refusal. Fecha de publicación: 20141001-20191031 Modos de búsqueda - Booleano/Frase
BVS	(tw:(vaccine hesitancy)) AND (tw:(parents)) AND NOT (tw:(vaccination refusal))

Fuente: Elaboración propia

La selección de artículos consistió en que una de las variables en los estudios fuera VH medida en padres, siguiendo la revisión de la metodología de los artículos, se encontró que algunos hacían la medición de la variable a través de un ítem de autoinforme, el cual preguntaba a los padres si se consideraban indecisos respecto a las vacunas. Esto dio una nueva pauta para eliminar aquellos estudios en los que la VH fuera medida a través del autoinforme de los padres (las limitaciones de estos estudios consideraron que había riesgo de sesgo de deseabilidad social y los padres podían no haber contestado honestamente) y se seleccionaron aquellos que la midieran a través de un instrumento desarrollado. Así mismo, se revisaron las variables que pueden ser medidas y que cobran relevancia junto a la VH ya sean variables sociodemográficas u otras variables de estudio propiamente.

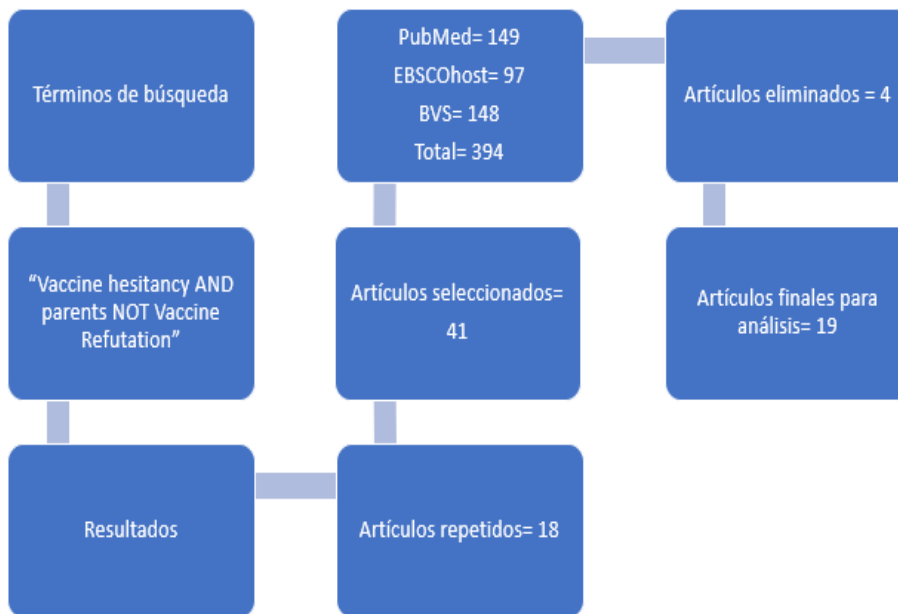
Los artículos fueron analizados y la información necesaria fue concentrada en una matriz de datos, donde además de los datos de identificación del artículo y autores, se identificaron los métodos del estudio, la definición que se establece de VH, dimensiones, identificación del instrumento de medición, resultados, limitaciones y conclusión.



Resultados

El resultado de la búsqueda en las tres bases de datos arrojó un total de 394 artículos, se seleccionaron 41 y se eliminaron por duplicación 18, dejando 23 artículos, todos ellos publicados en idioma inglés. Se eliminaron 4 artículos debido a que la variable VH era medida por un ítem de autoinforme. El número total de artículos para el análisis fue de $n=19$ (Figura 1).

Figura 1. Resultados de búsqueda



Fuente: Elaboración propia

Del total de artículos seleccionados para el análisis, el 100% se publicaron en idioma inglés, 9 estudios se realizaron en Estados Unidos, 2 en Canadá, 3 en Europa, 3 en Asia, 1 en América Latina y 1 se realizó en varios países de diferentes regiones. 9 de los estudios se enfocaron en desarrollar un cuestionario o modificar uno existente para medir VH en padres, y 10 fueron investigaciones de tipo descriptivos, correlacional o ensayos clínicos con intervención con o sin aleatorización de la muestra, teniendo a este constructo entre sus variables de estudio (Tabla 2).



Tabla 2. Artículos analizados

Título	Autores	Objetivo	Instrumento de medición	Porcentaje identificado con niveles de IV ^a %	Nivel de evidencia
Promoting vaccination in maternity wards motivational interview technique reduces hesitancy and enhances intention to vaccinate, results from a multicentre non-controlled pre- and post-intervention RCT-nested study, Quebec, March 2014 to February 2015 ⁽¹²⁾	Arnaud Gagneur, et al.	Evaluar la intención de vacunación e IV ^a entre padres que recibieron una intervención basada en entrevistas motivacionales individuales sobre inmunización infantil durante la estancia posparto en una sala de maternidad entre marzo de 2014 y febrero 2015	PACV ^b	44,1/15,6 ^{c,d}	II-1 ^f
Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument ⁽¹³⁾	Jeroen Luyten, Luk Bruyneel, Albert Jan van Hoek	Utilizar una versión modificada del VHS ^g para examinar la IV entre una muestra representativa del Reino Unido.	VHS (modificada)	4	III
Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool ⁽¹⁴⁾	Heidi J. Larson, et al.	Mapear los determinantes de la IV y desarrollar herramientas para medir y abordar la naturaleza y nivel de la indecisión	VHS versión 1.0 VHS Escala likert VHS preguntas abiertas.	NA	III
Overview of knowledge, attitudes, beliefs, vaccine hesitancy and vaccine acceptance among mothers of infants in Quebec, Canada ⁽¹⁵⁾	Dubé È, et al.	Evaluar el nivel de IV de las madres y el conocimiento, actitudes y creencias sobre la vacunación	PACV	28,6/15 ^c	III
Development of a Spanish version of the parent attitudes about childhood vaccines survey ⁽¹⁶⁾	Rachel M. Cunningham, et al.	Desarrollar una versión en español culturalmente apropiada del PACV, y sus elementos demográficos acompañantes	PACV en español	NA	III



Tabla 2 continuación...)

Reliability and validity of a survey to identify vaccine hesitancy among parents in Changxing county, Zhejiang province ⁽¹⁷⁾	Yu Hu, Yaping Chen, Hui Liang, Ying Wang	Evaluar la validez y confiabilidad de una encuesta para identificar IV entre los padres	Survey of vaccine hesitancy	24,9	III
Physician Communication Training and Parental Vaccine Hesitancy: A Randomized Trial ⁽¹⁹⁾	Nora B. Henrikson, et al.	Reducir la IV en madres de niños atendidos por médicos capacitados e incrementar la confianza del médico en comunicación sobre vacunas	PACV	12.6 /9.8 ^h	I
Longitudinal Trends in Vaccine Hesitancy in a Cohort of Mothers Surveyed in Washington State, 2013-2015 ⁽²⁰⁾	Nora B. Henrikson, Melissa L. Anderson, Douglas J. Opel, John Dunn, Edgar K. Marcuse, David C. Grossman	Evaluar la tendencia en la IV de los padres durante los primeros 2 años de vida de sus hijos en una cohorte de madres en el estado de Washington	PACV	9.7 ^d	II-3
Previsit Screening for Parental Vaccine Hesitancy: A Cluster Randomized Trial ⁽²¹⁾	Douglas J. Opel, et al.	Evaluar el efecto de identificar padres con IV, antes de sus visitas de supervisión de salud en la aplicación de vacunas de la infancia	PACV	19.6 ^d	II-3
Validation study of the Parent Attitudes About Childhood Vaccines (PACV) questionnaire: The Malay version ⁽²²⁾	Haizlene Abd Halim, Suraya Abdul-Razak, Mazapuspavina Md Yasin, Mohamad Rodi Isa	Adaptar y traducir el cuestionario original PACV del idioma inglés al idioma malayo y examinar sus propiedades psicométricas	PACV versión malaya	NA	III
Comparative analysis of the Parent Attitudes about Childhood Vaccines (PACV) short scale and the five categories of vaccine acceptance identified by Gust et al ⁽²³⁾	Omolade Oladejo, Kristen Allen, Avnika Amin, Paula M. Frew, Robert A. Bednarczyk, Saad B. Omer	Evaluar cómo las categorías de aceptación de vacunas de Gust et al. corresponden a la escala corta de PACV	PACV escala corta/ HealtStyles survey adoptadas del análisis de Gust et al.	13/15.2 ^c	III



(Tabla 2 continuación...)

Measuring vaccine hesitancy: Field testing the WHO SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy survey tool in Guatemala ⁽²⁴⁾	Gretchen J. Domek, et al.	Proporcionar información sobre la comprensión compartida del constructo VHS usando la herramienta en diversos entornos globales	VHS	1,1	III
Vaccine hesitancy among parents in a multi-ethnic country, Malaysia ⁽²⁵⁾	Fatin Shaheera Mohd Azizi, Yueting Kew, Foong Ming Moy	Evaluar la confiabilidad del cuestionario PACV en idioma malayo; para determinar la prevalencia de IV entre los padres y su asociación con las características sociodemográficas de los padres	PACV versión malaya	11,6	III
Implementing vaccine hesitancy screening for targeted education ⁽²⁶⁾	John T. Connors, Eric A. Hodges, Jennifer D'Auria, Laura Windham	Determinar si usando una herramienta de detección (VHS) en conjunto con proveer pláticas abordando las preocupaciones de los padres afecta la intención de los padres a vacunar	VHS	18.9 ^d	II-3
Parental Vaccine Hesitancy and Declination of Influenza Vaccination Among Hospitalized Children ⁽²⁷⁾	Annika M. Hofstetter, et al.	Determinar la proporción de padres de niños hospitalizados en un hospital pediátrico, que presentan IV y examinar la relación entre IV y la declinación de los padres hacia la vacuna de la influenza para sus hijos durante la hospitalización	PACV modificada para vacuna de la influenza	24	III



(Tabla 2 continuación...)

Vaccine hesitancy in the French population in 2016, and its association with vaccine uptake and perceived vaccine risk–benefit balance (28)	Dominique Rey, et al.	Estimar la prevalencia y correlaciones sociodemográficas de IV en subgrupos de población francesa, e investigar la asociación de IV con la aplicación de vacunas y la percepción de la balanza riesgo beneficio para cuatro vacunas	3 ítems de VHS	46/48 ⁱ	III
Investigating Italian parents' vaccine hesitancy: A cross-sectional survey (29)	Francesco Napolitano, Alessia D'Alessandro, Italo Francesco Angelillo	Evaluar la prevalencia de vacilación vacunal e identificar factores asociados con la IV entre una muestra de padres de niños de entre 2 y 6 años en Italia.	PACV versión en italiano	32,2	III
Prevalence of Vaccine Hesitancy Among Expectant Mothers in Houston, Texas (30)	Rachel M. Cunningham, Charles G. Minard, Danielle Guffey, Laurie S. Swaim, Douglas J. Opel, Julie A. Boom	Evaluar la prevalencia de IV entre futuros padres que recibieron atención obstétrica en clínicas de Houston, Texas.	PACV Modificada para futuros padres.	8	III

^a Indecisión a la vacunación

^b Parental Attitudes about Childhood Vaccines

^c NI nivel intermedio/NAL nivel alto de IV

^d En estudios con pre y postest se tomó el resultado del pretest.

^e No Aplica

^f Niveles de evidencia por tipo de diseño (USPSTF)

^g Vaccine Hesitancy Scale

^h Grupo Control/Grupo Intervención

ⁱ Padres de niños/padres de mujeres adolescentes

Fuente: Elaboración propia

La definición de VH es constante en los estudios siguiendo en su mayoría la definición del SAGE Working Group agregando que es un fenómeno complejo y específico de un contexto que cambia con el tiempo, lugar y el tipo de vacuna. Los cuestionarios o escalas utilizadas que sufrieron modificación para su uso fueron: *Parental Attitudes About Childhood Vaccines* (PACV) $n=12$ (12,15,16,18-22,25,27,29,30) *Vaccine Hesitancy Scale* (VHS) $n=5$ (13, 14, 24, 26, 28) *Survey of*



Vaccine Hesitancy $n=1$ ⁽¹⁷⁾ y un estudio comparativo entre el PACV y *Health Styles Survey* adoptadas del análisis de Gust et al. ⁽²³⁾, $n=1$.

Al consultar la confiabilidad de los instrumentos a través del Alfa de Cronbach, se encontró que el PACV en la versión original en inglés, consta de quince ítems en tres factores: "*seguridad y eficacia*", "*actitudes generales*" y "*conductas*" con alfa de 0,74, 0,84, y 0,74 respectivamente, que miden dimensiones como conductas de vacunación, creencias acerca de la seguridad y eficacia de las vacunas, actitudes acerca de la obligatoriedad y exenciones de vacunación, y confianza. La versión malaya del PACV con un Alfa de Cronbach general de 0,77 y la versión italiana con 0,91 ^(12,15,18-22,25,27,29,30).

El PACV también fue traducido al español, fue revisado por expertos y probado en una población de habla hispana en Estados Unidos ⁽¹⁶⁾. Sin embargo, no se evaluó la validez y confiabilidad del instrumento, pero el hecho de que haya sido revisado por expertos puede otorgar cierto grado de validez. De igual manera el PACV se modificó para ser aplicado en padres de adolescentes con un factor llamado "*seguridad y dudas*" ⁽¹⁸⁾. Para la evaluación del puntaje del PACV fue de 0 a 100 puntos, interpretados de dos maneras; la primera: 0-29 bajo nivel de IV, 30-49 puntos nivel intermedio y >50 nivel alto, la segunda manera: <50 puntos sin presencia de IV y >50 con VH.

La escala VHS desarrollada por el SAGE Working Group en VH es compendio de diferentes versiones las cuales son VHS versión 1,0, VHS escala de Likert de 5 puntos VHS encuesta de preguntas abiertas ⁽¹⁴⁾, a pesar de que las escalas no han sido validadas, en algunos estudios en los que se utilizó se tuvieron resultados favorables en la identificación de padres con VH, se hacen recomendaciones para trabajar en ello. La escala evalúa dimensiones como complacencia, conveniencia y confianza ^(13, 14, 24, 26, 28). Dando un rango de puntaje en la escala de tipo likert de 0 a 50. Una versión modificada en Reino Unido del VHS de 9 ítems consta de factores como "*falta de confianza y percepción de riesgo*" ⁽¹³⁾.

El instrumento desarrollado en China, *Survey of Vaccine Hesitancy* tiene un total de quince ítems, agrupados en tres factores: "*conductas*" con alfa de Cronbach 0,71, "*seguridad y eficacia*" con 0,83, y "*actitudes*" con 0,72 ⁽¹⁷⁾.



En los estudios en los que su objetivo no sólo era desarrollar un instrumento de medición, sino detectar a los padres con HV a través de los instrumentos ya desarrollados, así como aplicar intervenciones para solventar el problema, tuvieron buenos resultados identificando a esta población, ya que en los resultados de los estudios se muestra que desde 1% hasta 48% de la población pudo ser identificada con VH (Tabla 2).

Las variables sociodemográficas de interés en los estudios fueron el género, edad, educación, ingresos económicos, número de hijos, edad de los hijos, empleo y estado civil. Otras variables de estudio fueron el estado de vacunación del hijo y si habían retrasado o rechazado alguna vez la administración de al menos una vacuna, la percepción de las EPV y ESAVI se emplearon de forma correlacional y predictiva, es decir si el resultado obtenido de los instrumentos puede tener efecto en el estado de vacunación del hijo y la probabilidad de que retrasen o rechacen en algún momento la administración de alguna vacuna ^(15,17,18,23,25,27-30).

Las limitaciones de los estudios en general fueron en torno a la falta de validación del instrumento, el tamaño de la muestra con bajo porcentaje de participación a lo esperado o no contaban con muestras representativas de la región del estudio limitando la generalización de los resultados, la posible presencia de sesgo de deseabilidad social en variables como el estatus de vacunación del niño y retraso o rechazo de la aplicación de alguna vacuna ^(12,14,16,18-22,24-30).

Discusión

El PACV fue el instrumento más utilizado entre los estudios analizados y cuenta con validez y confiabilidad probada, ha sido modificado para usarse en situaciones específicas como el tipo de vacuna, padres en diversas situaciones y en distintos países del mundo. En contexto específico de una vacuna, se realizó un estudio para determinar la indecisión hacia la vacuna anti-influenza por parte de los padres durante la hospitalización del hijo ⁽²⁷⁾, haciendo modificaciones mínimas en el PACV sólo para resaltar y dejar en claro la orientación hacia esta vacuna. Los resultados muestran la presencia de VH ya que el 53% de los padres declinaron la vacuna de la influenza durante la hospitalización, en el 24% de los encuestados se obtuvo un puntaje alto de indecisión >50 , y se encontró que una proporción mayor de los padres con puntajes altos declinaron la vacunación en comparación con los que tenían puntajes bajos. Estos resultados



de VH en vacuna contra la influenza tienen concordancia con la definición ya que menciona que puede ser específica de cada vacuna.

El PACV también fue aplicado en futuras madres ⁽³⁰⁾ y detectó que 1 de cada 12 (8%) mujeres embarazadas presenta VH, en un estudio de cohorte ⁽²⁰⁾ se encontró una disminución significativa entre y la proporción de madres con VH 9,7% al nacimiento del hijo vs 5,9% a los 24 meses de edad. Los resultados sugieren que la VH puede disminuir con el tiempo para muchos padres a medida que se acumula experiencia materna con la vacunación. En un estudio usando una versión modificada del PACV para padres de adolescentes ⁽¹⁸⁾ se encontró que sólo 39% expresaron preocupación por las enfermedades prevenibles y 41% expresó preocupación por serios efectos secundarios, y 46% estaban en desacuerdo con que los adolescentes pueden recibir todas las vacunas recomendadas en una sola visita, sólo dos ítems del instrumento fueron asociados con la baja vacunación entre adolescentes. Estos resultados muestran que los niveles de VH están presentes en diferente tiempo, contexto como en futuras madres, padres de niños o adolescentes y de nuevo concuerda con lo establecido en la definición de VH.

El PACV traducido a diferentes idiomas y utilizado en diferentes países, muestra resultados donde la indecisión a las vacunas está presente, en Canadá se encontró entre madres la presencia de VH ya que la media del puntaje fue de 27, con 28,6% con un puntaje intermedio de indecisión y un 15% con un puntaje alto de vacilación ⁽¹⁵⁾. También se encontró una tendencia lineal significativa entre el puntaje de VH y la intención de vacunar a su hijo. En un estudio con intervención basada en entrevistas motivacionales para reducir la VH ⁽¹²⁾ se describió que después de la intervención, la población con VH más baja aumentó de 55,9% a 78,8% (aumento del 41%), mientras que aquellos con niveles intermedios disminuyeron de 44,1% a 21,1%, el 15,6% de la población mostró un nivel alto y disminuyó a sólo 5,2% después de la intervención. Se puede observar una proporción similar en los dos estudios en la proporción de padres que presentan niveles altos de indecisión tomando en cuenta la medición pretest en el estudio intervención. En Italia ⁽²⁹⁾ la media para el puntaje del PACV en italiano fue de 45,8 con 34,7% padres con niveles altos de VH, a los que fueron asociados variables como ser madre, joven, bajo nivel de educación, creer que las EPV no son graves, preocupación por efectos secundarios. Y describieron que la razón más frecuente para rechazar o retrasar las vacunas



fue la falta de recomendación por parte de los pediatras (35,1%). En Malasia de acuerdo con el PACV ⁽²⁵⁾ el 11,6% fueron catalogados como padres con VH y fueron asociados con las siguientes características: padres sin empleo, con hijos menores, no musulmanes y madres esperando su primer hijo, lo que sugiere que los factores asociados a la VH pueden variar respecto a las características de la población de cada país. En el estudio efectuado en Washington donde evaluaron una intervención de entrenamiento en comunicación para médicos ⁽¹⁹⁾, se detectó al inicio VH en los grupos control (12,6%) e intervención (9,8%). El funcionamiento del PACV en diferentes países e idiomas y su capacidad para detectar a padres con VH es óptimo y demuestra ser un instrumento válido y confiable en diferentes lugares, contextos más allá de la puntuación del alfa de Cronbach, así mismo, el lugar diferenciará las variables sociodemográficas y de estudio que puedan ser asociadas y relacionadas con los puntajes del PACV.

En cuanto al VHS es un instrumento que se encuentra en desarrollo, el cual tiene por objetivo ser un instrumento global avalado por la OMS para medir la VH ^(10,14), sin embargo, en el Reino Unido ⁽¹³⁾ en un estudio de modificación de la encuesta se encontró que el 4% de la muestra respondió con indecisión en todos los ítems y el 19% al menos en uno. En Guatemala ⁽²⁴⁾, la escala VHS en tipo Likert mostró que ningún padre había rechazado alguna vacuna, y sólo 1,1% han vacilado alguna vez, ninguno piensa en alguna razón para no vacunar, pero sí se detectaron pensamientos de indecisión, de ellos 3 (0,4%) no creen que las vacunas protejan de enfermedades graves, el 59% de los padres piensa que los hijos de otras personas no tienen todas las vacunas recomendadas, lo cual sugiere que la encuesta tiene limitaciones para identificar comportamientos de indecisión y puede ser difícil de comprender pero muestra que pensamientos y creencias hacia la VH pueden estar presentes. Sin embargo, en Francia ⁽²⁸⁾ se usaron 3 ítems de la encuesta y se identificó presencia de VH entre padres de niños y mujeres adolescentes, respecto a vacunación de sus hijos fue de 46% al 48% y fue significativamente asociada a variables demográficas como educación, bajo ingreso, y una pobre percepción en EPV. En padres con al menos un hijo de 10 a 15 años fueron más propensos a ser indecisos que padres con hijos menores, los niveles fueron significativamente más bajos en personas con reporte de vacunación de sarampión y hepatitis en sus hijos. Esto sugiere que la VHS tiene los elementos y capacidades para poder detectar la VH, aunque son necesarios más estudios sobre todo de validación, para que pueda cumplir



completamente con el objetivo de ser utilizado globalmente como lo recomienda el SAGE Working Group en VH de la OMS.

Las investigaciones donde se desarrolló alguna intervención enfocada a modificar los niveles de VH, a través de técnicas basadas en entrevistas motivacionales, entrenamiento en comunicación para médicos para tratar con las inseguridades de los padres hacia la vacunación, detección precoz de los padres con indecisión antes de la visita de salud de su hijo y proveer pláticas acerca de las preocupaciones de los padres ^(12,19,21,26). El éxito o fracaso del estudio se debió al diseño de la intervención y no a la capacidad de detectar los niveles de VH. Las limitaciones en cuanto a los instrumentos fue que en algunos estudios donde se modificó el instrumento no se evaluó la validez y confiabilidad, pudiendo afectar la validez del constructo. Los autores mencionaron que a pesar de no haber medido la validez y confiabilidad en algunas versiones modificadas de los instrumentos y considerando los resultados, son herramientas que permitieron detectar a padres que presentan VH ^(14,16,22,24,26,29,30).

Conclusiones

El PACV de Opel es el instrumento confiable y validado, siendo usado y modificado en diferentes contextos midiendo de forma efectiva la VH. El VHS del SAGE Working Group en VH es un instrumento potencial para medir la VH, se recomienda hacer estudios de validación de esta escala para ampliar las opciones para evaluar este fenómeno. Las variables que principalmente se asociaron a la VH son el estado de vacunación del hijo, educación, número de hijos, baja percepción de EPV. Los estudios sobre VH en América Latina son escasos, pero necesarios, ya que pueden contribuir a elaborar estrategias para mejorar la cobertura de vacunación en la región de Las Américas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses en la realización y publicación de este trabajo.

Financiamiento

No se recibió ningún financiamiento para la elaboración del presente trabajo.



Referencias bibliográficas

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet] Suiza. 2019. [Citado 2019 Nov 06]. Organización Mundial de la Salud Cobertura Vacunal. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
2. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización en las Américas, Resumen 2019. [Internet]. Washington: Inmunización Integral de la Familia, Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida; 2019 [Citado 2019 Nov 06]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=folleto-inmunizaciones-2646&alias=50554-inmunizacion-en-las-americas-resumen-2019&Itemid=270&lang=es
3. Lopera Pareja EH. El movimiento antivacunas. Argumentos, causas y consecuencias. [Internet] Madrid: Catarata, 2016 [Citado 2019 Nov 06]. Disponible en: https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/IMG/pdf/antivacunas_tripas.pdf
4. Cuesta Cambra U, Gaspar Herrero S. La "reputación online" de la información de vacunas en internet. Historia y Comunicación Social. 2014 [Citado 2019 Nov 06];19:15-29. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_HICS.2014.v19.45007
5. Martínez Diz S, Martínez Romero M, Fernández Prada M., Cruz Piqueras M., Molina Ruano R, Fernández Sierra MA. Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales 43 sanitarios sobre la negativa a vacunar. An Pediatr. [Internet] 2014 [Citado 2019 Nov 06];80(6):370-378. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313003779>
6. Véliz L, Campos C, Vega P. Conocimiento y actitudes de los padres en relación a la vacunación de sus hijos. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2016 [Citado 2019 Nov 06];33(1):30-37. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-
7. Cruz Piqueras M, García de Cortazar AR, Hortal Carmona J, Padilla Bernaldez. Reticencia vacunal: análisis del discurso de madres y padres con 44 rechazo total o parcial a las vacunas. Gac. Sanit. [Internet] 2019 [Citado 2019 Nov 06];33(1):53-59. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301838?via%20%3Dihub>
8. Guadarrama Orozco JH, Vargas López G, Viesca Treviño C. Decisiones de los padres que no arriesgan la vida de sus hijos, pero que los exponen a daños serios: no a las vacunas. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet] 2015 [Citado 2019 Nov 06];72(5):353-357. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.09.007>
9. Domínguez A, Astray J, Castilla J, Godoy P, Tuells J, Barrabeig I. Falsas creencias sobre vacunas. Aten Primaria. [Internet] 2019 [Citado 2019 Nov 06];51(1):40-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.004>
10. MacDonald NESAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine. [Internet] 2015 [Citado 2019 Nov 06] 2015;33(34):4161-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
11. Diccionario Inglés/Español. Barcelona: Editorial Océano. p 199.
12. Gagneur A, et al. Promoting vaccination in maternity wards motivational interview technique reduces hesitancy and enhances intention to vaccinate, results from a multicentre non-controlled pre- and post-intervention RCT-



- nested study, Quebec, March 2014 to February 2015. *Euro Surveill.* [Internet] 2019. [Citado 2019 Oct 11];24(36). Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.36.1800641>.
13. Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine.* [Internet] 2019. [Citado 2019 Oct 11];37(18):2494-2501. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.041>.
14. Larson HJ, Jarrett C, Schulz WS, Chaudhuri M, Zhou Y, Dube E, Schuster M, MacDonald NE, Wilson R. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine.* [Internet] 2015. [Citado 2019 Oct 14];33(34):4165-4175. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.037>.
15. Dubé È, et al. Overview of knowledge, attitudes, beliefs, vaccine hesitancy and vaccine acceptance among mothers of infants in Quebec, Canada. *Hum Vaccin Immunother.* [Internet] 2019. [Citado 2019 Oct 14];15(1):113-120. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1509647>
16. Cunningham RM, et al. Development of a Spanish version of the parent attitudes about childhood vaccines survey. *Hum Vaccin Immunother.* [Internet] 2019. [Citado 2019 Oct 15];15(5):1106-1010. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1578599>
17. Yu Hu, Yaping Chen, Hui Liang, Ying Wang. Reliability and validity of a survey to identify vaccine hesitancy among parents in Changxing county, Zhejiang province. *Hum Vaccin Immunother.* [Internet] 2019. [Citado 2019 Oct 15];15(5):1092-1099. Disponible en <http://doi.org/10.1080/21645515.2019.1572409>
18. Roberts JR, et al. Vaccine hesitancy among parents of adolescents and its association with vaccine uptake. *Vaccine.* [Internet] 2015. [Citado 2019 Oct 16];33(14):1748-1755. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.01.068>
19. Henrickson NB, et al. Physician Communication Training and Parental Vaccine Hesitancy: A Randomized Trial. *Pediatrics.* [Internet] 2015. [Citado 2019 Oct 17];136(1):70-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3199>
20. Henrikson NB, Anderson ML, Opel DJ, Dunn J, Marcuse EK, Grossman DC. Longitudinal Trends in Vaccine Hesitancy in a Cohort of Mothers Surveyed in Washington State, 2013-2015. *Public Health Reports.* [Internet] 2017. [Citado 2019 Oct 21];132(4):451-454. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0033354917711175>
21. Opel DJ, Henrikson N, Lepere K, et al. Previsit Screening for Parental Vaccine Hesitancy: A Cluster Randomized Trial. *Pediatrics.* [Internet] 2019 [Citado 2019 Oct 21];144(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0802>
22. Abd Halim H, Abdul-Razak S, Md Yasin M, Isa MR. Validation study of the Parent Attitudes About Childhood Vaccines (PACV) questionnaire: The Malay version. *Hum Vaccin Immunother.* [Internet] 2019 [Citado 2019 Oct 22]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1674112>
23. Oladejo O, Allen K, Amin A, Frew PM, Bednarczyk RA, Omer SB. Comparative analysis of the Parent Attitudes about Childhood Vaccines (PACV) short scale and the five categories of vaccine acceptance identified by Gust et al. [Internet] *Vaccine.* 2016. [Citado 2019 Oct 24];34(41):4964-4968. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.08.046>
24. Domek GJ. Measuring vaccine hesitancy: Field testing the WHO SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy survey tool in Guatemala. *Vaccine.* [Internet] 2018. [Citado 2019 Oct 25];36(35):5273-5281. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.07.046>



25. Mohd Azizi FS, Kew Y, Moy FM. Vaccine hesitancy among parents in a multi-ethnic country, Malaysia. *Vaccine* [Internet]. 2017 May 19 [Citado 2019 Oct 25];35(22):2955–2961. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.04.010>.
26. Connors JT, Hodges EA, D'auria J, Windham L. Implementing vaccine hesitancy screening for targeted education. *J Am Acad Nurse Pract*. 2018. [Internet]. 2018 [Citado 2019 Oct 28];30(8):450–459. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000056>
27. Hofstetter AM, et al. Parental Vaccine Hesitancy and Declination of Influenza Vaccination Among Hospitalized Children. *HOSPITAL PEDIATRICS*. [Internet] 2018. [Citado 2019 Oct 29];8(10):6628-6635. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0025>
28. Rey D, Fressard L, Cortaredona S, Bocquier A, Gautier A, Peretti-Watel P, Verger P, on behalf of the Baromètre santé 2016 group. Vaccine hesitancy in the French population in 2016, and its association with vaccine uptake and perceived vaccine risk–benefit balance. *Euro Surveill*. [Internet] 2018 [Citado 2019 Oct 30];23(17):pii=17-00816. Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.23.17.17-00816>
29. Napolitano F, D'Alessandro A, Angelillo IF. Investigating Italian parents' vaccine hesitancy: A cross-sectional survey. *Hum Vaccin Immunother*. [Internet] 2018. [Citado 2019 Nov 04];14(7):1558-1565. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.146394>
30. Cunningham, Rachel M. et al. Prevalence of Vaccine Hesitancy Among Expectant Mothers in Houston, Texas. *Academic Pediatrics*. [Internet] 2018 [Citado 2019 Nov 04];18(2):154-160. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.08.003>

Cómo citar este artículo: Bernal-Vaquera BM, Morales-Jínez A, Moreno-Pérez NE. Indecisión a las vacunas: una revisión sistemática para abordar el fenómeno en Latinoamérica. *SANUS* [Internet]. 2021 [citado el dd mm aa]; 6: e182. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi1.182>




Instrumentos para medir competencias en enfermería: revisión sistemática


Instruments to measure nursing competencies: systematic review

Instrumentos para medir competências de enfermagem: revisão sistemática


Lucero Vallejo-Gómez¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0382-7559>


Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz^{2*}

 <https://orcid.org/0000-0002-7979-4215>


Vanesa Jiménez-Arroyo³

 <https://orcid.org/0000-0003-3413-3947>

Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-1528-3077>

Mayra Itzel Huerta-Baltazar⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-0908-424X>

1. Estudiante de Maestría en Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería.
2. Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería.
3. Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería.
4. Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería.
5. Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería.

*Autor para correspondencia: madejesus.ruiz@umich.mx

Recibido: 14/04/2020

Aceptado: 18/01/2021

Resumen

Introducción: Es de especial interés evaluar las competencias profesionales en la educación superior y contar con instrumentos o escalas en enfermería válidos y confiables que identifiquen las competencias existentes y las que se adquieran durante el proceso de estudiante a profesional. **Objetivo:** Identificar los instrumentos con validez y fiabilidad que existen para medir competencias integrales en estudiantes y profesionales de enfermería. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos PubMed, Scielo, Redalyc y con método de bola de nieve; se analizaron artículos publicados entre 2000 y 2020 en idiomas inglés, español y portugués; se utilizaron los términos "competencias en enfermería", "instrumentos de medición", "construcción y validación", "escalas de medición de competencias" y "validez y fiabilidad" de acuerdo a los descriptores DeCS y MeSH. **Resultados:** 15 artículos cumplieron los criterios de inclusión. Se reportó que 66% fueron instrumentos originales; la media de ítems fue de 41.5; 80% fueron publicados en inglés; 33% en países asiáticos, 20% en países nórdicos y 20% en Brasil; todos reportaron confiabilidad y validez para valorar propiedades psicométricas; 26% utilizaron la teoría de Patricia Benner como referente teórico; la población de estudio fueron estudiantes, profesionales y especialistas en enfermería; se utilizaron diferentes temas y especialidades de enfermería para evaluar las competencias. **Conclusiones:** Se diseñan y adaptan transculturalmente instrumentos de medida para competencias en enfermería, aunque no existe uniformidad en la aplicación de las pruebas estadísticas.

Palabras clave: Educación Basada en Competencias; Enfermería; Encuestas y cuestionarios (DeCS).

Abstract

Introduction: It is of special interest to evaluate professional competencies in higher education and to have valid and reliable instruments or scales in nursing that identify existing competencies and those that are acquired during the process from student to professional. **Objective:** To identify the instruments with validity and reliability that exist to measure comprehensive competencies in nursing students and professionals. **Methodology:** A systematic review was carried out in the databases PubMed, Scielo, Redalyc and with snowball method; articles published between 2000 and 2020 in English, Spanish and Portuguese were analyzed; the terms "competencies in nursing", "measurement instruments", "construction and validation", "competency measurement scales" and "validity and reliability" were used according to the descriptors DeCS, and MeSH. **Results:** 15 articles met the inclusion criteria. It was reported that 66% were original instruments; the mean number of items was 41.5; 80% were published in English; 33% in Asian countries, 20% in Nordic countries and 20% in Brazil; all reported reliability and validity to assess psychometric properties; 26% used Patricia Benner's theory as a theoretical reference; the study population were students, professionals and nursing specialists; different nursing subjects and specialties were used to assess competencies. **Conclusions:** Measurement instruments for nursing competencies are designed and adapted cross-culturally, although there is no uniformity in the application of statistical tests.

Key words: Competency-based education; Nursing; Surveys and questionnaires (DeCS).

Abstrato

Introdução: É de especial interesse avaliar as competências profissionais no ensino superior e ter instrumentos ou escalas válidas e confiáveis em enfermagem que identifiquem as competências existentes e aquelas que são adquiridas durante o processo de estudante a profissional. **Objetivo:** Identificar os instrumentos com validade e confiabilidade que existem para mensurar competências abrangentes em estudantes e profissionais de enfermagem. **Metodologia:** Foi realizada revisão sistemática nas bases de dados PubMed, Scielo, Redalyc e com método snowball; foram analisados artigos publicados entre 2000 e 2020 em inglês, espanhol e português; foram analisados artigos publicados entre 2000 e 2020 em inglês, espanhol e português; os termos "competências em enfermagem", "instrumentos de medição", "construção e validação", "escalas de medição de competência" e "validade e confiabilidade" foram utilizados de acordo com os descritores DeCS, MeSH. **Resultados:** 15 artigos atenderam aos critérios de inclusão. Foi relatado que 66% eram instrumentos originais; o número médio de itens

foi de 41,5; 80% foram publicados em inglês; 33% nos países asiáticos, 20% nos países nórdicos e 20% no Brasil; todos relataram confiabilidade e validade para avaliar propriedades psicométricas; 26% utilizaram a teoria de Patricia Benner como referencial teórico; a população do estudo foram estudantes, profissionais e especialistas em enfermagem; diferentes disciplinas e especialidades de enfermagem foram utilizadas para avaliar as competências. Conclusions: Measurement instruments for nursing competencies are designed and adapted cross-culturally, although there is no uniformity in the application of statistical tests.

Palavras-chave: Educação baseada em competências; Enfermagem; Pesquisas e questionários (DeCS).

Introducción

Desde hace ya varios años el concepto de competencias se ha integrado a los planes curriculares de las instituciones de educación superior (IES) ⁽¹⁾ de México y el mundo; por lo que en el ámbito europeo se definió el proyecto Tuning, que se desarrolló de acuerdo con las necesidades educativas existentes de 1999 y atendiendo a objetivos muy específicos. Se convirtió en un proyecto que trascendió las fronteras europeas y se adaptó a las necesidades de las IES en Latinoamérica ^(2,3).

Sin embargo, no existe una definición estándar de competencias, sino que es un tema que se ha abordado en diferentes contextos y sectores de la educación superior. En específico, en el área de enfermería se han realizado estudios que demuestran la importancia de definir las cualidades que deben adquirir los profesionales de enfermería ⁽⁴⁾, y se estimula a las instituciones educativas para incorporar el aprendizaje centrado en el estudiante mediante planes de estudio con enfoque en competencias ⁽⁵⁾.

A pesar de un avance en esta temática, aún existen discrepancias entre las disciplinas que lo abordan, pues existen diferentes enfoques, como el funcionalista, constructivista y conductista, que no integran totalmente la gestión de competencias en el ámbito educativo y que refleja una fragmentación al privilegiar el aspecto cognitivo sobre los aspectos afectivos ⁽⁶⁾ cuando se traslada a las competencias laborales, un aspecto esencial en la profesión de enfermería.

Enfermería por su parte no es ajena a las competencias, debido en gran medida a la exigencia de disponer de profesionales competentes y capaces de llevar a cabo el cuidado de manera humanista y altruista para el beneficio de la persona, la familia y la comunidad. Por lo que para enfermería, la necesidad

de ser competentes se inicia desde la formación universitaria, donde las IES se convierten en el pilar principal para el logro de este objetivo, lo que se refuerza con el proyecto Tuning, donde las competencias representan una combinación de conocimientos y habilidades, que permite contar con profesionales que puedan hacer frente a las necesidades de la sociedad con competencias genéricas y específicas ⁽³⁾.

Las competencias básicas con las que debe contar la enfermera se definen como su capacidad para realizar su práctica con base en el conjunto de conocimientos generales y específicos asociados con las habilidades y actitudes que resultan no solo de sus conocimientos, sino de sus acciones como profesionales con sentido humano ⁽⁷⁾.

Las competencias en enfermería, por tanto, requieren que su quehacer cotidiano, el cuidado, esté sustentado en el plano cognitivo (conocimientos y habilidades) y en el axiológico, con valores que le permitan un desempeño profesional eficiente y responsable con la posibilidad de aplicar su autonomía y flexibilidad para individualizar el cuidado⁽⁸⁾.

En ese sentido, el enfoque por competencias adquirido por las IES es un modelo que no sólo forma parte de la estructura curricular, sino también se convierte en un elemento indispensable que impacta de manera directa, en cuanto a enfermería, en los servicios de salud mediante el aseguramiento de la calidad del cuidado, la seguridad del paciente y el costo-beneficio ⁽⁹⁾. Por esta razón, los profesionales de enfermería requieren demostrar, mediante procesos de certificación, las competencias que validen su actuar profesional y le permitan abordar los problemas de salud a los que se enfrenta de manera competente.

Cabe resaltar que las enfermeras viven un proceso de adquisición de competencias que inicia durante su formación en el pregrado y se incrementa de manera importante durante el servicio social, período de tiempo trascendental para los prestadores de servicio social (PSS), quienes se insertan en unidades de salud de primero y segundo nivel de atención, educativas, empresas, entre otras, durante un año; permitiéndoles poner en práctica lo aprendido durante su formación educativa, resolver las necesidades de la sociedad y adquirir competencias específicas de la profesión ⁽¹⁰⁾.

Para dar una idea de la importancia de los prestadores de servicio social, en México en 2011 se registraron 23 313 PSS en el Sistema Nacional de Salud distribuidos en la Secretaría de Salud (17 206), Instituto Mexicano del Seguro Social (3 931), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (578), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) nacional (132), entre otros ⁽¹¹⁾.

Si bien es cierto que los PSS no deberían cubrir las necesidades laborales de las instituciones de salud a la que se encuentran adscritos, en la realidad se convierten en un recurso humano fundamental de las plantillas laborales ⁽¹²⁾ y efectúan, con las particularidades de cada institución, prácticamente todas las funciones y actividades de una enfermera, de ahí que resulte fundamental la evaluación de las competencias que adquieren durante el año el que los estudiantes realizan sus prácticas profesionales o servicio social.

En consecuencia, realizar la evaluación del aprendizaje en los PSS se considera primordial para las IES formadoras de recursos humanos en salud, debido a que repercute tanto en el proceso como en los resultados del Servicio Social (SS). De igual modo, hacerlo permite a los estudiantes identificar el grado de competencias que han adquirido, las capacidades que poseen para la resolución de tareas y la identificación de puntos débiles y fuertes en su desempeño en el área asistencial, administrativa, docente y de investigación ⁽¹³⁾.

A ese respecto, cabe señalar que desde hace varios años en México el Centro Nacional para la Evaluación Superior (CENEVAL) realiza una evaluación válida y confiable en el ámbito nacional de las competencias profesionales de los recién egresados de enfermería. Sin embargo, no existen suficientes antecedentes publicados que ofrezcan evidencia de la aptitud clínica que los estudiantes tienen al inicio y al final del SS ⁽¹²⁾.

En consecuencia, en enfermería resulta importante disponer de instrumentos o escalas que permitan evaluar objetivamente los atributos que integran los constructos y dimensiones cada vez más complejos de las competencias en pasantes en enfermería ⁽¹⁴⁾ y que reúnan los criterios de validez y fiabilidad requeridos,

de tal manera que se definan puntualmente los escenarios del desempeño y actuación profesional que permita la comparabilidad en todos los sentidos, inter e intrainstitucionales ⁽¹⁵⁾.

Actualmente no se dispone de un instrumento de referencia para la medición de las competencias en los PSS en la práctica asistencial, administrativa, docente y de investigación. Una razón es la dificultad que existe para medir las competencias de manera integral; otra es la complejidad para medir el cuidado debido a la "concepción holística de las competencias" y a "lo complejo del accionar disciplinario". Por tanto, desde el ámbito educativo existe la necesidad de definir "estrategias o modelos efectivos de evaluación" en PSS que permitan evidenciar la adquisición de competencias ⁽⁹⁾. De manera específica, es necesario identificar la mejor evidencia existente sobre instrumentos con la temática de competencias en enfermería

Debido a lo anterior, el objetivo de este trabajo fue identificar la evidencia empírica sobre la construcción, validación, fiabilidad y/o adaptación transcultural de instrumentos que miden competencias en estudiantes y profesionales de enfermería.

Metodología

Este estudio se trató de una revisión sistemática siguiendo las directrices de PRISMA-P 2015, realizando la búsqueda en las bases de datos Cochrane, PubMed, CONRICyT, BVS, LILACS, Science Direct y Redalyc publicados durante el período de 2000 a 2020. Se elaboró la pregunta de investigación con el formato CPC (Concepto, Población y Contexto) propuesto por el Instituto de Joanna Brigs, donde el Concepto es "instrumentos que miden competencias profesionales integrales", la Población son "estudiantes y profesionales de enfermería" y el Contexto son "fiabilidad y validez".

La estrategia de búsqueda se realizó con las palabras clave en español, inglés y portugués con las raíces "competencias en enfermería" e "instrumentos de medición"; descriptores secundarios "servicio social" y "estudiantes de enfermería"; y los descriptores marginales "construcción y validación", "escalas de medición de competencias" y "validez y fiabilidad" de acuerdo a los descriptores DeCS y MeSH.

Los artículos consultados para este estudio se encontraron en las bases de datos Science Direct, PubMed y Redalyc; además del método de búsqueda "bola de nieve". Las estrategias de búsqueda utilizadas fueron las siguientes: en PubMed se utilizó el algoritmo "((competence nurse) AND (validation OR reliability)) AND test nursing AND development" (8 estudios); en la base de datos Science Direct se utilizó el algoritmo "(Competencies nurses AND students nurses) AND (scale OR validation AND reliability) AND development" (2 estudios); en la base de datos Redalyc se utilizó el algoritmo "competencias en enfermería" AND "validación" and "instrumentos" (1 estudio); para la base de datos Scielo se realizó la búsqueda con el algoritmo "competencias" AND "enfermería" [Palabras] and instrumentos [Palabras] (1 estudio); y, finalmente, se localizaron 3 estudios con el método bola de nieve.

Los criterios de inclusión se definieron de acuerdo con la propuesta de Del Pino ⁽¹⁶⁾. Para los participantes: enfermeras y estudiantes de enfermería; para la variable de estudio: instrumentos o escalas para medir competencias en enfermería, instrumentos o escalas con descripción de las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) y artículos con el desarrollo del proceso de adaptación transcultural de la escala; período de selección: 2000 a 2020; idiomas: español, inglés y portugués; artículos en acceso abierto; y, con respecto al tipo de publicaciones: sólo artículos de revistas.

Se excluyeron artículos que se limitaban a describir las competencias de enfermería, estudios cualitativos o ensayos; se descartaron también tesis, libros, capítulos de libros, conferencias y documentos gubernamentales.

Resultados

En total, se recuperaron 1088 artículos con las estrategias de búsqueda definidas además de cuatro referencias obtenidas por el método de bola de nieve; se eligieron 77 artículos para su análisis; después de la lectura de los resúmenes realizada por dos expertos de manera independiente, se eliminaron 18 porque no incluían el instrumento, 20 que no medían competencias en enfermería y 22 que no correspondían a la

profesión (figura 1). Finalmente, la muestra fue de 15 artículos que cumplieron los criterios establecidos (tabla 1).

La mayoría de los estudios analizados que describen instrumentos o escalas de competencias fueron publicados en lengua inglesa (80%) y el restante en español (España y México) y portugués (Brasil).

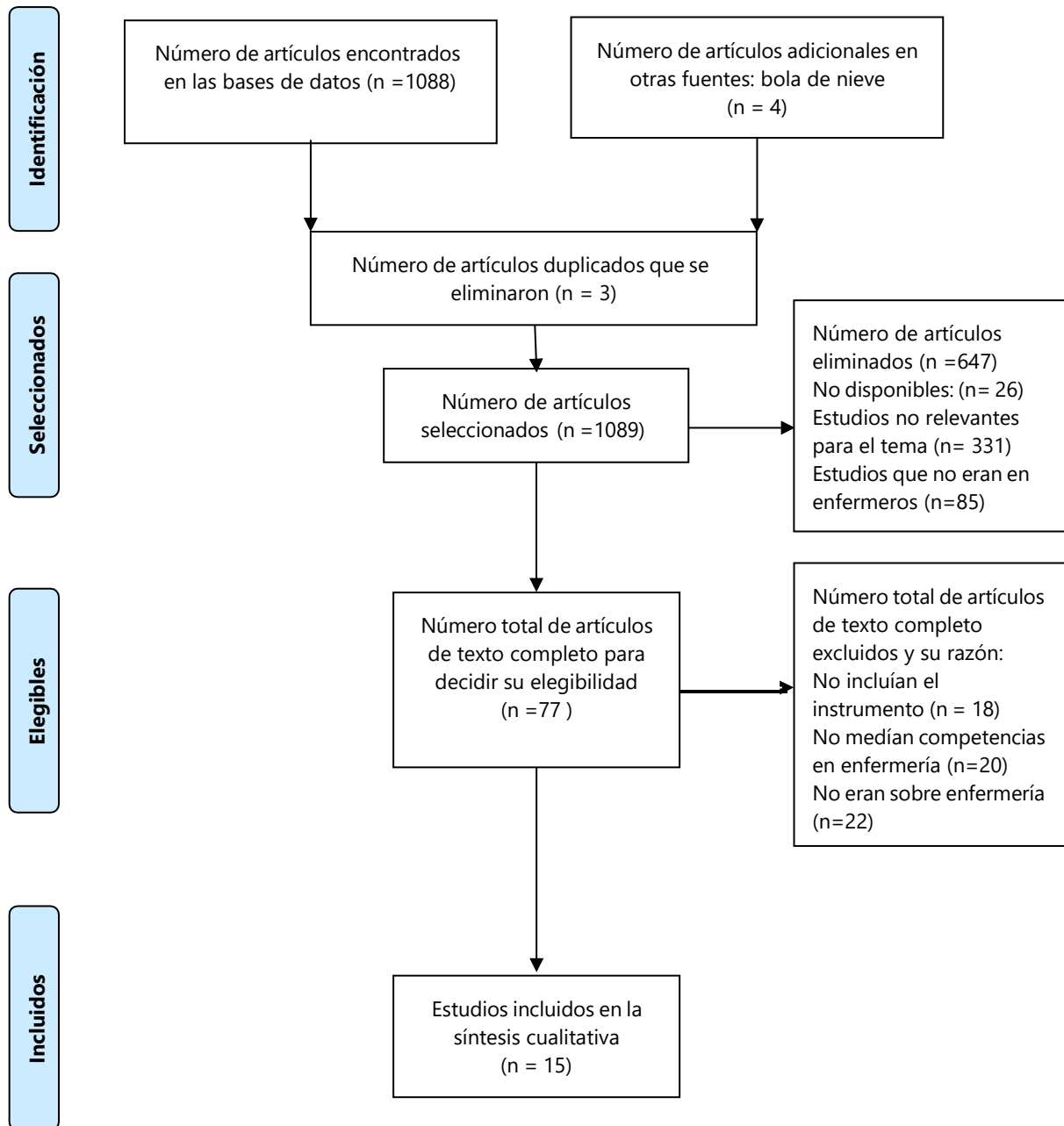
A medida que transcurre el tiempo se observa que la elaboración de instrumentos sobre competencias en enfermería se incrementa, y en esta revisión 60% de ellos fueron publicados en los últimos cinco años.

De acuerdo al país del artículo, se identificó que la mayoría fueron elaborados en países asiáticos (Taiwán y Korea [33%]), nórdicos (Suecia, Noruega y Finlandia [20%]) y Brasil (20%); el resto incluye a países como España, México, Canadá y Estados Unidos (6.6%).

En cuanto a la población de estudio, la mayoría de los instrumentos (46.6%) fueron dirigidos a enfermeras generales y en menor porcentaje a especialidades de enfermería como pediatría, oncología y psiquiatría; 26.6% se enfocó en estudiantes; uno de los estudios tuvo como muestra a las dos poblaciones (enfermeras y estudiantes) y otro más estudió a los prestadores de servicio social.

Debido a la necesidad de contar con escalas de medida específicos en esta temática, 66.6% de los autores de la revisión elaboraron escalas sobre competencias, en tanto que el restante de los estudios presentaron la adaptación transcultural con traducción-retrotraducción de los instrumentos ya existentes utilizando la metodología recomendada por Guillermin y colaboradores ⁽¹⁷⁾ y Beaton y colaboradores ⁽¹⁸⁾; la mayoría de las adaptaciones se efectuó del inglés a otros idiomas (español ⁽¹⁹⁾, portugués ⁽²⁰⁾ y coreano ⁽²¹⁾, aunque también se localizó un instrumento adaptado del sueco al noruego ⁽²²⁾ y uno más en español dirigido a médicos que se adaptó para enfermeras ⁽²³⁾.

Figura 1. Proceso de selección de artículos para esta investigación



Fuente: Adaptado del modelo PRISMA-P 2009 (Moher *et al* ⁽⁴⁰⁾)

Tabla 1. Análisis de los artículos encontrados

Autor, año, país	Nombre del instrumento	Población (Cantidad, lugar, edad y nivel educativo)	Competencias que mide	Dimensiones	Fiabilidad	Validez	Resultados
Nilsson 2020 Suecia	<i>Ambulance Nurse Competence (ANC)</i> 43 ítems	<i>N</i> = 213 179 enfermeras especializadas prehospitalaria y 34 estudiantes de enfermería atención prehospitalaria	Competencias especializadas de ambulancia y atención prehospitalaria	- Atención de enfermería, - atención de enfermería basada en el valor, - atención médica técnica, - atención en el ambiente comunitario, - cuidado en ambientes críticos, - gestión de liderazgo, - supervisión y conducta profesional, - investigación y desarrollo	$\alpha = 0.94$	Validez de contenido - validez de constructo AFE	Se puede utilizar en programas educativos de enfermeras de ambulancia y para identificar brechas de competencia en esta especialidad
Dos santos, Riner y Henriques 2019 Brasil	<i>Questionnaire of competencies of oncology</i> 30 ítems	<i>N</i> = 61 enfermeras oncológicas	Competencias específicas en oncología	- Gestión de cuidados de enfermería - seguridad del paciente y prevención de lesiones - conocimientos y habilidades teóricas y prácticas para trabajar en la unidad de oncología - apoyo a la educación e investigación en oncología - comunicación y habilidades interpersonales	$\alpha = 0.77$	Validación de contenido por expertos IVC = 0.90	Instrumento conciso y claro, Se puede utilizar para facilitar la toma de decisiones por subdimensiones en la educación de enfermería para mejorar la atención al paciente.

				- práctica profesional y documentación de enfermería - liderazgo y trabajo en equipo - gerente de unidad de oncología			
Seo, Min, Seung-Hye y Lee 2019 Korea	<i>Self-Assessment of Nursing Informatics Competencies Scale (SANICS)</i> into Korean (K-SANICS) 30 items	N = 254 estudiantes de enfermería	Autoevaluación de las competencias de enfermería informática	-Habilidades avanzadas para informática clínica, - habilidades básicas de aplicación, - habilidades informáticas básicas, - roles en informática de enfermería, - habilidades para aplicaciones clínicas y - actitud hacia las computadoras en enfermería.	$\alpha = 0.95$	Validez de contenido por expertos IVC=.68 - validez de constructo AFE - validez de criterio con grupos de contraste	Adaptación transcultural Herramienta de evaluación confiable de las competencias informáticas de estudiantes de enfermería y en entorno clínico
Laibhen-Parkes, Kimble, Mazurek Sudia y Codone, 2018 Estados Unidos	<i>Adapted Fresno Test for Pediatric Nurses</i> 11 items	N = 29 GE= 14 GC= 15 licenciadas en enfermería	Competencias en Enfermería Basada en la Evidencia para enfermeras pediátricas	No tiene dimensiones	Fiabilidad interobservador e intraobservador	Validación de contenido por expertos y validez aparente	Adaptación del Fresno a enfermeras pediátricas. Adecuadas propiedades psicométricas
Chen, Lee, Rong, Wu y Liu 2018 Taiwan	<i>The case management competence scale</i> 18 items	N = 285 enfermeras psiquiátricas	Competencias de gestión de casos	- Competencia en facilidad de coordinación y - competencia	$\alpha = 0.78$ a 0.90 Test retest .90-.92 Benner	- Validez de contenido método Delphi IVC= .78-.96 - validez de	Adecuadas propiedades psicométricas. Las enfermeras se encuentran por debajo del nivel de

				de atención directa		constructo AFE - validez discriminante	competencia de acuerdo a Benner
Holanda, Marra y Cuha 2018 Brasil	Evaluación de la Competencia Profesional de Enfermeras en Emergencias 81 ítems	<i>N</i> = 17 enfermeras	Competencia profesional de las enfermeras en emergencias	- Acciones para las prácticas de enfermería en emergencias.	No reporta	Validación por contenido expertos con método Delphi IVC	Validez adecuada para el nivel de competencias en emergencias.
Lin y Wang 2017 Taiwán	<i>Competence Scale for Registered Nurses</i> (PECS-RN) 46 ítems	<i>N</i> = 133 enfermeras profesionales	Competencia en educación para el paciente	- Evaluación de las necesidades y problemas de los pacientes, - desarrollo de planes de educación del paciente, - aplicación de estrategias y métodos de educación del paciente, - ambiente de aprendizaje apropiado, - poseedor de competencia en la práctica profesional y evaluación y retroalimentación.	$\alpha = 0.98$ Test-retest 0.86	Validez de contenido IVC= 0.86 Validez de constructo AFE - validez de criterio	Adecuadas propiedades psicométricas para su aplicación en el campo laboral
Kwiatkoski Mantovani, Pereira, Bortolato-Majo, Mattei y Peres 2017 Brasil	Cuestionario de Competencia Clínica (CCC) 48 ítems	<i>N</i> = 43 estudiantes que terminaban dos cursos de enfermería	Competencias clínicas	- Comportamiento profesional de la enfermera - Competencias y Habilidades	$\alpha = 0.90$ CCI	- validez de constructo IVC=.98	Traducción, adaptación transcultural y obtención de propiedades psicométricas iniciales del instrumento CCQ
González - Ramírez, Matus-	Evaluación de los factores	<i>N</i> = 18 alumnos 8º semestre	Formación integral de los	- Percepción general del programa de	$\alpha = 0.943$	Validez de contenido	Prueba piloto del instrumento

Miranda y Fernández-García 2016 México	determina antes que contribuye a la formación integral de los pasantes de servicio social (FDFIPSS) 53 ítems	en prácticas clínicas	pasantes de servicio social	SS - - estructura - proceso y - resultado		por expertos	, adecuadas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad.
Finnbakk, Wangensteen, Skovdahl y Fagerström 2015 Noruega	<i>Professional Nurse Self-Assessment Scale</i> (ProffNurse SAS) 51 ítems	<i>N = 357</i> enfermeras profesionales	Competencia clínica enfermera	- Práctica clínica directa, - desarrollo profesional, - toma de decisiones éticas, - liderazgo clínico, - cooperación y consulta, y - pensamiento crítico	$\alpha = 0.77$ a 0.94 en dimensiones	Validez de constructo AFE con análisis de componentes principales	Traducción-retrotraducción Fiabilidad y validez aceptable para evaluar las competencias en en primer y segundo nivel de atención y diferentes regiones de Noruega.
Lin, Lee, Ueng y Tang 2015 Taiwán	<i>Nurse Practitioners' Roles and Competencies Scale</i> (NPRCS) 51 ítems	<i>N = 351</i> enfermeros profesionales	Roles y competencias de los enfermeros practicantes	- Profesionalismo, - atención directa, - investigación clínica, - orientación práctica, - asistencia médica, - liderazgo y - reforma	$\alpha = 0.98$	Validez de constructo y de contenido AFE con rotación varimax	Validez y fiabilidad adecuados en enfermeras asiáticas y en ámbito educativo
Kennedy, Tomblin, Martin y Martin 2014 Canadá	Escala de Autoeficacia de Competencia de Enfermería (NCSES) 22 ítems	<i>N = 252</i> estudiantes universitarios	Autoeficacia en las competencias	Autoeficacia para: - competencia en la habilidades y evaluación de la práctica clínica, - competencias en situaciones	$\alpha = 0.91$ Test retest Bandura	- Validez de constructo facial y grupos de contraste - validez de criterio con AFE (KMO y Bartlett)	

				éticas y de cuidado, - la prevención de complicaciones y - el liderazgo			
Ru-Liou y Cheng 2014 Taiwán	<i>Clinical Competence Questionnaire (CCQ)</i> 47 ítems	N = 340 estudiantes de bachillerato en enfermería en un programa de 2 años	Competencia clínica percibida	- comportamientos profesionales de enfermería, - habilidades básicas de enfermería	$\alpha = 0.98$ test-retest Benner	- Validez de contenido facial - validez de criterio - validez de constructo con AFE IVI IVC .80	Adecuadas propiedades de fiabilidad y validez con teoría de Benner
De Pedro Gómez, Morales-Asencio, Sesé, Bennasar, Ruíz y Muñoz 2009 España	Práctica Basada en la Evidencia EBPQ-19 19 ítems	N = 289 enfermeras de atención hospitalaria y de primer nivel de Andalucía y Murcia. Mujeres Edad: 40 - 49	Competencias en la práctica basada en la evidencia	- Conocimiento / habilidades - Práctica - Actitud	$\alpha = 0.89$	Validez de constructo con AFE y AFC	Traducción, retrotraducción y adaptación al español del instrumento EBPQ. Con propiedades psicométricas para su aplicación en población de habla hispana.
Meretoja, Isoaho y Leino-Kilpi. 2004 Finlandia	<i>Nurse Competence Scale (NCS)</i> 73 ítems	N = 498 enfermeras profesionales Benner	Competencias profesionales en enfermeros	- Rol de ayuda, - enseñanza-educación, - funciones de diagnóstico, - gestión, - intervenciones terapéuticas, - calidad del cuidado - rol del trabajo	$\alpha = 0.73$	Validez de contenido con AFE con rotación varimax - constructo - concurrente	Adecuadas propiedades psicométricas para su utilización. A mayor exposición en competencias, mayor el nivel de autoevaluación. Sin relación con edad y experiencia.

Fuente: Elaboración propia

Aunque todos los instrumentos o escalas miden competencias en enfermería, se encontraron diferencias en cuanto a la especialidad; la mayoría se enfocó en competencias clínicas de primero y segundo nivel de atención (26.6%) ^(20, 22, 24, 25), en tanto que los restantes se dirigieron a estudiar competencias en temáticas diversas, que incluyeron informática⁽²¹⁾, emergencias ⁽⁷⁾, educación para el paciente ⁽²⁶⁾, gestión de casos ⁽²⁷⁾, oncología ⁽²⁸⁾, enfermería de ambulancias ⁽²⁹⁾, Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) ⁽¹⁹⁾ y EBE pediátrica ⁽²³⁾. Por otra parte, también se encontraron estudios que miden las competencias de forma integral, uno en prestadores del servicio social ⁽¹⁰⁾, otro en enfermeras tituladas ⁽³⁰⁾ y, finalmente, uno que evalúa la autoeficacia en las competencias de los estudiantes de enfermería ⁽³¹⁾.

En relación con la extensión de la escala, se reportó una $\bar{x}=41.5$ ($DE=8$) ítems, con rangos de 11 a 81; además, en la mayoría los autores estructuraron los instrumentos con dimensiones o categorías que variaron de dos a ocho y sólo dos escalas no tuvieron dimensiones.

Respecto a las propiedades de medición de la escala, los autores realizaron valoraciones psicométricas enfocadas a la validez y confiabilidad (o fiabilidad). En cuanto a la confiabilidad, se utilizaron diferentes métodos para valorarla: un estudio aplicó la confiabilidad entre calificadores u observadores ⁽²³⁾, dos más realizaron test-retest ^(26, 27) y los demás utilizaron la prueba estadística alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna.

Por otra parte, para determinar la validez del uso de las escalas, se midieron diversos tipos. Se reportó que 26.6% de los investigadores utilizaron validez de contenido, de constructo y de criterio ^(21, 24, 26, 30); mismo porcentaje de los estudios que emplearon validez de contenido y de constructo ^(23, 25, 29); 6.6% usaron validez de constructo y de criterio ⁽³¹⁾; 20% de los autores realizaron sólo validez de contenido ^(7, 10, 28); igual porcentaje de los que realizaron sólo validez de constructo ^(19, 20, 22); y, finalmente, sólo un estudio realizó validez de contenido, de constructo y discriminante ⁽³²⁾. Cabe señalar que diez de los estudios efectuaron análisis factorial exploratorio o confirmatorio ^(19, 21, 22, 24-26, 29-32).

Respecto a la utilización de un marco conceptual que guiara sistemáticamente el proceso de medición de las competencias, cuatro de los autores consideraron como referente teórico a Patricia Benner ^(20, 24, 30, 32) y uno más refirió en su estudio a la teoría de Alberto Bandura ⁽³¹⁾.

Discusión

Esta revisión sistemática permitió identificar los instrumentos que miden competencias en enfermería, se encontró que la mayoría se dirigen a los profesionales, lo que puede explicarse porque el mercado laboral demanda personal altamente capacitado y es importante evaluarlas constantemente; además, en general las enfermeras recién graduadas cuentan con competencias adecuadas para realizar su práctica a pesar de ser consideradas novatas para cuidados especializados tal como lo señala Benner ⁽³³⁾.

Un aspecto que resalta en esta revisión es la insuficiente creación de instrumentos de medida para la evaluación de las competencias en enfermería, a pesar de la exigencia en los ámbitos local, nacional e internacional del desarrollo de habilidades y actitudes que mejoren la práctica profesional del cuidado ⁽²⁰⁾.

Sin embargo, la incorporación inmediata de los estudiantes de enfermería al ámbito laboral hace que deban estar preparados para dar respuestas adecuadas a las demandas laborales. Por ello, la formación de los estudiantes de enfermería resulta compleja, ya que deben poseer y adquirir conocimientos y habilidades que garanticen el desempeño con calidad, eficiencia y efectividad en la promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación de la persona que atiende, por lo que es ya una exigencia evaluar las competencias de forma integral y en todos los contextos que lo integran ^(15,34).

Adicionalmente, cabría esperar se incrementen los métodos de evaluación en enfermería con enfoque en competencias que integren una visión global ⁽²⁰⁾, especialmente en español y en Latinoamérica, porque actualmente esto no observó en la revisión sistemática, donde las escalas fueron desarrolladas mayoritariamente en países anglosajones y asiáticos.

Un resultado a destacar es el proceso de adaptación transcultural al que fueron sometidos los instrumentos de esta revisión, que respetaron las fases de traducción, retrotraducción, comité de expertos,

prueba piloto y validación. Este proceso resulta fundamental para garantizar que los instrumentos de medición traducidos permitan ser aplicados de manera segura y eficiente en otro país y cultura ⁽³⁵⁾.

Se observa que los instrumentos que existen para medir competencias integrales en estudiantes y profesionales de enfermería aglomeran diversas especialidades de la práctica de enfermería, lo que fortalece la necesidad de contar con instrumentos que identifiquen las competencias en por lo menos tres momentos: uno, cuando los estudiantes acuden a prácticas clínicas y comunitarias; el segundo sería durante el servicio social; y el tercero para las enfermeras durante su ejercicio profesional. Es decir, se vuelve muy importante y significativo distinguir la singularidad de las acciones para una práctica segura, humana y profesional y sin riesgos para el paciente, la enfermera, la institución y la comunidad mediante instrumentos que midan competencias específicas de las enfermeras en su campo de especialización basadas en las acciones que los profesionales desarrollan en su puesto de trabajo combinadas con la verificación de las capacidades de análisis de las diferentes situaciones que se les pueden presentar ⁽³⁶⁾.

En lo que se refiere a la extensión de las escalas, existió una gran variabilidad en el número de los ítems a pesar de que se aconseja brevedad, dado que es más probable que se devuelvan completos los cuestionarios breves que los largos, por lo que en la elaboración de los instrumentos se deben evitar aquellas preguntas que son interesantes para el investigador, pero no necesariamente pertinentes ni indispensables para el proyecto de investigación ⁽³⁷⁾.

Los instrumentos de medida de competencias de esta revisión sistemática se han enfocado en la confiabilidad y validez, dos propiedades de medición más usualmente utilizadas para valorar la calidad de una medida. En ese sentido, los psicometristas y la mayoría de los investigadores de enfermería aceptan que en cuanto a la confiabilidad se midan test-retest (fiabilidad de estabilidad), confiabilidad entre observadores (o fiabilidad interobservador) y consistencia interna (fiabilidad de la homogeneidad) ⁽³⁸⁾. Para las escalas de esta revisión, los autores utilizaron el coeficiente alfa (α) de Cronbach, que es la medida más usada de fiabilidad interna para escalas con múltiples ítems ⁽³⁹⁾.

Respecto a la validez, los investigadores emplearon varias categorías o tipos de los más descritos en enfermería para determinar el grado que cada escala posee. La literatura señala validez de contenido (validez aparente, de expertos, validez factorial), de constructo (grupos de contraste, convergencia y divergencia) y de criterio (validez predictiva y concurrente) ⁽³⁹⁾.

Finalmente, se encontró que la teoría de Patricia Benner fue utilizada como marco de investigación en la mayoría de los artículos analizados, además de la teoría del aprendizaje social de Bandura, lo que apoya la idea de que los estudios no se deben desarrollar en el vacío, sino que debe haber una conceptualización subyacente de los comportamientos y las características de las personas ⁽³⁹⁾.

Conclusiones

En esta revisión sistemática se encontró que gran porcentaje de los estudios evalúan las competencias en temáticas como competencias clínicas y enfermería basada en la evidencia; otras fueron aún más específicos para áreas del conocimiento como oncología, pediatría e informática, así como dirigidos a la población de estudiantes o enfermeras profesionales y especialistas; sin embargo, existe poca evidencia de instrumentos en los que se evalúen las competencias de manera global y en las áreas esenciales de enfermería asistencial, docente, investigación y administración.

Igualmente es de resaltar que sólo uno de los instrumentos está dirigido hacia los prestadores de servicio social. Esto es de llamar la atención porque en México muchos planes de estudios de las IES aún los consideran como estudiantes, además de que los PSS se han convertido en un pilar fundamental en las plantillas de recursos humanos del sector salud.

Se propone la creación de instrumentos o escalas específicas para los PSS debido a las características propias que esta población posee y que cumplan con el proceso metodológico y psicométrico de elaboración.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores presentó conflicto de interés.

Financiamiento

No hubo financiamiento para esta investigación.

Referencias bibliográficas

1. De-Souza-Cruz M, Mariscal-Crespo M. Competencias y entorno clínico de aprendizaje en enfermería: autopercepción de estudiantes avanzados de Uruguay. *Enfermería Global*. [internet]. 2016 [consultado 27 nov 2019]; (41):121-134. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/229551/188421>
2. Pagani R. Tuning Education Educational Structures in Europe. [PDF]. Bilbao: Universidad de Deusto; Diciembre 2006. Disponible en http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/Universities-Contribution_SP.pdf
3. Muñoz G (Coordinador). Educación superior en América Latina: reflexiones y perspectivas en Enfermería. Editor Universidad de Deusto Bilbao. España: [Internet] 2013. 1-91. [consultado 3 mar 2020]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=732784>
4. Dandicourt C. Competencias profesionales para el especialista de Enfermería Comunitaria en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*. [Internet]. 2016 [consultado 3 mar 2020];32(1):16-26. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2016/cnf161c.pdf>
5. Gómez del Pulgar, M. Evaluación de competencias en el espacio europeo de educación superior: un instrumento para el grado en enfermería. [Memoria para el Grado de Doctor; PDF]. [Madrid; Universidad Complutense de Madrid]. 2013. [consultado 4 mar 2020] 593. Disponible en <https://eprints.ucm.es/21343/>
6. Sánchez A, Marrero C, Martínez C. Una Mirada a los Orígenes de las Competencias Laborales. *Ciencias Holguín* [Internet]. 2005 [consultado 4 mar 2020];XI(2):1-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181517957001>
7. Holanda F, Marra C, Cunha I. Assessment of professional competence of nurses in emergencies: created and validated instrument. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Internet]. 2018 [consultado 4 mar 2020]; 71(4):1865-1874. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0595>
8. González M, Ramírez I. La formación de competencias profesionales: un reto en los proyectos curriculares universitarios. *Odiseo, revista electrónica de pedagogía*. [Internet]. 2011 [consultado 3 mar 2020]; 11(16). Disponible en <http://www.odiseo.com.mx/2011/8-16/gonzalez-ramirez-formacion-competencias.htm>
9. Parra D, Tiga D, Domínguez C, Navas J. Evaluación de las competencias clínicas en estudiantes de enfermería. *Rev Cuid*. [Internet] 2016 [consultado 27 mar 2020];7(2):1271-1278. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.322>
10. González-Ramírez P, Matus- Miranda R, Fernández-García V. Factores determinantes en la formación de pasantes en servicio social. Construcción de un instrumento. *Enfermería universitaria*. [Internet]. 2017 [consultado 27 marzo 2020];14(1):3-9. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.10.003>
11. Gobierno del estado de Jalisco. [Página web]. Servicio social de la Carrera de Enfermería [Internet]. 2013 [consultado 30 mar 2020]. Disponible en <https://ssj.jalisco.gob.mx/formacion-de-profesionales/88>
12. Vázquez F. Competencias profesionales de los pasantes de enfermería, medicina y odontología en

- servicio social en México. *Rev Panam Salud Pública*. [internet]. 2010 [consultado 20 mar 2020];28(4):298–304. Disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/edc6/9d425bd9a75da46ca970516a5e2457d50707.pdf>
13. Lima-Rodriguez J, Lima-Serrano M, Ponce-González J, Guerra-Martin M. Diseño y validación de contenido de rúbricas para evaluar las competencias prácticas en estudiantes de Enfermería. *Educación Médica Superior*. [Internet]. 2015 [consultado 27 mar 2020];29(1):119-133. Disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/edc6/9d425bd9a75da46ca970516a5e2457d50707.pdf>
 14. Luján-Tangarife J, Cardona-Arias J. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de Medicina*. [Internet]. 2015 [consultado 18 mar 2020];11(3:1):1-10. Disponible en <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/construccion-y-validacion-de-escalas-de-medicin-en-salud-revisin-de-propiedades-psicomtricas.php?aid=6694>
 15. Gómez del Pulgar M, Pacheco E, González M, Fernández M, Beneit J. Diseño y validación de contenido de la escala "ECOEn". *Index de Enfermería*. [Internet]. 2017 [consultado 25 mar 2020];26(4):265-269. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/481970>
 16. Del Pino R, Frías A, Palomino P. La revisión sistemática cuantitativa en enfermería. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. [Internet]. 2014 [consultado 27 mar 2020];7(1):24-39. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6336945>
 17. Guillermin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J. Clin Epidemiol* [internet]. 1993 [consultado 7 abr 2020];46(12):1417-1432. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
 18. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* [internet]. 2000 [consultado 7 abr 2020];25(24):3136-3191. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/11124735>
 19. De Pedro J, Morales-Asencio J, Sesé A, Bennasar M, Ruiz J, Muñoz F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet]. 2009 [consultado 3 mar 202]; 83:577-586. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400009
 20. Kwiatkoski D, Mantovani M, Pereira EM, Bortolato-Major C, Mattei A, Peres A. Translation and cross-cultural adaptation of the Clinical Competence Questionnaire for use in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2017 [consultado 3 mar 2020]; 25:e2898. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1757.2898>
 21. Seo K, Min Y, Seung-Hye C, Lee H. Evaluation of the Korean version of the self-assessment of nursing informatics competencies scale. *BMC Nursing*. [Internet]. 2019 [consultado 10 mar 2020];18(68):1-9. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0392-5>
 22. Finnbakk E, Wangensteen S, Skovdah K, Fagerström L. The Professional Nurse Self-Assessment Scale: Psychometric testing in Norwegian long term and home care contexts. *BMC Nursing* [internet]. 2015 [consultado 10 mar 2020];14(59):1-13. Disponible en DOI <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0109-3>
 23. Laibhen-Parkes N, Kimble L, Melnyk B, Sudia T, Codone S. An Adaptation of the Original Fresno Test to Measure Evidence-Based Practice Competence in Pediatric Bedside Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. [internet]. 2018 [consultado 10 mar 2020];15(3):230–240. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29729660>

24. Liou S, Cheng C. Developing and validating the Clinical Competence Questionnaire: A self-assessment instrument for upcoming baccalaureate nursing graduates. *J Nurs Educ Pract*. [Internet]. 2014 [consultado 12 mar 2020];4(2):56-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n2p56>
25. Lin L, Lee S, Wen-Neng S, Tang W. Reliability and validity of the Nurse Practitioners' Roles and Competencies Scale. *Journal of Clinical Nursing*. [internet]. 2015 [consultado 12 mar 2020];25:99-108. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13001>
26. Lin L, Wang R. Patient Education Competence Scale for Registered Nurses in Taiwan: Scale development and psychometric validation. *Japan Journal of Nursing Science* [internet]. 2017 [consultado 12 mar 2020];14:117-125. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jjns.12141>
27. Chen S, Lee S, Rong J, Wu C, Liu W. The Development and Psychometric Testing on Psychiatric Nurses of a Nurse Case Management Competence Scale in Taiwan. *The Journal of Nursing Research*. [internet]. 2018 [consultado 10 mar 2020];26(2):72-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000230>
28. Dos Santos F, Riner M, Henriquez S. Brazilian questionnaire of competencies of oncology nurses: construction and test of content validation. *International journal of Nursing Sciences*. [internet]. 2019 [consultado 12 mar 2020]; 6:288-293. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.005>
29. Nilsson J, Johansson S, Nordström G, Wilde-Larsson B. Development and validation of the ambulance nurse competence scale. *Journal of emergency nursing*. [internet]. 2020 [consultado 12 mar 2020];46(1):34-43. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.07.019>
30. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *J Avd Nurs*. [internet]. 2004 [consultado 8 mar 2020];47(2):124-133. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x>
31. Kennedy E, Murphy G, Misener R, Alder R. Development and Psychometric Assessment of the Nursing Competence Self-Efficacy Scale. *J Nurs Educ*. [internet]. 2015 [consultado 26 mar 2020];54(10):550-558. Disponible en: <https://doi.org/10.3928/01484834-20150916-02>
32. Chen S, Lee S, Rong J, Wu C, Liu W. The Development and Psychometric Testing on Psychiatric Nurses of a Nurse Case Management Competence Scale in Taiwan. *J Nurs Res*. [internet]. 2018 [consultado 12 mar 2020];26(2):72-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000230>
33. Carrillo A, Martínez P, Taborda S. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. [internet]. 2018 [consultado 5 abr 2020];34(2):1-14. Disponible en <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522>
34. Luengo-Martínez C, Sanhueza-Alvarado O. Formación del licenciado en Enfermería en América Latina. *Aquichan*. [internet]. 2016 [consultado 15 mar 2020];16(2):240-255. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.11>
35. Lira M, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: Historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev. Med. Clin. Condes* [internet]. 2020 [consultado 7 abr 2020];31(1):85-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.003>
36. Moldes M, Delgado M, González M, Prado L, Álvarez Y, Sardina A. La competencia del profesional de enfermería en la terapia intensiva del Hospital Pediátrico de Matanzas. *Rev Cub Med Int Emerg*. [internet] 2016 [consultado 28 mar 2020];15(2):34-41. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2016/cie162e.pdf>
37. Gerrish K, Lacey A. *Investigación en enfermería*. 5ª ed. España: McGraw Hill; 2006.

38. Waltz C, Strickland O, Lenz E. Measurement in nursing and health research. 5ª ed. New York: Springer; 2017.
39. Grove S, Gray J. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
40. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med [Internet]. 2009 [consultado 7 abr 2020];6(7):e1000097. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>


Cómo citar este artículo: Vallejo-Gómez L, Ruiz-Recéndiz MJ, Jiménez-Arroyo V, Alcántar-Zavala ML, Huerta-Baltazar MI. Instrumentos para medir competencias en enfermería: revisión sistemática. SANUS [Internet]. 2021 [citado el dd mm aa];6:e198. Disponible en: DOI/ Link

Impacto familiar en la recuperación de personas adultas críticamente enfermas: una revisión de la literatura


Family impact on the recovery of critically ill adults: a review of the literature

Impacto familiar na recuperação do adulto criticamente enfermo: uma revisão de literatura


Paula Ceballos-Vásquez^{1*}

 <https://orcid.org/0000-0002-3804-5146>


María Fernanda Campos-Fuentes²

 <https://orcid.org/0000-0002-3101-7070>

Valentina González-Alegría³

 <https://orcid.org/0000-0001-6379-9030>

Camila Lobos-Lavín⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-1128-462X>

1. Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad Católica del Maule.
2. Enfermera Clínica. Especialista en Cuidados Críticos del Adulto de la Universidad Católica del Maule.
3. Enfermera Clínica. Especialista en Cuidados Críticos del Adulto de la Universidad Católica del Maule.
4. Enfermera Clínica. Especialista en Cuidados Críticos del Adulto de la Universidad Católica del Maule.

*Autor para correspondencia: pceballos@ucm.cl

Recibido: 02/05/2020

Aceptado: 08/03/2021

Resumen

Introducción: Las unidades de paciente crítico son descritas por las familias de las personas hospitalizadas como un lugar apartado, con acceso restringido, donde la gravedad y complejidad del usuario es lo primordial. A pesar de contar con evidencia de lo importante que podría ser considerar e incluir a los familiares en la recuperación de las personas críticamente enfermas ha sido subvalorada y difícil de concretar por las condiciones complejas de

estas unidades. **Objetivo:** Identificar en la literatura el impacto que tiene la familia en la recuperación de las personas adultas hospitalizadas en las unidades de cuidados intensivos. **Metodología:** Revisión de la literatura, en las bases de datos CINAHL Complete, Scopus, PubMed y Scielo, en periodo de búsqueda del 2014 al 2019. **Resultados:** Se analizaron 9 artículos y en base a lectura crítica se seleccionaron los aspectos más relevantes para su estudio. Respecto a la distribución por años el 33,3% de los artículos fue publicado el año 2016. Respecto a la distribución geográfica, el 44,4% de los manuscritos seleccionados fueron realizados en Europa. **Conclusión:** Existe una brecha investigativa que relacione el impacto de las familias en la recuperación de los usuarios. Los estudios localizados evidencian datos con tendencias positivas, sin embargo, estos emergen de forma indirecta. Por ello, se propone realizar estudios que entreguen estrategias innovadoras con resultados concretos para verificar dichos beneficios, los cuales sean replicables en otras unidades críticas.

Palabras clave: Rehabilitación; Paciente; Familia; Cuidados críticos (DeCs).

Abstract

Introduction: Critical care units are described by the families of hospitalized individuals as a secluded place, with restricted access, where the severity and complexity of the patient is paramount. Despite evidence of how important it could be to consider and include family members in the recovery of critically ill persons, this has been undervalued and is difficult to achieve due to the complex conditions of these units. **Objective:** To identify in the literature the impact that the family has on the recovery of hospitalized adults in intensive care units. **Methodology:** Literature review in the CINAHL Complete, Scopus, PubMed and Scielo databases, by searching for the 2014 to 2019 period of time. **Results:** 9 articles were analyzed and based on critical reading the most relevant aspects were selected for study. Regarding the distribution by years, 33.3% of the articles were published in 2016. Regarding geographical distribution, 44.4% of the selected manuscripts were written in Europe. **Conclusion:** There is a research gap that relates the impact of the family on the recovery of the patient. The identified studies show data with positive trends. However, these trends emerge in an indirect way. Therefore, it is proposed to carry out studies that provide innovative strategies with concrete results to verify these benefits, which can be applied in other intensive care units.

Key words: Rehabilitation; Patient; Family; Critical Care (DeCs).

Abstrato

Introdução: As unidades dos pacientes críticos são descritas, pelas famílias, dos hospitalizados como um lugar separado, com acesso restrito, em que a gravidade e a complexidade do usuário é prioridade. Embora, exista evidências que poderia ser importante incluir os familiares na recuperação dessas pessoas, criticamente enfermas, isso é subvalorizado e difícil de acontecer, devido as condições complexas dessas unidades. **Objetivo:** Identificar o impacto na literatura que tem a família na recuperação das pessoas adultas hospitalizadas em unidades de cuidado intensivo. **Métodos:** Revisão de literatura nas bases de dados CINAHL completo, Scopus, Pubmed e Scielo. O período da busca foi de 2014 a 2019. **Resultados:** Foi analisado 9 artigos, os aspectos mais relevantes dos estudos foram descritos. Em relação a distribuição temporal, 33,3% foram publicados no ano de 2016. Quanto a distribuição geográfica, 44% das produções foram realizadas na Europa. **Conclusão:** Existe uma lacuna de estudos que relacione o impacto que as famílias causam na recuperação, os dados favoráveis se obteve de



maneira indireta aos estudos encontrados. Se propõe realizar estudos que forneçam estratégias inovadoras, com resultados concretos para verificar os benefícios e que sejam aplicáveis em todas unidades de tratamento crítico.

Palavras-chave: Reabilitação; Paciente; Família; Cuidados Intensivos (DeCs).

Introducción

Las unidades de cuidados críticos son descritas por las familias de los usuarios internados en ellas, como un lugar frío y lejano, con acceso restringido y exclusivo, donde la gravedad y la complejidad de la persona enferma es lo primordial, motivo por el cual se excluye a la familia y entorno, con la idea de otorgar una mejor atención clínica a la persona críticamente enferma ⁽¹⁻³⁾. Autores indican que las unidades de cuidados intensivos se distinguen de otras áreas hospitalarias por una alta proporción de personal por paciente y acceso a equipos tecnológicos avanzados que no están disponibles de forma rutinaria en ningún otro lugar del hospital ⁽⁴⁾. Por lo expuesto, la complejidad de dichas unidades pudiera generar objeciones respecto al acceso libre de las familias, sin embargo, extender las horas de visita en unidades de cuidados intensivos y la participación de la familia en la planificación de los cuidados de la persona críticamente enferma, han sido recomendados por sociedades internacionales y organizaciones sanitarias. Así como lo expone el Comité Nacional Italiano de Bioética (INCB), quien destacó el hecho de liberalizar las políticas de visitas es una expresión concreta del principio de respeto por la persona, y es consistente con los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia ⁽⁵⁾. A la vista de la INCB, basado en el conocimiento científico, la presencia de seres queridos al lado de la cama de ninguna manera constituye una amenaza para el paciente. Por el contrario, tiene un impacto beneficioso tanto en el usuario como en la familia. En particular, la INCB declara que "desde el punto de vista ético es injustificable; a menos que en casos absolutamente excepcionales; no realizar una acción positiva que pueda proporcionar beneficios para el paciente". Solo por motivos éticos y clínicos de riesgos graves para la salud pueden justificar la restricción de visitas ⁽⁵⁾.

A pesar de estas recomendaciones y la evidencia científica, las horas de visita siguen siendo restringidas en la mayoría de las unidades de cuidados intensivos de muchos países ⁽⁶⁾. Estudios revelan la



importancia de involucrar a las familias en el marco de rehabilitación con el propósito de optimizar los resultados. Entre los beneficios probables incluyen redirigir la angustia psicológica familiar a un rol participativo activo, humanizar la enfermedad del paciente y la experiencia de recuperación, apoyando al personal y al sistema de atención médica más allá de las limitaciones del tiempo de terapia ⁽⁷⁾.

Dada la complejidad de las unidades de cuidados intensivos y la necesidad latente de mejorar la salud de las personas críticamente enfermas, se pretende identificar y evidenciar el impacto que tiene la familia en la recuperación de las personas enfermas dentro de estas unidades. Sustentando el positivismo de dicha actividad, se podrán proponer futuros lineamientos y evidencia teórica sostenible que permita establecerla como una herramienta estratégica para brindar un cuidado holístico.

Objetivo

Identificar en la literatura el impacto que tiene la familia en la rehabilitación y recuperación de las personas adultas hospitalizadas en unidades de cuidados intensivos.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura para responder a la pregunta ¿Cuál será el impacto que genera la familia en la rehabilitación de las personas adultas hospitalizadas en la unidad de cuidados críticos?, para estructurar la pregunta se utilizó estrategia PICOT ⁽⁸⁾. Para la revisión, se utilizaron las bases de datos CINAHL Complete, Scopus, PubMed y Scielo con 4 descriptores consultados español e inglés en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). En primer lugar, se seleccionaron los descriptores que se detallan en la Tabla 1. Se puntualiza que Rehabilitation se usó como sinónimo de Recovery, para una búsqueda más amplia.



Tabla 1. Descriptores DeCs y MeSH

Descriptores	MeSH	Descriptores	DeCs
<i>Rehabilitation</i>	Indexado	Rehabilitación	Indexado
<i>Patient</i>	Indexado	Paciente	Indexado
<i>Family</i>	Indexado	Familia	Indexado
<i>Critical Care</i>	Indexado	Cuidados Críticos	Indexado

Fuente: *Elaboración propia.*

Se continuó ingresando a las bases de datos anteriormente mencionadas con el buscador booleano AND, incluyendo las 4 palabras claves en el siguiente orden: rehabilitation AND patient AND family AND critical care, con el fin de hacer una búsqueda general. Se indica que la búsqueda se limitó por los siguientes ítems: publicados entre los años 2014 – 2019, investigaciones originales, categoría adulta y nursing y de exclusión: categoría pediátrica. Las etapas de este manuscrito fueron: planteamiento de la pregunta, búsqueda en la literatura de la información a partir de buscadores y bases de datos electrónicas, análisis de la literatura, redacción de los resultados. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento de elaboración propia que incluyó los siguientes ítems: identificación de los autores, título del artículo, objetivos del manuscrito y resultados o conclusiones relevantes para la revisión y conclusiones.

Así, en CINAHL Complete se obtuvieron un total de 46 artículos, Scopus 353 artículos, PubMed con 632 artículos y finalmente en Scielo 13 artículos. En base a esto se comenzó a limitar las búsquedas a través de los criterios de selección (inclusión y exclusión) y cambio del orden de las palabras claves. Se seleccionaron 4 artículos de CINAHL Complete, 7 artículos de PubMed, 5 artículos SCOPUS y 2 de Scielo. De los 18 artículos ya seleccionados fueron íntegramente leídos en la búsqueda de obtener información respecto del objetivo de la revisión, en donde se realizó un análisis crítico y confirmación de los criterios de inclusión y exclusión por lo que seleccionaron para esta revisión 9 artículos.

Resultados

Respecto a la distribución por años de los artículos seleccionados, se destaca que el 33,3% de ellos fue publicado el año 2016 y un 22,2% el 2019. Respecto a la distribución geográfica, el 44,4% de los manuscritos



seleccionados fueron realizados en Europa, mientras que un 33,3% de los artículos fueron desarrollados en Australia y solo un 11,1% fue desarrollado en Latinoamérica. La tabla 2, detalla cada artículo seleccionado para esta revisión, en orden cronológico de publicación, lo que permitió establecer una lectura comparativa entre ellos, contrastando objetivos y conclusiones obtenidos por cada autor.

Discusión

Esta revisión de la literatura emerge con el objetivo de identificar el impacto que tiene la familia en la rehabilitación y recuperación de las personas adultas hospitalizadas en unidades de cuidados intensivos. En dicha recuperación están involucrados aspectos físicos, psicológicos y experiencias emocionales, tanto de la familia de la persona críticamente enferma como del equipo de salud, en estas interacciones se evidencian ventajas y desventajas, limitaciones, al igual que la relación con la rehabilitación durante la hospitalización como también el alta en la unidad de cuidados intensivos.

Como primer aspecto, se destaca la importancia de fortalecer la investigación en la temática, con la finalidad de comprender mejor a las familias ^(4,7,15). De esta manera ellas, pueden modificar conducta y aportar a la mejora del usuario críticamente enfermo. Ya que es importante saber o conocer como los enfermeros clínicos de las unidades de cuidados intensivos pueden promover un ambiente centrado en la familia, incluyéndola en las actividades de rehabilitación donde corresponda. Los estudios revisados postulan que, para empoderar a las familias en el marco de rehabilitación, se necesita estar abierto y dispuesto a aprender de y con los usuarios y sus familias y comprender que todas estas acciones tienen el potencial de conducir a un mejor resultado ^(9,14). Se recomienda investigación futura para explorar esta área más a fondo ^(7,10). Las autoras postulan que sería interesante y muy necesario desarrollar otros estudios con diversos abordajes, es decir cuantitativos, cualitativos y mixto, que permitan responder a las brechas de conocimiento respecto al impacto que genera la familia en la recuperación de los usuarios con alteraciones críticas de salud para responder a preguntas como: ¿existen beneficios macrohemodinámicos en los usuarios con apoyo familiar en la hospitalización? ¿Cuál es el tiempo que se necesita para su implementación



el apoyo familiar en UCI? ¿Cuántos recursos se necesitan para establecer estrategias sólidas respecto a la incorporación familiar en la recuperación de las personas críticamente enfermas? ¿Deberían desarrollarse, desde el equipo de salud, nuevos protocolos de visitas a las unidades críticas en Chile? ¿Desarrollar más estudios permitirá derribar las barreras visualizadas en este estudio y vivenciadas en lo asistencial?

Tabla 2. Resumen de artículos seleccionados para la realización de revisión narrativa posterior a la aplicación de criterios de inclusión y lectura crítica (n=9).

Nombre del estudio/ Lugar y año de publicación	Objetivos	Conclusión y/o resultados
E.1 From spouse to caregiver and back: a grounded theory study of post-intensive care unit spousal caregiving/ Dinamarca, 2015 ⁽⁹⁾ .	Explorar los desafíos y las actividades de cuidado que deben realizar y enfrentar los cónyuges durante el primer año de recuperación de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.	El cuidador informal (cónyuge) se dirige a cubrir las principales preocupaciones y necesidades de su ser querido para promover su recuperación y al mismo tiempo mantener vida de pareja y social. El estudio evidencia que el cuidador se involucra en un proceso dinámico que consta de 4 elementos: comprometerse con el cuidado del paciente, adquirir habilidades de cuidado, negociar el nivel de cuidado y abandonar gradualmente rol de cuidador en el proceso avanzado de la recuperación. Se destaca el apoyo vital proporcionado por los cuidadores informales y su papel activo en todo el proceso de recuperación. Sin embargo, es necesario brindar apoyo a los familiares y cónyuges posterior al alta por parte de los equipos de salud. Se alienta a los profesionales sanitarios, ya sea intra y extrahospitalarios a ser partícipes en proporcionar información y apoyo desde el ingreso del usuario hasta su recuperación posterior al alta.
E.2 Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto/ Chile, 2016 ⁽¹⁰⁾ .	Evidenciar el impacto de la visitas restrictivas y no restrictivas en la familia y personal de sanitario en la salud de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivo.	Las visitas en las unidades de cuidados intensivos siguen siendo un tema de debate global quedando a criterio de cada institución sanitaria. Este estudio concluye que las visitas no restrictivas generan numerosos beneficios, favoreciendo la recuperación del paciente en lo físico y en lo emocional. Asimismo, en la familia se evidencia una mayor satisfacción con el personal y el sistema sanitario al tener un horario de visita flexible, siempre respetando y dando prioridad a las labores clínicas en el paciente. Como ya se indicó, el sistema de visitas en las unidades dependerá de los protocolos internos de cada hospital y de su cultura, por lo que es necesario gestar nueva evidencia para validar de forma concreta los beneficios de las familias en la recuperación de los usuarios críticamente enfermos.



- E.3** What factors affect implementation of early rehabilitation into intensive care unit practice? - A qualitative study with clinicians/ Australia, 2016 ⁽¹¹⁾.
- Identificar factores (barreras y facilitadores) que influyen en la implementación de la rehabilitación temprana de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.
- La rehabilitación temprana aplicada a las personas hospitalizadas en las unidades de cuidados intensivos tiene beneficios, los cuales conlleva a una recuperación segura, pronta y eficaz. El estudio expone factores que actúan de barreras y o facilitadores para la aplicación de la rehabilitación temprana, de los cuales destacan las expectativas del equipo de salud y el conocimiento previo que estos tienen, al igual que los factores del usuario. Ambos se unen en la importancia de transmitir a los familiares, la importancia de la rehabilitación como proceso vital en la recuperación, siendo la familia un elemento central que repercute en el pronóstico, motivación, sedación, delirio y la relación familiar. Los médicos reconocen la necesidad educativa hacia el equipo de salud como estrategia para nivelar los conocimientos y así reconocer a los familiares como un factor positivo para su recuperación. Por otro lado, se hace mención de las barreras como la falta de tiempo, personal y recursos, estos factores deben cambiar para un plan de mejora a futuro. Finalmente, se reconoce que la rehabilitación no es responsabilidad de una sola disciplina sino más bien de equipo multidisciplinario.
- E.4** Building Bridges between healthcare professionals, patients and families: A coproduced and integrated approach to self-management support in stroke/ Londres, 2016 ⁽¹²⁾.
- Profundizar en la comprensión de cómo el apoyo de autogestión a la familia puede convertirse en área integral del cuidado diario y la rehabilitación.
- La autogestión familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), implica que los profesionales desarrollen habilidades y relaciones de apoyo con la familia de las personas críticamente enfermas para realizar prácticas eficientes que respondan a sus necesidades. Se ha demostrado que este tipo de enfoque ha mejorado los valores, que priorizan la asociación entre usuarios, familiares y profesionales. Existe la necesidad de implementar la autogestión para mejorar el compromiso y éxito con enfoques y métodos, más flexibles y abiertos.
- E.5** Buscando humanizar los cuidados intensivos/ España, 2017 ⁽¹³⁾.
- Exponer los aspectos del proyecto HU-CI humanización desde el paciente, familia y equipo de salud
- Los avances tecnológicos en las UCIs han crecido a pasos agigantados, pero al parecer ha dejado de lado lo más esencial, al usuario y su entorno. Contar una dinámica de trabajo organizada, con líneas estratégicas, actitud de compromiso y humanizada permite tener mayor conciencia ante la vulnerabilidad y necesidad de las personas críticamente enfermas y sus familias. Esto se obtiene a través del Proyecto HU-CI que abarca distintas áreas de trabajo, tales como, horarios de visita, comunicación, bienestar del paciente, participación familiar, entre otras.
- Se puntualiza que la flexibilidad de horarios de visitas y la comunicación como aspectos beneficiosos para los pacientes, familias y personal de salud, siendo los más sencillo de implementar. Este punto se sustenta con la comunicación efectiva, la cuál es la principal necesidad expresada por la familia por la gran carga emocional asociada como el estrés, ansiedad y depresión,



- permitiendo un ambiente de confianza y respeto al sentirse participe en los cuidados y en la toma de decisiones, dando así la posibilidad de contribuir en la recuperación de su familiar críticamente enfermo. Se hace imperativo la búsqueda de mayor evidencia para erradicar políticas arraigadas para distanciar a las familias, y por el contrario, acercarlas a las unidades y hacerlas participes de los cuidados para potenciar la recuperación del usuario.
- E.6** Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients' experiences/ Noruega, 2017 ⁽¹⁴⁾. Investigar cómo experimentaron la recuperación y rehabilitación durante su estadía y al alta los pacientes adultos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos. Los usuarios ingresados en la unidad de cuidados intensivos describen su hospitalización como viajes "irreales y extraños" ya que pasaban de la realidad al delirio. Describen alteraciones físicas y psicológicas durante su estadía. Todos los pacientes afrontaron la UCI de distintas maneras, algunos destacaron elementos que les permitieron hacer recordar como el diario y las fotografías que evidenciaban su estadía en la UCI, mientras que otros preferían olvidar el período y seguir adelante. La entrega de información en folleto fue muy valorada por los usuarios y sus familias, ya que les ayudó a sobrellevar y entender que su experiencia vivida en esta unidad era normal. El estudio consideró que los sobrevivientes de la UCI y sus familias deben ser incluidos en los cuidados a través de entrega de material de información y programas de rehabilitación. Durante su recuperación, se destacó que los pacientes valoraron a los miembros de su familia como su principal fuente de información, sobre todo después de su hospitalización, ya que, con su experiencia de acompañamiento durante la hospitalización y relatos, estos entregaron tranquilidad y apoyo.
- E.7** Engaging Families in Rehabilitation of People Who Are Critically Ill: An Underutilized Resource/ Australia, 2018 ⁽⁷⁾. Explorar el por qué se debe involucrar a las familias en la participación de la recuperación de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos. Existe escasa información con respecto a la incorporación de las familias en la rehabilitación/recuperación de los usuarios de cuidados intensivos. Se menciona la importancia de generar datos para ayudar a comprender mejor cómo las familias podrían apoyar la recuperación. Se destaca que, para empoderar a las familias en un marco de rehabilitación, se necesita estar abiertos y dispuestos de aprender de los usuarios y sus familias, ya que estos tienen potencial de conducir a la mejora de los resultados, por lo cual se debe realizar un cambio en el enfoque del personal de salud a un paradigma centrado en la familia. Se mencionan temas como la rehabilitación, la salud emocional, el apoyo, del compañerismo y la capacidad del personal para realizar esto. Se recomienda investigaciones futuras para explorar más esta área, ya que se deben considerar las barreras.



<p>E.8 Family in Rehabilitation, Empowering Careers for Improved Malnutrition Outcomes: Protocol for the FREER Pilot Study/ Australia, 2019 ⁽¹⁵⁾.</p>	<p>Determinar si la familia es importante en la rehabilitación y si su empoderamiento presenta una mejora en la nutrición de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos.</p>	<p>La familia es un recurso poco utilizado para la recuperación del paciente crítico. La familia en la recuperación y empoderada (FREER), propone establecer una relación entre el cuidador principal y el equipo de salud a cargo para atender las demandas nutricionales, capacitándonos y entregándonos herramientas de cuidado a largo plazo, logrando empoderar al cuidador y darle compromiso. Se fomenta desarrollar investigación atractiva, ya que podría llevar a cambios en las unidades de cuidados críticos.</p>
<p>E.9 Nurture-Empower-Support: A Human-Centered Approach to Understand and Support ICU Families/ USA, 2019 ⁽⁴⁾.</p>	<p>Investigar cómo las intervenciones en las unidades de cuidados intensivos pueden facilitar el apoyo a las familias de pacientes hospitalizados.</p>	<p>Como resultados de este estudio emergen seis clases de necesidades que experimentan los familiares durante el proceso de hospitalización de una persona críticamente enferma, tales como necesidad de apoyo emocional continuo durante la hospitalización, mayor conciencia hacia los familiares por el equipo de salud, la búsqueda de construir relaciones con los profesionales, la necesidad de apoyo al equipo, la necesidad de ser incluidos y formar parte de la atención y la necesidad de cuidar de sí mismos. Por lo que se habla de <i>Nurture-Empower-Support</i> (NES), que describe cómo <i>Nutrir</i>, dando prioridad a proporcionar conocimientos al equipo y familia del cuidado del paciente, <i>Autorizar</i>, ofreciendo y otorgando ayuda suplementaria en base al estado de salud del usuario y <i>Apoyar</i>, a las familias para poder contribuir al equipo de salud y a la persona enferma.</p>

Fuente: Tabla elaborada por las autoras.

Como segundo aspecto relevante, los estudios muestran que existen algunos factores o aspectos claves para fortalecer la recuperación del usuario críticamente enfermo. Autores describen elementos claves para la recuperación de las personas con alteraciones críticas de salud entre los que destacan: a) las expectativas y conocimiento médico incluyendo justificación de la rehabilitación, los beneficios percibidos y el impacto experimentado de los beneficios; b) la evidencia y la aplicación de rehabilitación, incluso cuándo intervenir; c) factores del paciente como el pronóstico, sedación, delirio, cooperación, motivación, objetivos y la presencia de la familia; d) consideraciones de seguridad, tales como estabilidad fisiológica del paciente y la presencia de dispositivos; e) influencias ambientales, como personal disponible, recursos, equipo, tiempo y prioridades en competencia; f) cultura y trabajo en equipo, participación del equipo



multidisciplinario, roles profesionales, comunicación y cultura de la unidad, considerado el punto más relevante. ⁽¹¹⁾ Otros estudios reconocen a la familia como parte central y vital de la persona críticamente enferma. Sin embargo, el problema surge en la práctica clínica (en el día a día de la UCI), ya que las unidades de cuidados intensivos son áreas de alta complejidad, que se caracterizan por ser estresantes y generar una atmósfera emocionalmente lábil, tanto para profesionales como para pacientes y sus familias ^(1-3, 12-13).

Finalmente, la literatura revisada evidencia que se requiere de una gran autogestión de los equipos de salud y las familias, para que no sea arbitrario el ingreso y acceso ⁽¹²⁾, se observan algunas metodologías nuevas, las cuales han sido aplicadas en países desarrollados, por tanto, la implementación de ellas en países en vías de desarrollo o con menor ingreso económico, aún no han sido implementadas ni reportadas para evaluar su eficacia. Por otra parte, se reconoce que, para empoderar a las familias en el marco de recuperación y rehabilitación, se requiere que el equipo de salud cohesionado, disponible y preparado para aprender de los usuarios y sus familias, ya que estos tienen potencial de conducir a la mejora de los resultados ^(11,16) considerando las limitantes posibles que pueden presentarse y el tiempo que se debe tener para aplicar estas medidas. Se puntualiza que, para potenciar estas estrategias de trabajo, se deben realizar cambios con respecto al diseño, infraestructura y organización interna de las unidades de cuidados intensivos para así mejorar el bienestar y privacidad de los usuarios y sus familias, teniendo presente las demandas personales y emocionales de cada uno de los usuarios y sus familias ⁽¹⁾.

Conclusiones

La revisión realizada permite concluir que las unidades de paciente crítico continúan siendo un lugar restringido y de alta complejidad, por tanto, el ingreso de las familias es dificultoso. Si bien, los estudios revelan la importancia de incorporar a la familia en la recuperación del paciente crítico, ya que son reconocidos como un eje importante en este proceso de salud-enfermedad, aún faltan otros aspectos y áreas por investigar como las consecuencias en factores clínicos y hemodinámicos por mencionar algunas,



para lograr demostrar de forma fehaciente por qué no se debe menospreciar el recurso familiar para la mejora de las personas con alteraciones críticas de salud.

De los resultados obtenidos en esta revisión, se destaca de forma indirecta el impacto positivo de la familia en la recuperación de la persona críticamente, sin embargo, aún existe un vacío de evidencia clínica esperada para la aplicación en las unidades de cuidados intensivos, debido alta exigencia de evidencia aplicable y demostrable que estas unidades requieren por su elevada complejidad.

Los estudios seleccionados hacen reflexionar sobre la necesidad de realizar intervenciones educativas al equipo de salud, como una estrategia para comprender la importancia de la recuperación y rehabilitación desde el ingreso del usuario a la unidad de cuidados intensivos, para así transmitir estos conocimientos adquiridos por el equipo a la familia, con el objetivo de entregar mayor confianza y seguridad, fortaleciendo el cuidado. No se puede dejar de mencionar que existen diferentes mecanismos de ejecutar estas medidas de mejora, independientes cuál sea, todo lleva a que se evidencia un impacto significativo en los resultados y las experiencias de los familiares y en los pacientes de forma independientes. Finalmente se señala que es necesario desarrollar futuras investigaciones desde la disciplina de enfermería centrada en cuidados críticos, para así explorar desde la importancia de incorporar a las familias en la recuperación de la persona con alteraciones críticas de salud, que no tan solo tiene influencias en el ámbito emocional, sino también en ámbito clínico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Esta revisión de la literatura no conto con financiamiento para su ejecución.



Referencias Bibliográficas

1. Escudero D, Vina L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio búsqueda aparte. *Med Intensiva*. 2014; 38(6):371-75.
2. Marquez-Herrera M, Carrillo-González G. La experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga (Colombia): un estudio fenomenológico. *Arch Med*. 2015; 15 (1): 95-106.
3. Batista V, Coutinho L, Godoy F, De Freitas Góes H, Misue L, Silva S. Needs of the Relatives of Patients Hospitalized in an Intensive Therapy Unit. *Rev Fund Care online*. 2019; 11: 540-6.
4. Johnson J, Schmitz E, Ramnath V, Weibel N. Nurture-Empower-Support: A Human-Centered Approach to Understand and Support ICU Families. *Pervasive Health'19: Proceedings of the 13th EAI International Conference on Pervasive Computing Technologies for Health care*. 2019 [consultado 17 may 2020]; (SV): 119–28. Disponible en: <https://doi.org/10.1145/3329189.3329247>
5. Giannini A, Garrouste-Orgeas M, Latour, J. What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Med* [Internet]. 2014 [Consultado 17 may 2020]; 40(5), 730–33. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3267-y>
6. Soares M, Silva U, Homena W, Fernandes G, De Moraes A, Brauer L, Lima M, De Marco F, Bozza F, Salluh J, ORCHESTRA (Organizational Characteristics in Critical Care) Study Investigators. Family care, visiting policies, ICU performance, and efficiency in resource use: insights from the ORCHESTRA study. *Intensive Care Med*. 2017; 4(43): 590–91.
7. Haines K. Engaging families in rehabilitation of people who are critically ill: an underutilized resource. *Phys. Ther.* [Internet]. 2018[Consultado 17 may 2020]; 9 (98):737–44. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy066>
8. Peñaherrera C, Soria J. Pregunta de investigación y estrategia PICOT. *Rev. Med. FCM-UCSG*. 2015; 19(1): 66-9.
9. Agard A, Egerod I, Tønnesen E, Lomborg K. From spouse to caregiver and back: a grounded theory study of post-intensive care unit spousal caregiving. *J Adv Nurs*. 2015; 71(8): 1892–903.
10. Anativia Montenegro P, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez M, Quiroga-Toledo N. Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. *Aquichan*. 2016; 16(3): 340-358. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.6>
11. Selina M, Remedios L, Denehy L, Knight L, Beach L, Granger C, et al. What factors affect implementation of early rehabilitation into intensive care unit practice? - A qualitative study with clinicians. *J Crit Care*. 2016;(38):137-43.








12. Jones F, Pöstges H, Brimicombe L. Building Bridges between healthcare professionals, patients and families: A coproduced and integrated approach to self-management support in stroke. *Neuro Rehabilitation* [Internet]. 2016 [Consultado 17 may 2020]; 39: 471–80. Disponible en: <https://doi.org/10.3233/NRE-161379>
13. Heras G, Cruz M, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2017 [Consultado 2021 Feb 28]; 29 (1): 9-13. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170003>
14. Olsen K, Nester M, Hansen B. Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients experiences. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017; 43: 61–7.
15. Marshall S, Van der Meij B, Milte R, Collins C, de van der Schueren M, Banbury M, Warner M, Isenring E. Family in Rehabilitation, Empowering Carers for Improved Malnutrition Outcomes: Protocol for the FREER Pilot Study. *JMIR Res Protoc* [Internet]. 2019 [Consultado 17 may 2020] ;8(4): e12647. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/12647>
16. Govindan S, Iwashyna T, Watson S, Hyzy R, Miller M. Issues of Survivorship are rarely addressed during Intensive Care Unit Stays. *Ann Am Thorac Soc* [Internet]. 2014 [Consultado 17 may 2020]; 4(11): 587–91. Disponible en: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201401-007BC>

Cómo citar este artículo: Ceballos-Vásquez P, Campos-Fuentes M, González-Alegría V, Lobos-Lavín C. Impacto familiar en la recuperación de personas adultas críticamente enfermas: una revisión de la literatura. *SANUS* [Internet]. 2021[citado el dd mm aa]; 6: e201. Disponible en: DOI/link



REVISIÓN

Autoestima y su relación con la conducta sexual de riesgo para el VIH en migrantes: revisión sistemática**Self-esteem and its relationship with sexual risk behavior for HIV in migrants: systematic review****Autoimagem e sua relação com o comportamento sexual de risco para o HIV em migrantes: revisão sistemática**Arodi Tizoc Márquez¹ <https://orcid.org/0000-0001-8175-1268>María Guadalupe Moreno-Monsiváis² <https://orcid.org/0000-0002-7152-0244>Abraham Esquivel-Rubio³ <https://orcid.org/0000-0001-6675-5439>Karina Rivera-Fierro⁴ <https://orcid.org/0000-0001-6529-5709>Annel González-Vázquez^{5*} <https://orcid.org/0000-0003-4976-0345>

1. Doctor en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México.
2. Doctora en Filosofía con especialidad en Administración, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
3. Maestro en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México.
4. Maestra en Ciencias de la Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México.
5. Doctora en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

*Autor para correspondencia: annel.gonzalezvz@uanl.edu.mx

Recibido 04 de junio 2020.

Aceptado 03 de junio 2021

Resumen

Introducción: La situación vulnerable que enfrenta el migrante, trae consigo cambios emocionales que pueden facilitar o dificultar su adaptación a conductas de riesgo, la autoestima puede ser relevante en las conductas sexuales que presenta el migrante. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica sobre la relación de la autoestima y la conducta sexual de riesgo para VIH en migrantes. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática basada en las recomendaciones del protocolo PRISMA. La búsqueda de literatura se realizó en las bases de datos electrónicas, Pubmed, Ebscohost, Scopus, Web of Science y SciELO Citation Index. Para la estrategia de búsqueda se establecieron los DeCS y MeSH, se validó la calidad de la literatura. **Resultados:** Se destaca que la relación de la autoestima con las conductas sexuales no es consistente, mayor autoestima predice las relaciones sexuales de riesgo (menor probabilidad de usar condones $\beta = -40, p < .01$), se presenta asociación de menor autoestima con una mayor probabilidad de sexo y desprotección con una pareja casual (OR = 1.82). **Conclusiones:** Existe inconsistencia en la evidencia acerca de si la autoestima es un factor protector o de riesgo para la conducta sexual del migrante. Sin embargo, los estudios analizados no destacan las conductas sexuales de riesgo para VIH, por ello se propone que se continúe abordando principalmente esta población que se encuentra en constante cambio y que múltiples factores influyen en su toma de decisiones y cambios de comportamiento.

Palabras clave: Migrantes; Conducta sexual; Autoestima; VIH (DeCS).

Abstract

Introduction: The vulnerable situation faced by the migrant, brings emotional changes that can facilitate or hinder their adaptation to risk behaviors, self-esteem can be relevant in the sexual behaviors that the migrant has. **Objective:** To analyze the scientific evidence on the relationship of self-esteem and sexual risk behavior for HIV in migrants. **Method:** A systematic review was made based on the recommendations of the PRISMA protocol, the literature search was carried out in the electronic databases, Pubmed, Ebscohost, Scopus, Web of Science and SciELO Citation Index, for the search strategy the DeCS and MeSH, the quality of the literature was validated. **Results:** The relationship of self-esteem with sexual behaviors is not congruent, the higher self-esteem predicts risky sexual relations (lower probability of using condoms) ($\beta = -40, p < .01$), there is an association of lower self-esteem with a higher probability of sex and protection with a casual partner (OR = 1.82). **Conclusions:** There is inconsistency in the evidence about self-esteem is a protective or risk factor for the migrant's sexual behavior. However, the studies analyzed do not highlight sexual risk behaviors for HIV, and the migrant is population that is constantly changing and multiple factors influence its decision-making and changes, therefore is important continue to be addressed mainly this population.

Key words: Migrants; Sexual Behavior; Self-esteem; HIV (DeCS).



Abstrato

Introdução: A situação vulnerável que o migrante enfrenta traz mudanças emocionais que podem facilitar ou dificultar sua adaptação a comportamentos de risco; a autoestima pode ser relevante nos comportamentos sexuais que o migrante apresenta. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas sobre a relação entre auto-estima e comportamento sexual de risco para o HIV em migrantes. **Método:** Uma revisão sistemática foi realizada com base nas recomendações do protocolo PRISMA. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados eletrônicas Pubmed, Ebscohost, Scopus, Web of Science e SciELO Citation Index. DeCS e MeSH foram estabelecidos para a estratégia de busca, validando a qualidade da literatura. **Resultados:** Destaca-se que a relação de auto-estima com comportamentos sexuais não é consistente, maior auto-estima prevê relações sexuais de risco (menor probabilidade de usar preservativo $\beta = -40$, $p < 0,01$), associação de menor auto-estima com maior probabilidade de sexo e falta de proteção com um parceiro casual (OR = 1,82). **Conclusões:** Há inconsistência nas evidências sobre se a auto-estima é um fator protetor ou de risco para o comportamento sexual do migrante. No entanto, os estudos analisados não destacam comportamentos sexuais de risco para o HIV; portanto, propõe-se que essa população continue sendo abordada, que está em constante mudança e que múltiplos fatores influenciam sua tomada de decisão e mudanças comportamentais.

Palavras-chave: Migrantes; Comportamento Sexual; Autoimagem; HIV (DeCS).

Introducción

En las últimas décadas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es parte de los principales problemas en salud pública, especialmente en países de ingresos bajos o medios. Aproximadamente 37 millones de personas viven con VIH a nivel mundial; además, se estima que 35 millones de personas han muerto por causas relacionadas con dicho virus. En lo que respecta a México se han notificado 75 mil casos de VIH desde 1984 al primer trimestre del 2018, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud y Secretaría de Salud, 2018 ^(1,2).

La migración es un movimiento de población hacia otro país o estado, se estima que el 3.3% de la población mundial (247.7 millones) salen de su país con el objetivo de obtener mejores condiciones de vida, economía y evitar factores que pongan en peligro su integridad física y psicológica. La situación de los migrantes en tránsito es peligrosa, se considera un problema de salud pública debido a su falta de oportunidades, carencia de registros para la atención médica, durante el 2015, más de 5,000 mujeres, hombres y niños perdieron la vida en las rutas migratorias de todos los países ⁽³⁾.



La situación de vulnerabilidad que enfrenta el migrante, trae consigo cambios emocionales que pueden facilitar o dificultar su adaptación en el proceso de migración. Esto puede traducirse en cambios de conducta o aprendizajes, ejemplo de ello es la adquisición de conductas sexuales de riesgo que lo expongan a enfermedades de transmisión sexual como el VIH ⁽⁴⁾.

Durante el tránsito del migrante se enfrenta a dificultades tales como vivir en albergues, convivencias con otros migrantes, exposición a consumo de sustancias y exposición a conductas sexuales de riesgo, entre otras. Se ha identificado a la autoestima como una autopercepción básica generadora de actitudes donde la persona se da un valor de respeto a sí mismo lo que le permite afrontar todas las situaciones. Con respecto a la evidencia encontrada, la autoestima en el contexto migratorio puede influir en la toma de decisiones para la práctica de conductas sexuales que lo puede llevar a ser factor protector o de riesgo ⁽⁵⁻⁸⁾.

La conducta sexual de riesgo es definida como diversos comportamientos y prácticas sexuales de riesgo con tendencia a provocar erotismo personal y de la pareja. En ese mismo sentido, la conducta sexual de riesgo para la población migrante se puede considerar como la exposición del individuo a circunstancias que puedan ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, indirecta o directamente ⁽⁹⁾.

Por ello se considera importante realizar una revisión sistemática con el objetivo de conocer los resultados de estudios que evalúan la relación entre la autoestima y la conducta sexual de riesgo en migrantes.

Metodología

El protocolo del estudio se guio por las recomendaciones del PRISMA (por sus siglas en inglés Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ⁽¹⁰⁾. Se incluyeron estudios de diseño descriptivo correlacional, predictivo y de asociación, en inglés y español. Los criterios de inclusión fueron: estudios realizados en población migrante, incluyendo a todos los migrantes de todos los países, hombres o mujeres,



de todas las edades. Se eliminaron de la búsqueda aquellos artículos repetidos o que no cumplían con los criterios de elegibilidad.

Se realizó la búsqueda a través de las bases de datos electrónicas del área de la salud: PubMed, EBSCOhost, Scopus, Web of Science y SciELO Citation Index. Para la estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos antes mencionadas se establecieron las siguientes palabras claves: autoestima, conducta sexual y migrante; para su búsqueda se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), sinónimos, términos relacionados, variación ortográfica, abreviaturas y comodines, combinados por medio de los operadores booleanos AND, OR y NOT (Ver Tabla 1). La fecha inicial de búsqueda fue a partir del 1 de octubre del 2018 al 1 de diciembre del mismo año.

Tabla 1. DeSC, MESH, términos relacionados y operadores booleanos utilizados para la búsqueda de estudios

#1 (((((((((((((((("self contempt"[title/abstract]) or "attitudes") or "self respect"[title/abstract]) or "self satisfaction"[title/abstract]) or "intelligence"[mesh terms]) or "coping"[title/abstract]) or "self"[title/abstract]) or "self concept"[title/abstract]) or "concept, self"[title/abstract]) or "esteem, self"[title/abstract]) or "perception, self") or "self perception"[title/abstract]) or "self esteem"[title/abstract]) or "self confident") or "emotional intelligence"[title/abstract]) or "social skills"[title/abstract]) or "positive attitude"[title/abstract]) or "average self esteem")
#2 (((((((((((((((("sexuality"[title/abstract]) or "sexual relations"[title/abstract]) or "sexual risk behavior"[title/abstract]) or "fornication") or "sexual behavior"[title/abstract]) or "comportamento sexual"[title/abstract]) or "premarital sex"[title/abstract]) or "activity, sexual"[title/abstract]) or "behavior, sex"[title/abstract]) or "behavior, sexual"[title/abstract]) or "sexual activities"[title/abstract]) or "anal sex"[title/abstract]) or "oral sex"[title/abstract]) or "sexual activity"[title/abstract]) or "sexual orientation"[title/abstract]) or "sex under the influence"[title/abstract]) or "reproductive behavior"[title/abstract]) or "coitus"[title/abstract])
#3 (((((((((((((((((((("emigration behavior"[title/abstract]) or "border crossings"[title/abstract]) or "emigration"[title/abstract]) or "immigrant") or "international migration") or "immigration"[title/abstract]) or "immigrant women"[title/abstract]) or "illegal immigrant"[title/abstract]) or "illegal immigrants"[title/abstract]) or "illegal immigration"[title/abstract]) or "immigrants residing"[title/abstract]) or "undocumented immigrant"[title/abstract]) or "new immigrant"[title/abstract]) or "forced migration"[title/abstract]) or "deportation"[title/abstract]) or "refugee"[title/abstract]) or "immigrant children"[title/abstract]) or "immigrant chinese"[title/abstract]) or "immigrant adolescent"[title/abstract]) or "immigrant adolescents"[title/abstract]) or "return migration"[title/abstract]) or "temporary migration"[title/abstract]) or "labor migration"[title/abstract]) or "turnaround migration"[title/abstract]) or "migrant"[title/abstract]) or ("emigrants[title/abstract] and immigrants"[title/abstract])) or "emigrant"[title/abstract]) or "immigrant"[title/abstract]) or "return migration"[title/abstract]
#1 AND #2 AND #3 AND #4

Nota: Ejemplo tomado del buscador PUBMED



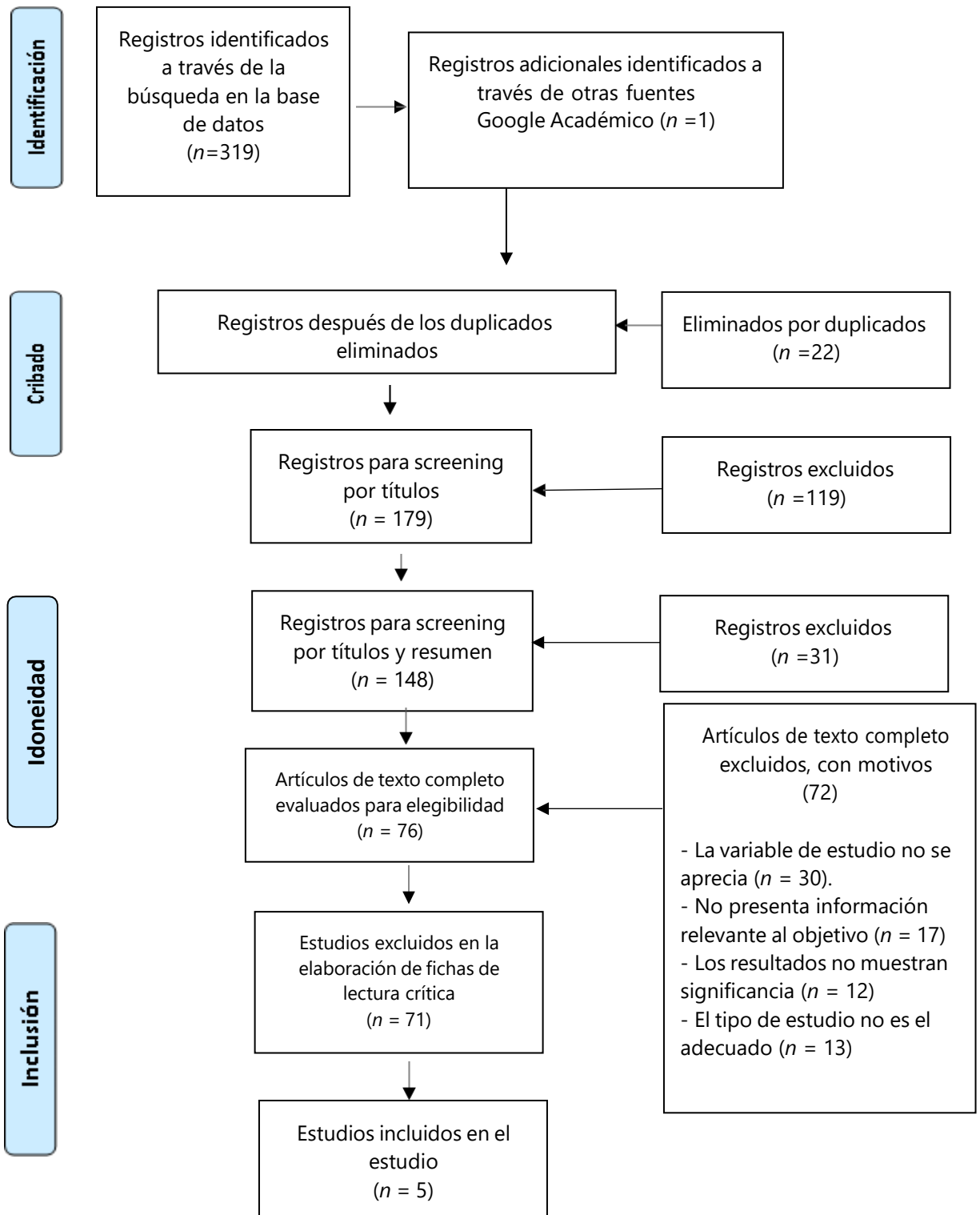
Se identificaron 320 artículos primarios, 17 de EBSCOHOST, 143 PUBMED, 107 SCIELO CITATION, 10 SCOPUS, 42 WEB OF SCIENCE y 1 de Google Académico para literatura gris, se realizó la eliminación de duplicados en el programa END NOTE, 22 de ellos fueron eliminados. Al realizar el screening por títulos 119 fueron excluidos por que las variables que contenían desde el titulo no estaban relacionadas al tema, al realizar el screening por el título y resumen se eliminaron 31 debido a que no abordaban en su totalidad a población migrante, al realizar el screening por texto completo se eliminaron 72 debido a al método de los artículos (población no migrante y objetivo de estudio a otro variable diferente a la autoestima), al realizar las fichas de literatura critica se eliminaron 71 por que el estudio no se relacionaba al objetivo de la revisión, concluyendo con 5 artículos para analizar (observar Figura 1) no estaban directamente relacionadas.

Cabe de señalar que los screening realizados consideraron todo momento las variables de interés, así mismo se realizó la evaluación de la calidad de la evidencia a través de las tablas de STROBE por sus siglas (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology), la cual permitió identificar y valorar la metodología y estructura de los artículos seleccionados, además se utilizaron ficheros con el objetivo de documentar la lectura crítica (Figura 1).

Los estudios analizados fueron publicados entre los años 2001 al 2017, correspondían a estudios de diseño descriptivos correlacionales y/o longitudinales, transversales. La muestra de los participantes osciló entre 146 y 408 adolescentes y adultos migrantes. De manera general las características de las poblaciones abordadas en los diferentes estudios eran hombres y mujeres migrantes, con edad entre 11 y 58 años (Ver Tabla 2).



Figura 1. PRISMA Diagrama de flujo, $n=320$ artículos.



Fuente: Elaboración propia.



Tabla 2. Relación de los estudios seleccionados

Autor	Diseño	Población	Autoestima	Conducta sexual	Estadístico
Robinson, Holmbeck, & Paikoff, 2007 (11)	Longitudinal, correlacional	(n=146) adolescentes migrantes (n = 65) hombres (n = 81) mujeres Edades entre 11 a 16 años	Autoestima para tener relaciones sexuales	Conductas sexuales de riesgo (menor probabilidad de usar condones de manera consistente).	$\beta = -.40$ $p < .01$
Pack, Crosby & Lawrence 2001 (12)	Descriptivo, correlacional	(n=478) adolescentes refugiados y migrantes con una media de edad de 15 a 19 años	Autoestima	Predice las relaciones sexuales de riesgo.	$\beta = .16$, $p < .05$
McCoy, Shehadeh, Rubens, & Navarro, 2014 (13)	Descriptivo, correlacional	(n =255) hombres y mujeres hispanos media de edad de 14 A 55 años	Menor identidad personal (menor autoestima)	Correlación negativa con el número de episodios de sexo vaginal sin protección y el número de parejas.	($r = -0.09$, $p = 0.032$)
Guerra-Ordoñez et al., 2017 (14)	Predictivo y transversal	(n=256) migrantes con edades de 18 a 58 años	A mayor permisividad (menor autoestima)	Práctica del sexo no seguro.	($\beta = 0.17$, $t = 4.16$, $p < 0.001$)
Ganczak, Czubińska, Korzeń, & Szych, 2017 (15)	Descriptivo	(n=408) migrantes, 176 hombres y 232 mujeres Edades entre los 19 y 57 años	Menor autoestima	Se asoció con una mayor probabilidad de desprotección y sexo con una pareja casual.	(OR = 1.82)

Fuente: Elaboración propia.

Resultados

Los artículos seleccionados para responder a la pregunta de investigación de esta revisión sistemática fueron cinco, de los cuales uno tiene un grado de evidencia alta y cuatro un grado de evidencia media. Para fines prácticos de los resultados, tomando como referencia el objetivo principal el cual es conocer la relación entre la autoestima y la conducta sexual de riesgo para VIH en migrantes se lograron agrupar los resultados de interés que se muestran a continuación.

En los estudios recopilados la muestra es de 1,543 migrantes de ambos sexos, abordan adultos y adolescentes, las edades oscilaron entre los 11 a 58 años. En lo que respecta a la resolución del objetivo, no es clara la relación entre la autoestima y las conductas sexuales de riesgo para VIH en población migrante,



los resultados encontrados en el análisis de los artículos muestran que mayor autoestima predice las relaciones sexuales de riesgo, menor probabilidad de usar condones de manera consistente ($\beta = -40, p < .01$)⁽¹¹⁾, por su parte Pack, Crosby y Lawrence⁽¹²⁾ enfatizan similitud de la práctica del sexo no seguro y la autoestima ($\beta = 81.017, p < .001$), refieren que la autoestima se asocia a conductas sexuales de riesgo.

Ganczak, Czubińska, Korzeń y Szych⁽¹⁵⁾ refieren que cuando los migrantes presentan menor autoestima se asocia con una mayor probabilidad de sexo y desprotección con una pareja casual (OR = 1.82), de la misma manera, McCoy, Shehadeh, Rubens y Navarro⁽¹³⁾, refieren una correlación negativa de la autoestima con el sexo no seguro, así como mayores episodios de sexo vaginal sin protección y desprotección con parejas casuales ($r = -0.09, p = 0.032$).

Dado a los resultados se identifican inconsistencias debido a que se esperaría que de acuerdo al concepto de autoestima; si se presenta una autoestima alta significaría un factor de protección para conductas de riesgo^(14,16, 17), lo que representaría una relación positiva en la disminución de las conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, se identificaron resultados de autoestima baja y autoestima alta que se relacionan con conductas sexuales de riesgo.

Discusión

Es importante tener en cuenta que la inconsistencia en los resultados acerca de la autoestima como factor protector o de riesgo para la conducta sexual puede explicarse debido a que la autoestima baja se traduce como insatisfacción consigo mismo y actitudes de rechazo, algunas manifestaciones son no atreverse a decir no ante cualquier petición sexual por temor a no ser valorado (a) o tomado (a) en cuenta por su pareja. Por su parte una autoestima alta expresa el sentimiento de ser suficientemente bueno, el individuo siente que es una persona de valor capaz de realizar conductas sexuales; sin embargo, dado al desconocimiento de medidas de prevención, se efectúa una mayor conducta sexual no segura que se caracteriza por las múltiples parejas, el sexo sin protección y relaciones sexuales con trabajadoras sexuales^(5, 16).



Si bien es cierto la autoestima es un factor personal, éste puede estar relacionado con la edad del migrante, género, escolaridad, escasa percepción del riesgo y bajo conocimiento de conductas sexuales. Ante esta situación los profesionales de enfermería sugieren continuar estudiando el concepto de autoestima y las conductas sexuales de riesgo para el VIH en la población migrante debido a su alta vulnerabilidad. Estudios internacionales demuestran la oportunidad de identificar estrategias para abordar a dicha población con el objetivo de disminuir el número de casos nuevos de VIH ^(18, 19).

Conclusiones

Existe inconsistencia en la evidencia acerca de si la autoestima es un factor protector o de riesgo para la conducta sexual del migrante, debido a que a mayor o menor autoestima se presentan conductas sexuales de riesgo; sin embargo, es contundente señalar que el migrante se encuentra en un proceso de inestabilidad emocional y actitudinal que lo pueden llevar a experimentar las principales conductas de riesgo que inciden en esta población como son sexo no seguro, no uso sistemático del condón y múltiples parejas. Es relevante señalar que los estudios analizados no destacan las conductas sexuales de riesgo para VIH, por lo que se propone que se continúe abordando principalmente esta población vulnerable que se encuentra en constante cambio y que múltiples factores influyen en su toma de decisiones y cambios de comportamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con este trabajo.

Financiamiento

Ninguno.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. OMS [Internet]. 2018 [consultado 28 may 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. Secretaría de Salud- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y SIDA en México [CENSIDA]. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA



Actualización al 1er. trimestre del 2018 [consultado 28 may 2020];1:1–23. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN_1er_trim_2018.pdf

3. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Los desafíos de la migración y los albergues como oasis. Encuesta nacional de personas migrantes en tránsito por México. [Internet]. México; Agosto 2018 [consultado 28 may 2021]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Informe-Especial-Desafios-migracion.pdf>

4. Consejo Nacional de Población-Unidad de Política Migratoria. Migración internacional: tendencias mundiales y dimensiones del fenómeno en México Panorama Migratorio. [Internet]. 2015 [consultado 28 may 2020]. Disponible en: <http://www.politicamigratoria.gob.mx>

5. Ferreira M, Bento M, Chaves C, Duarte J. The Impact of self-concept and Self-esteem in Adolescents' Knowledge about HIV/AIDS. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [Internet]. 2014 [consultado 28 may 2020];112:575-582. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2014.01.1204>

6. Nesdale D, Mak, A. S. Ethnic identification, self-esteem and immigrant psychological health. *International Journal of Intercultural Relations* [Internet]. 2003 [consultado 28 may 2020]; 27(1): 23–40. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(02\)00062-7](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(02)00062-7)

7. Quintal R, Vera L. Migración, Etnia y Género: Tres elementos claves en la comprensión de la vulnerabilidad social ante el VIH/ SIDA en población maya de Yucatán. *Península* [Internet]. 2014 [consultado 28 may 2020];IX(2):99-130. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/peni/v9n2/v9n2a5.pdf>

8. Rangel YF. Los riesgos para la salud mental de “las que esperan” en el contexto de la migración. *Presencia* [Internet]. 2018 [consultado 28 may 2020];14. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/p/article/view/e11826>

9. García-Vega R, Menendez E, Fernandez E, Cuesta P. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research* [Internet]. 2012 [consultado 28 may 2020]; 5(1):79-87. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539010>

10. Liberati A, Altman D, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche P, Ioannidis J, Clarke M, Devereaux P, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Annals of internal medicine* [Internet]. 2009 [consultado 28 may 2020]; 151(4):W-65-W-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>

11. Robinson M L, Holmbeck G N, Paikoff R. Self-Esteem Enhancing Reasons for Having Sex and The Sexual Behaviors of African American Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* [Internet]. 2007 [consultado 28 may 2020];36(4):453–464. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9116-8>

12. Pack RP, Crosby RA, Lawrence JS. Associations Between Adolescents' Sexual Risk Behavior and Scores on Six Psychometric Scales. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children* [Internet]. 2001 [consultado 28 may 2020];4(1):33–47. Disponible en: https://doi.org/10.1300/J129v04n01_04

13. McCoy HV, Shehadeh N, Rubens M, Navarro, C. M. Newcomer Status as a Protective Factor among Hispanic Migrant Workers for HIV Risk. *Front. Public Health* [Internet]. 2014 [consultado 28 may 2020]; 2:216. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00216>



14. Guerra-Ordoñez J, Benavides-Torres R, Zapata-Garibay R, Onofre-Rodríguez D, Márquez-Vega M, Zamora-Carmona G. Facilitating and Inhibiting Factors of Sexual Behavior among Migrants in Transition from Mexico to the United States. *Front. Public Health* [Internet]. 2017 [consultado 28 may 2020];5:149. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00149>
15. Ganczak M, Czubińska G, Korzeń M, Szych ZA. Cross-Sectional Study on Selected Correlates of High risk Sexual Behavior in Polish Migrants Resident in the United Kingdom. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2017 [consultado 28 may 2020]; 14(4):422. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph14040422>
16. Nava-Navarro V, Onofre-Rodríguez D, Báez-Hernández F. Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2017 [consultado 28 may 2020];14(3):162-169. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.REU.2017.05.002>
17. Gonzalez V, Lopez G, Lopez T, Guzman F. Self-esteem, in connection with alcohol consumption. *International Journal of Scientific Research* [Internet]. 2018 [consultado 28 may 2020];7 (1):489-491. Disponible en: [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/fileview.php?val=January_2018_1514812155_215.pdf](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/fileview.php?val=January_2018_1514812155_215.pdf)
18. Dahal S, Pokharel K, Yadava B. Sexual behavior and perceived risk of HIV AIDS among returnee labor migrants from Overseas in Nepal. *Retrovirology* [Internet]. 2012 [consultado 28 may 2020];9(1):106. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1742-4690-9-S1-P106>
19. Eubanks A, Parriault M, Van Melle A, Basurko C, Adriouch L, Cropet C, Nacher, M. Factors associated with sexual risk taking behavior by precarious urban migrants in French Guiana. *BMC International Health and Human Rights* [Internet]. 2018 [consultado 28 may 2020];18(1):24. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0164-4>

Cómo citar este artículo: Tizoc Márquez A, Moreno-Monsiváis MG, Esquivel-Rubio A, Rivera-Fierro K, González-Vázquez A. Autoestima y su relación con la conducta sexual de riesgo para el VIH en migrantes: revisión sistemática. *SANUS* [Internet]. 2021 [citado el dd mm aa]; 6: e213. Disponible en: DOI



REVISIÓN

Tratamiento farmacológico en pacientes con COVID-19: una revisión integradora**Pharmacologic treatment in patients with COVID-19: an integrative review****Tratamento farmacológico em pacientes com COVID-19: uma revisão integrativa**Esthela Carolina Melendrez-Arango¹ <https://orcid.org/0000-0001-9142-6098>María Lorena Durán-Aguirre¹ <https://orcid.org/0000-0003-3437-9277>Lourdes Quiñones-Lucero¹ <https://orcid.org/0000-0002-0944-6848>Sandra Lidia Peralta-Peña² <https://orcid.org/0000-0001-8534-2250>María Rubi Vargas^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-1075-5576>

1. Estudiante de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Sonora. Departamento de Enfermería. Hermosillo, Sonora, México.
2. Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo. Departamento de Enfermería. Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora, México.

*Autor para correspondencia: rubi.vargas@unison.mx**Recibido:** 08/12/2021**Aceptado:** 22/11/2020

Resumen

Introducción: La salud hoy más que nunca ha sido vulnerada, la humanidad está sufriendo por la invasión del coronavirus SARS-CoV-2, que ha expuesto al mundo a la peor emergencia sanitaria en este siglo. La comunidad científica y los sistemas de salud global conjuntan esfuerzos en la búsqueda de un tratamiento definitivo, a la fecha se reconoce que la terapia está dirigida a mitigar los síntomas. **Objetivo:** Identificar las evidencias científicas sobre el tratamiento farmacológico en los pacientes con COVID-19. **Metodología:** Se realizó una revisión integradora de la literatura publicada de diciembre 2019 a octubre 2020, en los sistemas de información Clinical Key, Dialnet, EBSCO Host y Scopus, mediante los descriptores Coronavirus Infections, COVID-19, Drug therapy, tratamiento farmacológico. Los criterios de selección fueron artículos de investigación cuantitativa de cualquier tipo de diseño, en inglés y español disponibles a texto completo, obteniéndose una muestra de 24 artículos. **Resultados:** La mayoría de los estudios fueron revisiones integrativas con 66.6% y ensayos clínicos o in vitro con 12.5%. Se identificaron en la terapia farmacológica nueve medicamentos de mayor uso en COVID-19: Hidroxicloroquina/cloroquina, lopinavir/ritonavir, remdesivir, azitromicina, ivermectina, tocilizumab y dexametasona, no obstante, solo cuatro fármacos mostraron efectividad significativa según la evidencia científica. **Conclusiones:** remdesivir demostró mayor efectividad y seguridad en el tratamiento, tocilizumab y dexametasona mostraron resultados favorables, sin embargo, los resultados no son contundentes. Los autores señalan que aún no es posible afirmar que se dispone de tratamientos que combata la COVID-19 efectivamente.

Palabras clave: COVID-19; Infecciones por coronavirus; Tratamiento farmacológico (DeCS, MeSH).

Abstract

Introduction: Today more than ever human health has been compromised; humanity is suffering from the invasion of the SARS-CoV-2 coronavirus, which has exposed the world to the worst health emergency in this century. Although the scientific community and global health systems are joining efforts in the search for a definitive treatment, to date it is recognized that the therapy is aimed at mitigating the symptoms. **Objective:** Identify scientific evidence on pharmacological treatment for patients with COVID-19. **Methodology:** An integrative review of literature published from December 2019 to October 2020, in the following information systems Clinical Key, Dialnet, EBSCO Host and Scopus was performed using the descriptors Coronavirus Infections, COVID-19, Drug therapy, and pharmacological treatment. The selection criteria were quantitative research articles of any type of design, in English and Spanish, available in full text, obtaining a sample of 24 articles. **Results:** Most of the studies were integrative reviews with a percentage of 66.6 and clinical or in vitro trials with a percentage of 12.5. Nine drugs of major use in COVID-19 were identified in the drug therapy, that is, Hydroxychloroquine/Chloroquine, Lopinavir/Ritonavir, Remdesivir, Azithromycin, Ivermectin, Tocilizumab and Dexamethasone. However, According to the scientific evidence only four drugs showed significant effectiveness. **Conclusions:** Remdesivir demonstrated greater effectiveness and safety during the treatment, and Tocilizumab and Dexamethasone showed favorable results. Nevertheless, the results are not conclusive. The authors pointed out that so far is not possible to conclude there are treatments that effectively fight COVID-19.

Keywords: COVID-19; Coronavirus Infections; Pharmacological Treatment (DeCS, MeSH).



Abstrato

Introdução: Hoje, mais do que nunca, a saúde humana foi comprometida; a humanidade está sofrendo com a invasão do coronavírus SARS-CoV-2, que expôs o mundo à pior emergência sanitária deste século. Embora a comunidade científica e os sistemas globais de saúde estejam unindo esforços na busca por um tratamento definitivo, até o momento é reconhecido que a terapia visa mitigar os sintomas. Identificar evidências científicas sobre o tratamento farmacológico de pacientes com COVID-19. **Objetivo:** Identificar evidências científicas sobre o tratamento farmacológico para pacientes com COVID-19. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura publicada de dezembro de 2019 a outubro de 2020, nos seguintes sistemas de informação Clinical Key, Dialnet, EBSCO Host e Scopus utilizando os descritores Coronavirus Infections, COVID-19, Drug therapy, and pharmacological treatment. Os critérios de seleção foram artigos de pesquisa quantitativa, de qualquer tipo de delineamento, nos idiomas inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, obtendo-se uma amostra de 24 artigos. **Resultados:** A maioria dos estudos foram revisões integrativas com percentual de 66,6 e ensaios clínicos ou in vitro com percentual de 12,5. Nove medicamentos de maior uso no COVID-19 foram identificados na terapia medicamentosa, ou seja, Hidroxicloroquina/Cloroquina, Lopinavir/Ritonavir, Remdesivir, Azitromicina, Ivermectina, Tocilizumabe e Dexametasona. No entanto, de acordo com as evidências científicas, apenas quatro medicamentos mostraram eficácia significativa. **Conclusões:** De acordo com as evidências científicas, apenas quatro medicamentos mostraram eficácia significativa. Conclusões: Remdesivir demonstrou maior eficácia e segurança durante o tratamento, e Tocilizumabe e Dexametasona apresentaram resultados favoráveis. No entanto, os resultados não são conclusivos. Os autores apontaram que até o momento não é possível concluir que existam tratamentos que combatam efetivamente o COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19; Infecções por Coronavírus; Tratamento Farmacológico (DeCS).

Introducción

En el contexto internacional existe un consenso sobre la situación compleja que guarda la salud hoy en día, misma que se ha intensificado por el impacto de la pandemia COVID-19 que ha expuesto al mundo a la peor emergencia sanitaria en este siglo, con enormes costos humanos, económicos y sociales ⁽¹⁾. El síndrome respiratorio agudo ocasionado por el coronavirus 2 (SARS-CoV-2) mejor conocido como COVID-19, inició en Wuhan China, en diciembre del 2020 y desde esa fecha se extendió a nivel global, siendo declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del 2021.⁽²⁾ El Comité de Emergencia sobre COVID-19⁽³⁾ realizó la quinta reunión en octubre del año 2020 donde se examinó la



situación y su progreso, reiterando que la pandemia era una emergencia de Salud Pública de importancia internacional, notificando a la fecha 44 millones de casos, 28.2 millones de personas recuperadas y poco más de 1.1 millones de decesos por COVID-19.⁽²⁻⁴⁾ Diversos países se conjuntaron para reducir y contener la propagación del virus, realizaron múltiples esfuerzos para descubrir un tratamiento definitivo que mejorará las condiciones de salud de la población, hasta ese momento fue dirigido hacia el manejo y contención de los síntomas, mediante terapia antiviral y transfusión de plasma, porque aún, en ese periodo no se habían descubierto medicamentos y vacuna específicos contra el virus.⁽³⁻⁵⁾

Los coronavirus pertenecen a una gran familia de virus llamados *Coronaviridae*, los cuales circulan continuamente entre la población humana y se dirigen comúnmente a las vías respiratorias superiores provocando síntomas semejantes al resfriado común. La mayoría de las personas con COVID-19 presentaron enfermedad leve (40%) o moderada (40%), pero algunas desarrollaron enfermedad grave (15%) y crítica (5%) con complicaciones como insuficiencia respiratoria, síndrome respiratorio agudo, septicemia, tromboembolias e insuficiencia multiorgánica que podrían provocar la muerte. En la enfermedad grave se han señalado como factores de riesgo el tabaquismo, edad avanzada y la comorbilidad de hipertensión, cardiopatías, diabetes y cáncer.^(5,6)

En la actualidad aún no se han encontrado resultados contundentes de ensayos clínicos aleatorizados sobre una respectiva terapia que mejore los resultados en los casos sospechosos o confirmados con COVID-19^(4,7,8). Se han realizado más de 300 ensayos clínicos de tratamiento activo cuyos hallazgos basados en pruebas relativas a los principales tratamientos propuestos sugieren el empleo de terapias antivirales que incluyen anticuerpos monoclonales y péptidos antivirales que actúan en la glicoproteína de la punta viral, asimismo los inhibidores de enzimas virales, inhibidores de la síntesis viral de ácido nucleico e inhibidores de otras proteínas virales. Otras terapias engloban agentes que potencian la respuesta de interferón en el huésped o afectan las vías de señalización en la replicación viral.⁽⁶⁻⁹⁾ Es así como actualmente se emplean fármacos antivirales (remdesivir, ribavirina, lopinavir-ritonavir, favipiravir,



oseltamivir, umifenovir), antipalúdicos (Cloroquina [CQ]) e hidroxiclороquina [HCQ]), agentes inmunomoduladores (Tocilizumab [TCZ] interferones, transfusiones de plasma) y agentes coadyuvantes (Azitromicina [AZI], corticosteroides [CST]), entre otros. Los mecanismos de acción y las medidas farmacológicas posteriores deberán analizarse a la luz de los resultados de los ensayos clínicos, especialmente en la seguridad y eficacia de cada fármaco. (7-12)

Algunos reportes recientes han mostrado efectos terapéuticos contra la infección de la COVID-19, como el uso de HCQ^(10, 11), AZI^(11,12) e ivermectina⁽¹³⁾ sin embargo, aún no se han observado datos consistentes sobre que fármaco tiene mayor eficacia en comparación con otro o si la combinación de ellos puede preservar la vida.^(3,8,14-17)

Siendo la enfermera (o) el principal recurso humano del sistema salud que brinda cuidado las 24 horas y ministra los diversos tratamientos en los pacientes con la COVID-19, es de vital importancia que se mantenga actualizada (o) respecto de los tratamientos farmacológicos más utilizados internacionalmente. Esta revisión pretende responder a la interrogante ¿Cuál es el tratamiento farmacológico y su resultado/efectividad en el control, recuperación y supervivencia en los pacientes con COVID-19?. Por lo anteriormente expuesto, el propósito es identificar las evidencias científicas sobre el tratamiento farmacológico en los pacientes con COVID-19.

Metodología

Revisión integradora de la literatura aplicando la lectura crítica,^(18,19) se utilizó la metodología PICO, que significa: Paciente (Patient/P): Adultos diagnosticados con COVID-19; Intervención o Tratamiento (Intervention/I): Tratamiento farmacológico utilizado; Comparación (Comparison/Grupos de tratamiento/C): Comparación entre los diferentes fármacos; O resultado esperado (Outcomes/O): Control, recuperación, supervivencia de los pacientes. Para ello se implementó un plan de búsqueda de información sobre estudios de cualquier tipo de diseño de investigación, publicados de diciembre 2019 a noviembre 2020, en las bases de datos y sistemas de información EBSCO-Host, Scopus, Clinical Key y Dialnet. Se usaron



las palabras clave extraídas de los Descriptores de Ciencias de la Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe (DeCS)⁽²⁰⁾: Coronavirus Infections, COVID-19, Drug therapy, tratamiento farmacológico y del Medical Subject Heading de la National Library of Medicine (MeSH)⁽²¹⁾: COVID-19 drug treatment, coronavirus disease 2019 drug treatment, (término introducido en marzo de 2020), otros términos empleados en la búsqueda fueron COVID-19, SARS-CoV-2, tratamiento farmacológico, efectividad de fármacos de COVID-19, treatment coronavirus, coronavirus pharmacotherapy, COVID-19, effective pharmacological treatment in COVID-19, combinados los operadores booleanos AND y OR.

La búsqueda de información arrojó 13,382 artículos publicados en inglés (91.6%) y en español (8.4%) (Tabla 1). Se eligieron aquellos disponibles en extenso en ambos idiomas que abordaran las variables de estudio en la población adulta, se eliminaron 13,358 artículos repetidos y donde no se localizó el documento extenso.

Tabla 1. Sistema de información y estrategia de búsqueda de artículos sobre tratamiento farmacológico en pacientes con COVID-19, ($n=13,382$).

Sistema de información base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos
Clinical Key	1. COVID AND tratamiento	1. Español: 305; Inglés: 5531
	2. Coronavirus tratamiento OR COVID SAR2	2. Español: 366; Inglés: 6265
	3. COVID AND Pharmacotherapy.	3. Español: 12; Inglés: 83
EBSCO Host	1. COVID - 19 AND tratamiento	1. Español: 190
	2. COVID - 19 AND drugs	2. Inglés: 152
SCOPUS	1. SARS-CoV-2 AND farmacoterapia	1. Español: 26
	2. SARS-CoV-2 AND pharmacotherapy OR COVID-19 treatment	2. Inglés: 137
Dialnet	1. COVID AND tratamiento	1. Español: 211
	2. SARS-CoV-2 AND tratamiento	2. Español: 4

Fuente: Elaboración propia

Posterior a la lectura crítica y en apego a los criterios establecidos que dieran respuesta a la pregunta PICO de investigación, la muestra quedó constituida por 24 artículos. En la recolección, análisis y presentación de datos se apoyó con el uso de tablas que presentan la información de los estudios seleccionados como autores, año, país, objetivo, métodos, resultados y conclusiones.



Resultados

La literatura consultada fue publicada en el año 2020, perteneciente a los países de EUA (20.8%), España (12.5%), China, Ecuador, Colombia y Perú con 8.3% cada uno, y de otros países como India, Arabia, Inglaterra, Portugal, Cuba y México con 4.2% respectivamente. Referente al idioma de la publicación 54.2% fueron en español y 45.8% en inglés. En el diseño de investigación un 66.6% era revisión integrativa, 12.5% ensayos clínicos o in vitro, 8.3% revisión sistemática y meta-análisis, y el 4.2% restante correspondió a otros tipos de diseño.

De acuerdo con la lectura crítica, el tratamiento farmacológico contra COVID-19 se clasificó en grupos según su efecto y potencia, observándose los siguientes grupos: antivirales diversos solos o combinados, entre ellos remdesivir, rivafarina, lopinavir/ritonavir, faviparir, oseltamivir, umifenovir, emtricitabina/tenofovir/alafenamida.^(5,16,17,25-28,30,31,33,35-37) Otros fármacos como antipalúdicos, antiparasitarios y antibacterianos con efecto antiviral en SARS-CoV-2 fueron CQ, HCQ sola o combinada con AZI e ivermectina^(5,14,23,25,28,29,32,34-36) nitazoxanida, teicoplanina, azitromicina y ceftriaxona^(5,14,23). Fármacos antiinflamatorios como corticoides, metilprednisolona, dexametasona y prednisona.^(5,17,22,24,28) Fármacos inmunomodular, TCZ, interferones, inmunoglobulina y plasma convaleciente.^{(5,21,22,27,31, (35,37-39)} Así como fármacos anticoagulantes como heparina y enoxaparina.⁽³⁵⁾

Del total de los estudios según la evidencia científica, solo cuatro fármacos mostraron efectividad significativa, remdesivir demostró mayor efectividad y seguridad en el tratamiento, tocilizumab y dexametasona mostraron resultados favorables, sin embargo, los resultados no son contundentes. A continuación, se muestra la información más relevante del análisis de los estudios seleccionados (Tabla 2).



Tabla 2. Tratamiento farmacológico en pacientes con COVID-19 ($n = 24$).

Autor, Año	País	Objetivos	Métodos	Resultados principales	Conclusiones
Choudhary R, Sharma AK. ⁽¹⁴⁾	India	Presentar los conocimientos de las principales investigaciones sobre los medicamentos ivermectina, HCQ y AZI en el contexto de la emergencia sanitaria actual.	Revisión Integrativa Muestra no especificada	Ensayos clínicos revelaron el efecto potencial de la HCQ en el síndrome respiratorio agudo por coronavirus, ivermectina mostró inhibición en la replicación viral. En ensayos in vitro se redujo el virus 5000 veces más en 48 horas. La AZI mostró alto poder terapéutico y puede actuar como profiláctico para disminuir la tasa de infección de COVID-19.	La HCQ, ivermectina y AZI, tienen efecto potencial contra la infección del coronavirus, sin embargo, su eficacia debe estudiarse en detalle en mayores ensayos clínicos.
Fan L, Jiang, S, Yang X, Wang Z. ⁽²²⁾	China	Examinar los fármacos utilizados para el tratamiento emergente de COVID-19 en China.	Revisión Integrativa Muestra no especificada	Son 23 fármacos diferentes en el tratamiento de COVID-19, basados en la sintomatología: Fármacos químicos (rivafarin, lopinavir/ritonavir, arbidol, darunavir, remdesivir, fosfato de CQ, favipiravir, HCQ combinada con AZI, emtricitabina, tenofovir/alafenamida). Fármacos biológicos (interferón, TCZ, terapia de plasma convaleciente, glucocorticoides). Otro fármaco la inmunoglobulina intravenosa indicado en inflamación sistémica de pacientes críticos.	Aun no hay medicamentos antivirales específicos para COVID-19. Los fármacos que se usan se basan en las experiencias de tratamientos anteriores en virus como SARS, MERS y otros. La eficacia y la seguridad de los fármacos deben ser indagados en más ensayos clínicos.
Tzu-Han Y, Chian-Ying C, Yi-Fan Y, Chian-Shiu C, Aliaksandr AY, Tzu-Ying Y, Cheng-Hsuan L, et al. ⁽²³⁾	China	Mostrar la efectividad farmacológica de HCQ/CQ en COVID-19	Revisión sistemática y meta-análisis, $n=9$ ensayos que incluyeron a 4,112 pacientes. Análisis en grupos con diferente nivel de la enfermedad y periodo (≤ 14 días, > 14 días), así como dosis de HCQ, ≤ 400 mg/día) y > 400 mg día)	La combinación de HCQ-AZI en pacientes con COVID-19 mostró mayores beneficios en la eliminación del virus (OR 27.18, IC 95%: 1.29-574.32), en relación del aumento en la tasa de mortalidad (OR 2.34, IC 95%: 1.63-3.36). El tratamiento podría reducir la tasa de mortalidad y la progresión a una enfermedad grave en los pacientes COVID-19 gravemente infectados (OR 0.27; IC 95%: 0.13-0.58). Un menor riesgo de mortalidad se observó en el grupo estratificado del período de >14 días (OR 0.27, 95% CI 0.13-0.58) vs el grupo ≤ 14 días de seguimiento que a la inversa mostró un aumento en la tasa de mortalidad (OR 2.09, IC del 95%: 1.41-3.10)	HCQ-AZI mostró beneficios asociados con la eliminación del virus en los pacientes, y disminución de la tasa de mortalidad en COVID-19. Se requiere de estudios más rigurosos, a gran escala y de periodos más largo de seguimiento en los pacientes con COVID-19.



Reina J. ⁽²⁶⁾	España	Demostrar la eficacia antiviral del remdesivir	Revisión integrativa Muestra no especificada	Remdesivir mostró in vitro y en animales elevada capacidad para bloquear la infección y replicación viral con concentraciones alcanzables en el plasma humano. Todos los estudios se realizaron con SARS-CoV-2 y MERS-CoV parece que por analogía virológica y funcional, remdesivir es de los pocos que han demostrada eficacia.	Remdesivir podría ser la esperanza antiviral frente al SARS-CoV-2. Se sugiere que éste se ministre las primeras 48 horas, para acortar la replicación viral y disminuir la transmisibilidad.
Wayah S, Auta R, Waziri P, Haruna E. ⁽¹⁶⁾	Nigeria	Indagar los fármacos dirigidos a los receptores de superficie de las células huésped necesarios para la infección por el SARS-CoV-2 y examinar los medicamentos que pueden modificar la respuesta inmunitaria del huésped para lograr la eliminación vírica	Revisión integrativa Muestra no especificada	Se exponen grupos de fármacos con diversos efectos: Fármacos receptores del huésped o las enzimas en la célula del virus, enzima de angiotensina 2 (ACES-2), los que actúan en la proteasa de la transmembrana proteínica (TMPRSS2) o antibacterianos sistémicos efectivos. Fármacos actúan en los gangliósidos de la célula huésped para reducir carga viral, como CQ, HCQ, aún más potente. Fármacos que inhiben el RNA viral validado en diversos ensayos cómo remdesivir. Otros cómo terapia de anticuerpos, inmunomoduladores y anticoagulantes para estimular respuesta del huésped.	En la COVID-19, no es suficiente un solo enfoque terapéutico para mitigar la enfermedad. Se requiere del empleo de fármacos combinados con diversos efectos. Los fármacos más potentes en la reducción viral fueron HCQ (mejor que lopinavir y ritonavir) pero superado por remdesivir, avalado en ensayos clínicos tipo III, amplio uso en China y USA.
Marto N, Monteiro E. ⁽²⁵⁾	Portugal	Analizar el posicionamiento de organismos de salud de todo el mundo en relación con el uso no indicado en las etiquetas de los medicamentos reutilizados o de los nuevos medicamentos en fase de investigación para tratar la enfermedad coronavírica.	Revisión integrativa Muestra no especificada	China fue quien desarrolló primero guías clínicas en el tratamiento de COVID-19, incluyó lopinavir/ritonavir, (LPV/r), remdesivir, rivafirina, interferon beta, CQ, HCQ, TCZ, plasma e inmunoglobulina. Debido a la urgencia pandémica y la escasa evidencia en varios países se han emitido protocolos para el uso de estos medicamentos. La evidencia disponible señala que los fármacos que reducen la progresión de la enfermedad y la mortalidad son sobretodo, remdesivir, CQ, HCQ, LPV7r, y TCZ.	Se destaca la importancia de administrar medicamentos no indicados en la etiqueta y medicamentos en investigación en el marco de ensayos clínicos o al menos en escenarios normalizados para generar todo el conocimiento científico que sea posible. Remdesivir es considerado el mejor antivírico por el amplio espectro y seguridad clínica.



Crespillo Moreno S. ⁽⁵⁾	C, España	Revisar los fármacos utilizados y en investigación para el tratamiento de COVID-19.	los	Revisión integrativa Muestra no especificada	Diversos fármacos usados con actividad in vitro cómo: Lopinavir/ritonavir, CQ/HCQ, AZI, betaferón. Remdesivir se encuentra en fase de ensayos clínicos, con resultados preliminares alentadores. Los anti-inflamatorios e inmunomoduladores ha sido ampliamente explorado. Los glucocorticoides a dosis bajas por pocos días han mostrado reducción de la mortalidad, aunque los resultados no son aún definitivos. TCZ ha sido ampliamente utilizado, con efectos positivos en estudios observacionales.	En la actualidad ningún fármaco ha mostrado ser eficaz contra el coronavirus en humanos, aunque se han utilizado diversos medicamentos con actividad in vitro.
Tlayjeh H, Mhish O, Enani M, Alruwaili A, Tleyjeh R, Thalib L. ⁽²⁴⁾	H, Arabia Saudita	Revisar la literatura sobre la asociación entre la terapia sistémica con CST y los resultados de los pacientes con COVID-19.	la	Revisión sistemática y meta-análisis. Incluyeron estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorios (ECA) que evaluaron pacientes tratados con CST, con COVID-19. Muestras diversas	Se examinó el efecto de la terapia sistémica con CST sobre mortalidad a corto plazo. De los 16,977 pacientes hospitalizados (1 ECA y 19 de cohortes) y en otros estudios con 10,278 pacientes (1 ECA y 8 de cohorte). El RR ajustado agrupado fue 0,92 (IC 95%: 0.69 a 1.22, I2=81,94%). Cuatro estudios de cohortes examinaron el efecto de la CST sobre el resultado combinado de muerte, ingreso en la UCI y necesidad de ventilación mecánica. El RR ajustado combinado fue 0.41 (0.23-0.73, I2=78,69%). Seis de cohortes examinaron el efecto de la CST sobre el aclaramiento viral retardado. El RR ajustado agrupado fue 1.47 (IC 95% 1.11-1.93, I2=43.38%).	No en todos los estudios, los CST se asociaron en la reducción de la mortalidad a corto plazo, pero se observó cambios en el tiempo de la eliminación viral en pacientes hospitalizados de diferente gravedad con COVID-19.
Díaz Amezaga-Menéndez R, Vidal-Cortés P, Escapa MG, Subeviola B, Serrano-Lázaro A et al. ⁽²⁷⁾	E, España	Ofrecer actualización de la terapia que se está aplicando en la actualidad.	la	Revisión integrativa Muestras diversas en los diferentes estudios	Se usan varias terapias con diversas acciones. Efecto antivírico: lopinavir/ritonavir, remdesivir, HCQ y AZI, Interferon B, remdesivir, la mortalidad global fue 13% (18% con ventilación mecánica, 5% los no ventilados). No se asoció a mejoría clínica. El TCZ se indica en pacientes con mediana afección y no en casos graves. La Comisión Nacional de Salud de China y otros expertos recomiendan su empleo en pacientes críticos con elevación de IL-6. La evidencia del tratamiento antiinflamatorio con CST es muy limitada. Se observó que el anticoagulante se asoció con disminución de	Se destaca la falta de terapias probadas y la necesidad de ensayos clínicos que permitan establecer pautas de tratamiento claras y objetivas. Se usan diferentes terapias con modificaciones rápidas en los protocolos.



				mortalidad (HRa 0.86, por día, IC 95% 0.82-0.89, p< 0.001).	
Gonzales-Zamora J, Quiroz T, Vega A. ⁽²⁸⁾	USA	Presentar el estudio de caso en paciente masculino con neumonía asociada a COVID-19.	Estudio de caso	Paciente con SARS-CoV-2, inicialmente recibió ceftriaxona y AZI, esta última reemplazada por HCQ, al no mejorar se indica remdesivir en una dosis de 200 mg IV al día y luego 100 mg IV diarios durante 4 días, combinado con prednisolona por aumento de IL-6. El paciente mejoró de manera significativa.	La combinación de remdesivir y metilprednisolona debe considerarse en casos de neumonía grave por COVID-19, para contrarrestar el daño viral y controlar la inflamación.
Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS. ⁽²⁹⁾	USA	Recomendar el uso de ivermectina para el tratamiento de COVID-19	Revisión integrativa rápida de todos los estudios humanos in vitro (laboratorio) e in vivo (clínicos) de COVID-19. Muestra no especificada	La declaración del Comité de Expertos de ivermectina enfatizó su eficacia para reducir la carga viral en cultivos de laboratorio, a niveles de dosificación muy superiores a los aprobados por FDA en el tratamiento de enfermedades parasitarias en humanos. Esta instancia señala evidencia insuficiente de la ivermectina para reducir la carga viral en pacientes con COVID-19.	Los estudios de ivermectina presentan elevado sesgo, muy poca certeza de la evidencia y la existente es insuficiente para llegar a una conclusión sobre sus beneficios y daños. La OPS no recomienda usar ivermectina en el tratamiento de COVID-19.
Cao B, Wang D, Liu Wen, Wang J, Fan J, Ruan L, et al. ⁽³⁰⁾	Inglaterra	Evaluar la eficacia de lopinavir/ritonavir, de acuerdo al tiempo y la mejora clínica.	Ensayo aleatorio controlado. Pacientes adultos internados con COVID-19 (99 grupo experimental y 100 grupo control). Mediciones 14 y 28 días	El tratamiento con lopinavir-ritonavir (400 y 100 mg) 2/día por 14 días no se asoció con la mejora clínica respecto a la atención estándar HR 1.24 (IC 95%, 0.90 -1.729). Los pacientes en la medición a los 28 días tuvieron mejoría clínica significativa en menor tiempo que la observada con la atención estándar 1.39 (IC 95%, 1.00-1.91). La mortalidad a 28 días fue similar en ambos grupos (19.2% vs. 25%; diferencia, -5,8 puntos porcentuales (IC 95%: -17.3-5.7).	En los pacientes adultos graves con COVID-19, el tratamiento con lopinavir/ritonavir a los 28 días aceleró de manera significativa la mejoría clínica y no redujo la mortalidad.



Sanders J, Monogue M, Jodlowski T, Cutrell J. ⁽³¹⁾	USA	Revisar las evidencias de los principales tratamientos propuestos, de nuevo uso o experimentales, para COVID-19	Revisión integrativa de documentos publicados hasta el 25 de marzo de 2020. Muestra no especificada.	Remdesivir es el fármaco con potente actividad in vitro contra el SARS-CoV-2, pero aún no hay evidencia concluyente. No existen pruebas de alta calidad sobre la eficacia de CQ/HCQ en SARS o el MERS. Lopinavir/ritonavir los datos indican que tiene una función limitada en el tratamiento de COVID-19. No se recomienda los interferones por los datos contradictorios de su acción. El nitazoxanida, es relativamente favorable, pero se requiere de mayores estudios. El plasma convaleciente e inmunoglobulina se asoció con una reducción de la mortalidad OR 0.25 (IC 95%, 0.14-0.45).	Se requiere de mayores estudios de calidad sobre el tratamiento en la COVID-19. A la fecha no se ha demostrado la eficacia de ninguna terapia, excepto el plasma convaleciente e inmunoglobulina se asociaron levemente con la disminución de la mortalidad.
Rosenberg E, Dufort E, Udo T, Wilberschied L, Kumar J, Tesoriero J, et al. ⁽³²⁾	USA	Describir la asociación entre el uso de la HCQ con o sin AZI, resultados clínicos y mortalidad hospitalaria en los pacientes con COVID-19.	Estudio de cohorte multicéntrico. Muestra 1,438 pacientes en 25 hospitales de Nueva York. Grupos:1) HCQ +AZI, n=735; 2) HCQ n=271; 3) AZI n= 211 y 4) ninguno de los fármacos n=221	En todos los grupos de pacientes hospitalizados con COVID-19 mediante el ajuste de riesgos proporcionales de Cox no se observaron diferencia significativa en la posible mortalidad. HCQ-AZI (HR, 1.35 (IC 95%, 0.76-2.40); HCQ (HR, 1.09 (IC 95%,0.63-1.85) o AZ (HR, 0.56 IC 95%, 0.26-1.21). El paro cardíaco fue significativamente más probable en los pacientes que recibieron HCQ-AZI (OR ajustado, 2.13(IC 95%, 1.12-4.05), pero no fue significativo en HCQ (OR ajustado, 1.91, IC 95%, 0.96-3.81) o AZ (OR ajustado, 0.64, IC 95%, 0.27-1.56).	Entre los pacientes hospitalizados en el área de Nueva York con COVID-19, el tratamiento con HCQ-AZI, HCQ y AZ, en comparación con los que no tenían ningún tratamiento, las diferencias en la mortalidad no fueron significativa. Sin embargo, la interpretación de resultados es limitada por el tipo de diseño del estudio.
Spinner C, Gottlieb R, Criner G, Arribas J, Cattelan A, Soriano V, et al. ⁽³³⁾	USA	Determinar la eficacia de 5 o 10 días de tratamiento con remdesivir en comparación con la atención estándar en el estado clínico el día 11 de haber iniciado el tratamiento.	Ensayo aleatorio en 105 hospitales de USA, Asia y Europa. n=596 pacientes al azar Grupos: remdesivir durante 10 días (197), los que lo recibieron durante 5 días (199), y atención estándar (200)	533 completaron el ensayo. La duración media del tratamiento fue 5 días y 6 días en el grupo de 10 días, con remdesivir. En el día 11, los pacientes del grupo de 5 días de remdesivir tuvieron mejora clínica significativa que los que recibieron atención estándar (OR 1.65; IC 95%, 1.09-2.48; p=.02). En el día 11, la distribución en el estado clínico de los que recibieron remdesivir en día 10 y el grupo de atención estándar, no tuvo diferencia significativa, p=.18.	Los pacientes con COVID-19 moderado y bajo con remdesivir a los 5 días tuvieron cambios clínicos significativos respecto de los de atención estándar. En mayor tiempo de tratamiento no hubo cambios significativos.
Jimbo-Sotomayor R, Gómez-Jaramillo A, Sánchez X,	Ecuador	Conocer la efectividad de la ivermectina para el tratamiento de los pacientes con	Revisión integrativa Incluyeron estudios caso-control y	Ivermectina actúa contra SAR-CoV-2 in vitro, disminuye la unión de los factores de transcripción inducidos por hipoxia (HIF-1 α). La mortalidad	Ivermectina ha demostrado actividad antiviral en contra de SARS-CoV-2; sin embargo, aún



Moreno-Piedrahita F. (34)		COVID-19	observacionales. Muestra sin especificar.		fue menor en el grupo de ivermectina (7.3% versus 21.3%), las tasas de mortalidad global fueron más bajas con 1.4% versus 8.5%; HR 0.20, IC 95%, 0.11-0.37, p <0.0001) no obstante se necesitan realizar ensayos clínicos fase 3 para comprobar estos hallazgos.	no hay resultados de ensayos clínicos en humanos que avalen su uso.
Santillán A, Palacios E. (9)	Ecuador	Conocer el tratamiento disponible momento para tratar COVID-19	el al momento para tratar COVID-19	Revisión integrativa Muestra no especificada	Los estudios a la fecha indicaron que HCQ o CQ al igual que Lopinavir /Ritonavir no son fármacos eficaces para reducir la mortalidad en pacientes con COVID-19. Remdesivir ayuda a la mejoría clínica, se asoció con una reducción de 5 días en la mediana del tiempo y eliminación del virus.	No existe resultados concluyentes de la efectividad de los fármacos contra COVID-19.
Huamán-Sánchez K. (35)	Perú	Sintetizar evidencia disponible sobre la efectividad y seguridad de TCZ en el tratamiento de COVID-19	la evidencia disponible sobre la efectividad y seguridad de TCZ en el tratamiento de COVID-19	Revisión integrativa. 16 estudios observacionales	La dosis de TCZ es variable según el peso de la persona y el estado de gravedad. En relación a la mortalidad 15 estudios reportaron este desenlace, cinco sugieren que posiblemente su uso disminuiría la mortalidad por COVID-19, de este grupo solo en tres estudios se hicieron ajustes con otras variables basales o comorbilidades. El TCZ no mostró efectos en la mejoría clínica HR 1.01; IC 95%, 1.00-1.02; p<0.006.	La evidencia de la efectividad del TCZ es de muy baja calidad por limitaciones metodológicas.
Pareja-Cruz A, Luque-Espino J. (36)	Perú	Revisar conocimientos actuales de las alternativas terapéuticas para COVID-19.	los conocimientos actuales de las alternativas terapéuticas para COVID-19.	Revisión integrativa Muestra no especificada	Las alternativas terapéuticas con posible eficacia para COVID-19, son fármacos antivirales (arbidol, remdesivir, favipiravir, lopinavir/ritonavir) hasta medicamentos que usualmente han sido empleados como antiparasitarios (CQ e HCQ) o antibacterianos (teicoplanina y AZI).	El tratamiento en la COVID-19, requiere de mayores ensayos controlados que prueben su eficacia. En Perú se usa el esquema: CQ, HCQ, e HCQ/AZI.
Benavides (17)	V. Colombia	Describir tratamientos de reposicionamiento que combaten el virus	los tratamientos de reposicionamiento que combaten el virus	Revisión integrativa Muestra no especificada	Fármacos antimalariales, antivirales, antibióticos, glucocorticoides, anticuerpos monoclonales entre otros están siendo estudiados; sus hallazgos aunque preliminares, mejoran la eliminación del virus. Los tratamientos de reposicionamiento fueron HCQ, AZI+HCQ.	Los tratamientos combinados cuando se usan en conjunto mejoran la eliminación del virus. Aun no existe conclusión definitiva.
Moneriz Castro-Salguedo C. (37)	C. Colombia	Reconocer información disponible sobre fármacos potenciales en el	la información disponible sobre fármacos potenciales en el	Revisión integrativa, se seleccionaron 90 artículos	Los fármacos contra COVID-19, con resultados positivos fueron remdesivir y CQ. Lopinavir no mostró diferencias entre tratamiento combinado y	Los fármacos contra COVID-19 se usan en el manejo de los síntomas y como soporte en casos



		tratamiento de pacientes con COVID-19.		tratamiento estándar en términos de mejoría clínica y mortalidad. TCZ su efectividad está relacionada con el grado de severidad de la enfermedad. Interferón, arbidol y teicoplanina se sugiere pueden ser útiles.	graves. Varios estudios arrojan beneficios sin significación estadística. Se requiere de ensayos clínicos
Caly L, Druce J, Catton M, Jans D, Wagstaff K. ⁽¹³⁾	Australia	Informar el efecto antiviral de la ivermectina.	Ensayo <i>in vitro</i> , de cultivo celular del virus SARS-CoV-2 y tratamiento	En laboratorio se infectaron células epiteliales usadas en cultivos (Vero-hSLAM) con el Australia/VIC01/2020 isolate, posterior de 2 horas se usó diluciones seriadas de ivermectina. Pasadas 48 horas se tomó muestra del tejido y se analizó con la prueba PCR, se observó una disminución >5000 veces en el ARN viral (99.9%) en las muestras tratadas con 5 µM de ivermectina.	El estudio evidenció el efecto antiviral de amplio espectro <i>in vitro</i> de ivermectina contra las cepas del SARS-CoV-2. Con una sola dosis de 5 µM se controló la replicación del virus en 24-48 horas.
Santos S, Salas C. ⁽³⁹⁾	México	Establecer un marco de referencia de la clasificación taxonómica del SARS-CoV-2, los métodos de detección y tratamiento potencial.	Revisión integrativa Muestra no especificada.	El tratamiento potencial contra SARS-CoV-2 en las células Vero E6 fue remdesivir con efecto de 90%. La CQ funciona en el contagio como en las etapas posteriores de COVID-19, tiene efectos antivirales e inmunomodulador.	No se puede afirmar que se dispone de tratamientos que combatan de manera eficiente y confiable el SARS-CoV-2.
Gómez T, Diéguez G, Pérez A. ⁽³⁸⁾	Cuba	Describir las alternativas terapéuticas de COVID - 19, según los mecanismos fisiopatológicos descritos hasta el momento.	Revisión bibliográfica de 31 referencias	Los tratamientos en COVID-19 son: Inhibidores de la fusión de membrana de la envoltura viral (arbidol), Inhibidores de la proteína endotelial de la proteasa de la membrana (TMPRSS2), camostat y nafamostat, Inhibidores de la entrada y endocitosis (CQ e HCQ), Inhibidores 3- quimotripsina, medicamentos antivirales de esta enzima (lopinavir y ritonavir, darunavir, kaletra) efectiva solo durante la fase de replicación, Inhibidores de la ARN polimerasa ribavirina, favipiravir, redemsevir. Otro medicamento antibacteriano usado fue AZI.	Se usan diversos medicamentos que han mostrado efectividad en la fase del ciclo viral. Los autores sugieren focalizar la atención en HCQ, AZI, kaletra y el remdesivir con sus respectivas combinaciones. En Cuba la CQ forma parte del protocolo del tratamiento, su uso ha tenido resultados efectivos.

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Con base en los hallazgos y análisis de las evidencias científicas más actualizadas, los fármacos que han presentado actividad favorable contra COVID-19, son antivirales, antibacterianos, antiinflamatorios e inmunomoduladores. Se observa que la estrategia con mejores resultados, menor tiempo y mayor seguridad



es "Drug Repurposing o Reposicionamiento de Medicamentos", que se refiere al nuevo uso de fármacos aprobados anteriormente para otros eventos diferentes a la indicación original terapéutica, como, por ejemplo, es el uso de HCQ muy utilizado en las enfermedades autoinmunes sistémicas. Por otra parte, la combinación de diversos antivirales versus el uso de uno solo ha controlado mejor la infección, la replicación viral y menor empleo de corticoesteroide. Sin embargo, la mayoría de la literatura analizada coincide en señalar la ausencia de estudios robustos y la necesidad de realizar mayores ensayos clínicos con alta validez científica.^(6,8,9,14,15,17,25)

Según los diferentes reportes, pareciera que en el tratamiento para la COVID-19, el remdesivir, fármaco análogo de nucleótido, que interfiere con la polimerización del ARN del virus, con actividad in vitro en coronavirus, ha demostrado mayor beneficio significativo en pacientes adultos infectados por el virus en las diferentes etapas del proceso evolutivo de la enfermedad, los pacientes se recuperaron más rápido que con el uso de otros, se señalan mayores resultados favorables en relación a la respuesta de seguridad y eficacia de su aplicación, su uso se incluyó en la guía clínica NIH COVID-19 Treatment Guidelines.^(5, 16, 17,22,25-28, 31,33,37,38,40,41)

Por otro lado, el fármaco inmunosupresor TCZ, inhibidor de la interleucina-6 (IL-6), incluido en el tratamiento en SARS-CoV-2 por la Comisión Nacional de Salud de China, evidencia los beneficios en los pacientes, disminuyó el tiempo de hospitalización y complicaciones con dosis de TCZ en etapa temprana vs etapa tardía en la enfermedad aunque aún no se recibía la aprobación de la autoridad sanitaria en ningún país, y no existía evidencia clínica sólida con respecto a su seguridad y eficacia.^{(5, 35,39).}

De igual manera, se observa en la literatura que HCQ/CQ, utilizada desde diciembre 2019 a diciembre 2020, presentó resultados positivos al reducir mayormente la carga viral en pacientes en estadios pre y post-infección, además de contar con evidencia científica, aún no se puede afirmar su aplicación de manera eficiente y confiable ante COVID-19.^(10, 11,17,23,24,32,40)



También se menciona el uso de AZI, antibiótico macrólido utilizado eficazmente en las infecciones del tracto respiratorio⁽¹⁴⁾. Asimismo, la Secretaría de Salud de México y la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud emplearon el fármaco AZI combinado con HCQ para tratar ciertos pacientes con COVID-19, sin embargo, hay informes variados de su efectividad cuando se usó junto con otros medicamentos en pacientes con secuelas de neumonía⁽⁴²⁾.

La ivermectina, cuya principal acción es antiparasitario de amplio espectro, también es referido por algunos autores, debido a que su efectividad en condiciones in vitro inhibió la replicación viral de SARS-CoV-2,^(13,14,34,43) pero investigaciones recientes de la OPS cuestionaron los reportes de los estudios aludiendo el sesgo, poca certeza de evidencia e insuficientes pruebas para llegar a una conclusión válida sobre su beneficio.^(2,8,13,29) Se observó en el tratamiento para COVID-19 la inclusión de otras terapias complementarias como plasma de pacientes convalecientes debido a la existencia de la hipótesis de mejoría clínica así como en otras infecciones virales, no obstante, en la actualidad no existe evidencia suficiente para recomendar o desaconsejar el uso de plasma convaleciente en pacientes con COVID-19 ^(22,23, 25,26, 31).

Conclusiones

Con base en la revisión integradora que identificó las evidencias científicas sobre el tratamiento farmacológico en los pacientes con COVID-19, se puede concluir que el fármaco que demostró mayor beneficio a los infectados por COVID-19 en las diferentes etapas del proceso evolutivo de la enfermedad, fue remdesivir el cual demostró mejor respuesta de seguridad y eficacia de su tratamiento. Por otro lado, TCZ y los glucocorticoides mostraron resultados favorables, sin embargo, estos aún se encuentran en estudios para corroborar efectividad farmacológica para COVID-19. Actualmente la AZI es indicada dentro del tratamiento para COVID-19 en combinación con otros fármacos, como profilaxis. La HCQ/CQ a pesar de presentar estudios positivos para su uso y ser el fármaco con mayor evidencia científica, aun no se puede afirmar su uso de manera eficiente y confiable. Hasta el día de hoy se están realizando diversos ECA con los



fármacos antes mencionados, no obstante, los diversos autores señalan que aún no es posible afirmar que se dispone de tratamientos que combatan al COVID-19 de una manera efectiva y eficiente.

El presente trabajo permite actualizar y ampliar el conocimiento de enfermería al familiarizarse sobre las diversas terapéuticas farmacológicas disponibles en la actualidad para contribuir a mejorar las condiciones clínicas en los pacientes con COVID-19 en los diferentes grados de severidad de la enfermedad. Asimismo, facilita al profesional de enfermería reconocer los fármacos más efectivos en la literatura científica, los efectos deseables y colaterales que, sin duda, en la práctica clínica, dicho conocimiento coadyuvará en la implementación de intervenciones oportunas y efectivas que contribuyan en la recuperación de los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declararan no tener ningún tipo de conflicto e intereses en relación al artículo.

Financiamiento

No se requirió financiamiento para realizar este trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [(OECD/The World Bank, 2020), Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020 [Internet]. OECD Publishing, Paris; 2020 [citado 30 oct 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/6089164f-en>
2. Organización Mundial de la Salud. Aceleración de la propagación de la COVID-19. [Internet]. OMS [Actualizado 30 oct 2020; citado 30 oct 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-10-2020-as-covid-19-spread-accelerates-ihr-emergency-committee-urges-focus-on-measures-that-work>
3. World Health Organization (WHO). Statement on the fifth meeting of the International Health Regulations, 2005. Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. WHO, 2005 [Actualizado día 30 oct. 2020; citado día 30 oct 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
4. Shankar A, Dubey A, Saini D, Prakash Ch. Role of complementary an alternative medicine in prevention and treatment of COVID-19: An overhyped hope. Chin J Integr Med [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];26(8):565-567. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11655-020-2851-y>



5. Crespillo C, Moreno S. Abordaje terapéutico en pacientes con infección por coronavirus SAR-COV-2. *Act. Farm Terap* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];18(2):109-120. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7487153>
6. Helmy Y, Fawzy M, Elasad A, Sobieh A, Kenney S, Shehata A. The COVID-19 Pandemic: a comprehensive review of taxonomy, genetics, epidemiology, diagnosis, treatment and control. *J. Clin. Med* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020] 9:1225:1-29. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm9041225>
7. Lam S, Lombardi A, Ouanounou A. COVID-19: A review of the proposed pharmacological treatments. *Eur J of Pharmacol* [Internet]. 2020 [citado 28 ago 2020];886:1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2020.173451>
8. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la COVID-19. Orientaciones provisionales [Internet]. OMS, 2019 [citado 30 oct 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>
9. Santillán A, Palacios E. Actualización en el tratamiento de COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];39(2):191-194. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_2_2020/8_actualizacion.pdf
10. Liu J, Cao R, Xu M, Wang X, Zhang H, Hu H, et al. Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro. *Cell Discov* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];6(16):1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41421-020-0156-0>
11. Gautret P, Lagier J, Parola P, Hoang V, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID19: results of an open-label non-randomized clinical trial, Francia. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2020 [citado 30 oct. 2020];56(1):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105949>
12. Poschet J, Perkett E, Timmins G, Vojo Deretic. Azithromycin and ciprofloxacin have a chloroquine-like effect on respiratory epithelial cells. Preprints from medRxiv and bioRxiv [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];3(29):1-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.03.29.008631>
13. Caly L, Druce J, Catton M, Jans D, Wagstaff K. The FDA approved drug Ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro. *Antiviral Res* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];10(4):787. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104787>
14. Choudhary R, Sharma AK. Potential Use of Hydroxychloroquine, Ivermectin, and Azithromycin Drugs in the Fight Against COVID-19: Trends, Scope, and Relevance. *New Microbes and New Infect* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];1(35):1-4. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S2052297520300366>
15. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Tratamientos disponibles sujetos a condiciones especiales de acceso para el manejo de la infección respiratoria por SARS CoV-2 [Internet]. España; 2020 [citado 30 oct 2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%e2%80%9119/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-SARS-CoV-2-2/>
16. Wayah S, Auta R, Waziri P, Haruna E. New insights on potential therapeutic options and vaccines for coronavirus disease-2019. *Reviews in Medical Microbiology* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];0(0):1-8. Disponible en: https://journals.lww.com/revmedmicrobiol/Citation/2021/04000/New_insights_on_potential_therapeuti_c_options_and.1.aspx



17. Benavides V. Reposicionamiento de medicamentos para COVID - 19. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Ciencias Básicas. Colomb Med (Cali) [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];50(3):1-11. Disponible en: <http://doi.org/10.25100/cm.v51i2.4279>
18. Grove SK, Gray JR. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 7 ed. España: Elsevier; 2019.
19. Guevara-Valtier M, Cárdenas-Villarreal V, Hernández-Cortes P. Protocolos de investigación en Enfermería. México: Manual Moderno; 2017.
20. Descriptores en Ciencias de la Salud. Biblioteca Virtual en Salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2021 [citado 30 oct 2020]. Disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
21. Medical Subject Heading [Internet]. National Library of Medicine. Mesh, NIH; 2021 [citado 30 oct 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/2050325>
22. Fan L, Jiang, S, Yang X, Wang Z. COVID-19 Drug Treatment in China. Curr Pharmacol Reports [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];6:146–154. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40495-020-00218-5>
23. Tzu-Han Y, Chian-Ying C, Yi-Fan Y, Chian-Shiu C, Aliaksandr AY, Tzu-Ying Y, et al. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness and safety of hidroxychloroquine in treating Covid-19 patients. J Chin Med Assoc [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];10(1):1-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jcma.0000000000000425>
24. Tlayjeh H, Mhish OH, Enani MA, Alruwaili A, Tleyjeh R, Thalib L, et al. Association of corticosteroid use and outcomes in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. J Infect Public Heal [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];13(11):1652-1663. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1876034120306638>
25. Marto N, Monteiro E. Medicines for the treatment of COVID-19: Awaiting the evidence. Acta Med Port [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];33(7-8):500-504. Disponible en: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/13908/5961>
26. Reina J. Remdesivir, la esperanza antiviral frente al SARS-CoV-2. Rev. Esp. Quimioter [Internet]. 2020. [citado 30 oct 2020];33(3):176-179. Disponible en: <https://seq.es/wp-content/uploads/2020/04/reina01apr2020.pdf>
27. Díaz E, Amezaga- Menéndez R, Vidal-Cortés P, Escapa MG, Subeviola B, Serrano-Lázaro A, et al. Tratamiento farmacológico de la COVID-19: revisión narrativa de los grupos de trabajo de enfermedades infecciosas y sepsis (GTEIS) y del grupo de trabajo de transfusiones hemoderivados (GTTH). Med. Intensiva [Internet]. 2020 [citado 02 nov 2020];45(2):104-121. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.06.017>
28. Gonzales-Zamora J, Quiroz T, Vega A. Tratamiento exitoso con remdesivir y corticoides en un paciente con neumonía asociada a COVID-19: reporte de un caso. Medwave [Internet]. 2020. [citado 30 oct 2020];20(7):e7998. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Casos/7998.act>
29. Organización Panamericana de la Salud. Recomendación sobre uso de ivermectina en el tratamiento de COVID-19. OPS [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100598/ops-tratamiento-ivermectina-junio-22-2020.pdf>
30. Cao B, Wang D, Liu Wen, Wang J, Fan J, Ruan L, et al. A trial of lopinavir–ritonavir in adults hospitalized with severe COVID-19. N Engl J Med [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];382:1787-1799. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001282>



31. Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review. *JAMA* [Internet]. 2020. [citado 30 oct 2020];323(18):1824-1836. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32282022/>.
32. Rosenberg ES, Dufort EM, Udo T, Wilberschied LA, Kumar J, Tesoriero J, et al. Association of treatment with hydroxychloroquine or azithromycin with in-hospital mortality in patients with COVID-19 in New York State. *JAMA* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];323(24):2493-2502. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766117>
33. Spinner CD, Gottlieb RL, Criner GJ, Arribas JR, Cattelan AM, Soriano VA, et al. Effect of remdesivir vs standard care on clinical status at 11 days in patients with moderate COVID-19. *JAMA* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];324(11):1048-1057. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2769871>
34. Jimbo-Sotomayor R, Gómez-Jaramillo AB, Sánchez X, Moreno-Piedrahita F. Ivermectina para el tratamiento de la infección COVID-19. Pontificia Universidad Católica del Ecuador [Internet]. 2020 [citado 20 oct 2020]. Disponible en: <https://puceapex.puce.edu.ec/web/covid19-medidas-preventivas/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/ivermectina.pdf>
35. Huamán-Sánchez K. Efectividad y seguridad tocilizumab en el tratamiento de COVID-19. Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública. Centro Nacional de Salud Pública. Serie síntesis de evidencias COVID-19 [Internet]. Perú; 2020 [citado 30 oct 2020]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2020-08-04/SE_23%20Tocilizumab%20Covid-19.pdf
36. Pareja A, Luque JC. Alternativas terapéuticas farmacológicas para COVID-19. *Horiz. Med (Lima)* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];20(2):e1216. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v20n2/1727-558X-hm-20-02-e1216.pdf>
37. Moneriz C, Castro-Salguedo C. Fármacos prometedores y potenciales para el tratamiento de COVID-19. *Revista Chilena de Infectología* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];37(3):205-215. Disponible en: <https://www.revinf.cl/index.php/revinf/article/view/728/397>
38. Gómez-Tejeda JJ, Dieguez-Guach RA, Pérez-Abreu MR. Alternativas terapéuticas para el manejo de COVID - 19. *Rev Habanera Cienc. Médi* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020]; 19 (Supl):e3328. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3328>
39. Santos-Sánchez NF, Salas-Coronado R. Origen, características estructurales, medidas de prevención, diagnóstico y fármacos potenciales para prevenir y controlar COVID-19. *Med Wave*. [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];20(8):1-28. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/8037.act>
40. Joo M, Kang M, Youn S, Noh J, Cheong H, Kim W, Jung J. Comparison of antiviral effect for mild-to-moderate COVID-19 cases between lopinavir/ritonavir versus hydroxychloroquine: A nationwide propensity score-matched cohort study. *J. Glob. Infect. Dis* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];102: 275-281. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jgid.2020.10.062>
41. Sheahan TP, Sims AC, Leist SR, Schäfer A, Won J, Brown A, et al. Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-CoV. *Nat. Commun* [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020];11(222):1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41467-019-13940-6>



42. Secretaría de Salud. Propuesta de medicamentos para el tratamiento de COVID-19. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud [Internet]. México; 2020 [citado 30 oct 2020]. Disponible en: http://www.sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Propuesta_tratamiento_COVID19.pdf
43. Cepelowicz R, Sherman M, Fatteh N, Vogel F, Sacks J, Rajter J. Use of Ivermectin is associated with lower mortality in hospitalized patients with coronavirus disease 2019: The ICON Study. Chest Infections [Internet]. 2020 [citado 30 oct 2020]. Article in press. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.10.009>

Cómo citar este artículo: Melendrez-Arango E, Durán-Aguirre L, Quiñones-Lucero L, Peralta-Peña S, Vargas M. Tratamiento farmacológico en pacientes con COVID-19: una revisión integradora. SANUS [Internet]. 2021 [citado dd mm aa];6:e250. Disponible en: URL/DOI




Proceso enfermero en neonato con retraso en la recuperación quirúrgica por atresia duodenal

Nursing process in neonate with delay in the surgical recovery for duodenal atresia

Processo de enfermagem do neonato com atraso na recuperação cirúrgica por atresia duodenal

Itzel Andrea Sánchez-Juárez¹
 <https://orcid.org/0000-0003-2979-0416>

María Luz de Avila-Arroyo^{2*}
 <https://orcid.org/0000-0003-4924-1959>

Inés Tenahua-Quitl³
 <https://orcid.org/0000-0002-3987-8254>

Alejandro Torres-Reyes⁴
 <https://orcid.org/0000-0001-5133-4172>

1. Licenciada en Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería. Puebla, México.
2. Maestra en Ciencias de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería. Puebla, México.
3. Maestra en Ciencias de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería. Puebla, México.
4. Maestro en Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería. Puebla, México.

*Autor para correspondencia: maluz_deavila@hotmail.com

Recibido: 05/03/2020

Aceptado: 18/01/2021

Resumen

Introducción: La atresia duodenal, es una malformación congénita donde una anomalía anatómica o funcional ocasiona la falla del tránsito intestinal normal. El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica, que tiene como objetivo restablecer la continuidad intestinal. Los neonatos sometidos a este tipo de procedimientos tienen alta morbilidad asociada a complicaciones quirúrgicas, sepsis y dehiscencia de herida quirúrgica. **Objetivo:** Implementar el proceso enfermero mediante el uso de las Taxonomías NANDA, NOC, NIC y GPC para contribuir al manejo del

neonato con retraso en la recuperación quirúrgica por atresia duodenal. **Metodología:** Se abordó a través de un estudio de caso en el que se implementaron las etapas del proceso enfermero, la valoración se realizó por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se priorizaron los patrones alterados e identificaron etiquetas diagnósticas. **Presentación del caso:** Neonato de 22 días de vida extrauterina, nació de 38.5 SDG de un hospital público, post-operada de plastia intestinal, tenía una herida quirúrgica dehisciente e infectada. Presentó signos de dolor agudo y complicaciones en la motilidad gastrointestinal como distensión abdominal y residuo gástrico. Los resultados auxiliares de diagnóstico mostraron trombocitopenia y aumento de la proteína C reactiva. **Conclusión:** La jerarquización de los patrones funcionales afectados, permitió realizar la ejecución de un plan de cuidados y atender las respuestas humanas que el neonato presentó, a través de intervenciones sustentadas en evidencia científica.

Palabras clave: Proceso de enfermería; Recién nacido; Anomalías congénitas; Atresia intestinal; Herida quirúrgica; Dolor agudo (DeCS).

Abstract

Introduction: Duodenal atresia is a congenital malformation where a functional or anatomic abnormality causes normal intestinal motility's disorders. The definitive treatment includes a surgical repair, whose main goal is to recover the intestinal continuity. Neonates treated with this kind of procedures have a high morbidity associated to surgical complications, sepsis, and dehiscence of surgical wound. **Objective:** Implement the nursing process by using the NANDA, NOC, NIC, and GPC taxonomies in order to contribute to the management of the newborn with delayed surgical recovery from duodenal atresia. **Methodology:** It was addressed through a case study in which the stages of the nursing process were implemented; the assessment was done by patterns functional health of Marjory Gordon, the altered patterns were prioritized and diagnosis labels were identified. **Case presentation:** 22-day old neonate extrauterine, was born from 38.5 SDG in a public hospital, post operated on intestinal plasty; the neonate had a dehiscence and infected surgical wound. The neonate showed signs of acute pain and gastrointestinal motility complications such as bloating and gastric residue. Auxiliary diagnosis results showed thrombocytopenia and increased C reactive protein. **Conclusion:** The hierarchical organization of the affected functional patterns allowed executing a care plan and taking care of the needs of the neonate, all of that through interventions sustained on scientific evidence.

Key words: Nursing process; newborn; Congenital abnormalities; Intestinal atresia; Surgical wound; Acute pain (DeCS).

Abstrato

Introdução: A atresia duodenal é uma malformação congênita onde uma anormalidade anatômica ou funcional causa a falha do trânsito intestinal normal. O tratamento de escolha é o reparo cirúrgico, que visa restaurar a continuidade intestinal. Os recém-nascidos submetidos a esse tipo de procedimento apresentam alta morbidade associada a complicações cirúrgicas, sepse e deiscência da ferida cirúrgica. **Objetivo:** Implementar o processo de enfermagem mediante o uso das Taxonomias NANDA, NOC, NIC e GPC que contribua a o manejo do recém-nascido com atraso na recuperação cirúrgica por atresia duodenal. **Metodologia:** Foi abordada por meio de um estudo de caso no qual o processo de enfermagem foi aplicado, a avaliação foi realizada pelos padrões funcionais de saúde de Marjory Gordon,



foram priorizados os padrões alterados e foram identificadas às etiquetas de diagnóstico. **Apresentação do caso:** Neonato de 22 dias de vida extra-uterina, nasceu de 38.5 SDG de um hospital público, pós-operatória de plastia intestinal, tinha uma ferida cirúrgica deiscente e infetada. Apresentou sinais de dor aguda e complicações na motilidade gastrointestinal como a distensão abdominal e resíduo gástrico. Os resultados do diagnóstico auxiliar mostraram trombocitopenia e aumento da proteína C reativa. **Conclusão:** A hierarquia dos padrões funcionais afetados, permitiu realizar a execução de um plano de cuidados e atender às respostas humanas que o neonato apresentou, através de intervenções baseadas em evidências científicas.

Palavras-chave: Processo de enfermagem; Recém-nascido; Anormalidades congênitas; Atresia intestinal; Ferida cirúrgica; Dor aguda (DeCS).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las malformaciones congénitas, como anomalías estructurales o funcionales que ocurren durante la vida intrauterina que se detectan durante el embarazo, parto o en un momento posterior al nacimiento ⁽¹⁾. En México, el 59.8 % de las defunciones en el período neonatal, están representadas por alguna malformación congénita, dentro de las que se encuentra la atresia del intestino delgado que se presenta en alguna porción de este, es una patología poco frecuente, que en el año 2017 se presentó en 46 casos de nacidos vivos ⁽²⁾.

La atresia, ocasiona la falla del tránsito intestinal normal, y tiene una prevalencia de 1 por cada 5,000 a 10,000 nacidos vivos ^(3,4). Diversos estudios demuestran que alrededor de un tercio de los casos se asocian con el síndrome de Down o trisomía 21 ⁽⁴⁻⁶⁾. El diagnóstico puede realizarse precozmente por medio de una ecografía prenatal, a partir de la semana 20 de gestación, donde se observará la dilatación del estómago y la porción proximal del duodeno, lo que produce el característico signo de la "doble burbuja", así como también por la presencia de polihidramnios; posterior al nacimiento, el diagnóstico definitivo se realiza mediante una radiografía simple de abdomen ^(3,5,7).

Los neonatos con atresia duodenal, presentan vómito durante las primeras horas después del nacimiento, y las características de éste dependerán de la localización de la obstrucción con respecto a la ampolla de Váter; cuando se encuentra por encima, en el vómito se observará contenido gástrico, si la obstrucción se encuentra por debajo,



habrá pérdida de bilis y jugo pancreático; otro signo clínico es la distensión abdominal a causa de la acumulación de líquidos y gases en la porción próxima a la obstrucción ⁽³⁾. El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica, que tiene el objetivo de restablecer la continuidad intestinal para permitir la alimentación, mediante una duodenoduodenostomía abierta, en forma de diamante u operación de Kimura, sin embargo, los neonatos sometidos a este tipo de procedimientos, tienen alta morbilidad asociada principalmente a complicaciones quirúrgicas, sepsis y dehiscencia de herida quirúrgica ^(3,5).

Con relación a lo descrito no se encontró evidencia donde se abordará el Proceso Enfermero (PE) aplicado en esta patología en específico, sin embargo, se ubicaron investigaciones en que se estudió la atresia esofágica en neonatos y los principales diagnósticos enfermeros que desatacan son alimentación ineficaz, alteración de la nutrición, riesgo de infección y patrón del sueño alterado. Así mismo, ambos casos utilizaron la valoración del dolor con la escala CRIES (Crying, requires oxygen to maintain saturation > 95%, increased vital signs, expression, sleepiness), y señalaron la etiqueta de dolor agudo, enfocando las intervenciones a las medidas no farmacológicas ^(8,9).

Lo descrito evidencia la importancia de unificar criterios de cuidado para los neonatos en el postoperatorio del tracto gastrointestinal con retraso en la recuperación quirúrgica dado que las complicaciones comprometen su estado de salud. En este sentido, el profesional de enfermería cuenta con el PE, un método de intervención que favorece a la práctica independiente y calidad en el cuidado ⁽¹⁰⁾. Por lo tanto, surge el objetivo: implementar el PE mediante el uso de las Taxonomías NANDA, NOC, NIC y GPC para contribuir al manejo del neonato con retraso en la recuperación quirúrgica por atresia duodenal.

Metodología

Se abordó a un neonato a través de un estudio de caso en el que se aplicó el PE en sus cinco etapas valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), de un hospital de alta especialidad del estado de Puebla, México. Se basó en el marco de valoración de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon ⁽¹¹⁾, que se complementó con la exploración física. La validación de los datos fue mediante la



revaloración del paciente, la participación de otros profesionales de enfermería para confirmarlos y así llegar al uso de las taxonomías de la NANDA Internacional, Inc ⁽¹²⁾ formulando los diagnósticos enfermeros.

Posteriormente se establecieron los resultados deseados que expresan el estado, conducta o percepción de la paciente con la clasificación de resultados de enfermería (NOC) ⁽¹³⁾, a partir de ello se determinó la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ⁽¹⁴⁾ y recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC) ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. En la obtención de los datos, se aseguró la confidencialidad de la información con el consentimiento informado que se entregó a los padres del neonato, asimismo se brindó un trato digno y respetuoso.

Presentación del caso

Antecedentes

Se trata de un neonato de sexo femenino, quien para fines de este estudio se nombra AMG. Cuando se inicia la valoración tenía 22 días de vida extrauterina, se encontraba en la incubadora en el servicio de UCIN, con los diagnósticos médicos siguientes: post-operada de plastia intestinal (duodeno-duodeno anastomosis tipo Kimura; 17 días) por atresia duodenal, dehiscencia e infección de herida quirúrgica, síndrome colestásico y de Down. De acuerdo con los antecedentes familiares no se reportan enfermedades crónico-degenerativas ni congénitas en la familia.

Nace de 38.3 semanas de gestación por test Capurro vía abdominal, producto de la tercera gesta de su madre de 35 años, con estudios de licenciatura, ocupación docente y con un adecuado control prenatal; su padre de 32 años estudió hasta secundaria y era encargado de mantenimiento; el matrimonio tenía dos hijos de 11 y 4 años. Son de religión católica y originarios del estado de Tlaxcala que residían en Puebla.

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

Se realizó una valoración general (17 de febrero de 2018) y una focalizada (18 de febrero de 2018). En la primera se recopilaron datos globales de las respuestas humanas para determinar los elementos que representaban alguna alteración y a partir de ello se llevó a cabo la segunda, donde se profundizó las alteraciones consideradas como



prioritarias al determinar el estado de salud de la recién nacida. Posteriormente se hizo un análisis de los datos objetivos y subjetivos determinando los patrones disfuncionales, que a continuación se describen.

Patrón nutricional-metabólico: los indicadores de la antropometría de AMG registraron un peso 3500 gramos, talla 54 cm, perímetro torácico 34.5 cm. y perímetro abdominal 35.5 cm. Presentó las siguientes variaciones en los resultados de la glucometría capilar: a las 8 horas 48 mg/dl, a las 14 horas 56 mg/dl y a las 20 horas 61 mg/dl. Se mantenía con Nutrición Parenteral Total de 72.8 kcal/kg/día a infusión continua de 15 ml/hora por vía intravenosa a través Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC). Además, se inició 2 ml de fórmula por vía enteral a través de una sonda orogástrica (SOG) calibre 5 French (Fr) para cada tres horas; sin embargo, posterior a ello presentó distensión abdominal y residuo de 2 ml de contenido gástrico antes de la segunda toma, por lo que se le indica ayuno, retiro de esta sonda y colocación de una de mayor calibre (8 Fr) para dejarla a derivación; a partir de lo anterior se obtuvo un gasto de características biliares de 5 ml en 6 horas.

La piel de AMG mostraba tinte icterico, la mucosa oral estaba hidratada, tenía boca pequeña y macroglosia lo que provocaba un reflejo de succión débil, también tuvo dificultad en la regulación de temperatura corporal que osciló entre 36.7°C y 37.5°C. En mesogastrio, tenía una herida quirúrgica dehiscente, ovalada, de aproximadamente 3 cm de longitud por uno de ancho, con formación de fibrina y bordes difusos; se observa excavación de 1 cm ubicada de las 9 a las 12 de acuerdo con las manecillas del reloj, y presencia de exudado en moderada cantidad, fétido, color verdoso; la piel perilesional de la herida era eritematosa, y se encontraba cubierta con un apósito de polihexametileno biguanida (PHMB) y micropore, que sirvió para valorar el gasto de la misma. Presentó edema en miembro pélvico izquierdo aparentemente por la presencia del PICC, que al momento de la valoración tenía 15 días desde su instalación, la curación de éste se había realizado el día previo a la valoración.

Patrón eliminación: el gasto urinario que presentó fue de 4 ml/kg/hora, recolectado de nueve mediciones, con orina de color amarillo oscuro, tuvo dos evacuaciones con heces de características semipastosas color verde; mostraba distensión y red venosa visible en abdomen, a la auscultación el peristaltismo intestinal estaba disminuido y había



flatulencias constantes antes de las evacuaciones. Tenía sudoración frecuente posterior a los períodos de irritabilidad y llanto prolongado.

Patrón actividad- ejercicio: las constantes vitales que reportó al momento de la valoración fueron: Frecuencia cardiaca 143 lpm, respiratoria 68 rpm, temperatura 37.5°C, saturación parcial de oxígeno (SpO₂) 97% y llenado capilar distal de 3 segundos. Se encontraba en fase I de ventilación con casco cefálico y humidificador con fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) al 50%. AMG se mostraba despierta y activa con movimientos constantes, irritable a la manipulación hasta llegar al llanto.

Patrón sueño-descanso: AMG no logra conciliar largos períodos de sueño, estos duran aproximadamente una hora.

Patrón cognitivo-perceptual: de acuerdo con la Escala de Glasgow modificada para lactantes, se identificó el estado de conciencia alerta (14/15); presenta signos de dolor a la palpación y manipulación en zona abdominal con un nivel 6 según la escala CRIES, al identificarse llanto con tono agudo inconsolable, requerimiento de FiO₂ >30% de oxígeno, expresión facial con muecas, despertar a intervalos frecuentes.

La valoración fue continua y, cuatro días después de la primera, se identificó el reinicio de la alimentación VO por SOG, posterior a la administración de tres tomas separadas en lapsos de tres horas, presentó vómito de características biliares por lo que se dejó en ayuno nuevamente. En cuanto a la valoración de la herida quirúrgica, mostraba un tamaño de 3 cm de longitud por un cm de ancho, con presencia de tejido granular, se encontró socavamiento de 1 cm de las 9 a las 12 de acuerdo con las manecillas del reloj, exudado verdoso no fétido escaso y eritema cutáneo circundante en disminución; se utilizó nuevamente un apósito de PHMB el cual se cubrió con cinta adhesiva microporosa. Resultados auxiliares diagnósticos: la citometría hemática evidencia trombocitopenia ($6.0 \cdot 10^3/l$) y leucocitosis ($4.0 \cdot 10^3/\mu l$), los valores de proteína C reactiva (PCR) se encontraban elevados (94.7 mg/l). El hemocultivo periférico realizado el día 19 de febrero, reveló el crecimiento de bacterias Gram (+) y probable contaminación por *Staphylococcus aureus*, datos que sugieren el diagnóstico de sepsis neonatal ⁽¹⁶⁾.



Después identificar los patrones alterados mediante la valoración se estableció un juicio clínico a través del razonamiento crítico formulando los diagnósticos enfermeros de acuerdo con la condición del neonato ⁽¹²⁾. Con base a esto se seleccionaron las intervenciones de enfermería jerarquizándolas por medio de las necesidades humanas de Maslow y Kalish con la finalidad de lograr resultados esperados para evitar, reducir o corregir las respuestas alteradas en el neonato mediante la preparación e implementación de las intervenciones para posteriormente evaluar las etapas del PE ⁽¹⁷⁾ (tabla 1).

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería para el neonato AMG.

Diagnóstico enfermero (NANDA) (12)	Resultado esperado (NOC) ⁽¹³⁾	Intervenciones	Ejecución y Evaluación
<p>Dolor agudo relacionado con agentes biológicos (infección) como lo demuestra conducta expresiva (inquietud, irritabilidad, llanto), y evidencia mediante pruebas estandarizadas del dolor: escala CRIES nivel 6: llanto con tono agudo inconsolable, requerimiento de FiO₂ >30% de oxígeno, expresión facial con muecas, despertar a intervalos frecuentes.</p>	<p><i>Nivel del dolor.</i> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración de los episodios de dolor • Inquietud • Irritabilidad • Muecas de dolor • Lágrimas 	<p>Manejo del dolor: agudo (14)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como factores que lo alivian y agudizan. • Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada para la edad. <p>GPC SS-745-15 (15)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del neonato a las molestias. • Fomentar períodos de sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. • Realizar la evaluación del dolor antes y después de procedimientos clínicos dolorosos. • Se sugiere la evaluación del dolor con la escala CRIES, cada dos horas para continuar o retirar el <u>tratamiento instituido.</u> 	<p>Se monitorizó el dolor mediante la escala CRIES cada dos horas. Para el control del dolor, se emplearon medidas farmacológicas, como la administración de paracetamol IV; y no farmacológicas, tales como evitar el ruido excesivo, cubrir la incubadora de la luz ambiental y el uso de la succión no nutritiva, principalmente durante la curación de la herida quirúrgica y punciones para monitorizar la glucosa capilar. Además, se respetó el ciclo de sueño/vigilia y se programaron las intervenciones con el fin de evitar estímulos repetidos. La evaluación mostró disminución en el llanto, se pudo lograr un puntaje de 5 (dolor moderado) en la escala CRIES.</p>



Continuación tabla 1...

<p>Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con cambios en los hábitos alimentarios y estresores como lo demuestra abdomen distendido, aumento del residuo gástrico, residuo gástrico de color bilioso, vómitos.</p> <p><i>Condiciones asociadas:</i> intolerancia alimentaria y alimentación enteral.</p>	<p><i>Función gastrointestinal.</i></p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia a la alimentación • Cantidad de residuos en el contenido gástrico aspirado • Color del contenido gástrico aspirado • Distensión abdominal • Vómitos 	<p>Cuidados de la sonda gastrointestinal ⁽¹⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar la correcta colocación de la sonda y fijar la sonda a la parte corporal correspondiente. • Vigilar periódicamente el estatus hidroelectrolítico. • Monitorizar la cantidad, color y consistencia del contenido gástrico. • Proporcionar cuidados de la nariz y boca 3 a 4 veces al día o cuando sea necesario y cuidados a la piel de alrededor. <p>Alimentación enteral por sonda ⁽¹⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos. • Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas. • Controlar la ingesta/excreción de líquidos. • Pesar diariamente al neonato. 	<p>Se preparó el material para la recolocación de la SOG, se utilizó un calibre 8 Fr y posterior a la colocación, se verificó que AMG no presentara signos de asfixia. Se fijó la SOG en las mejillas y dejó a derivación con una bolsa recolectora. Se registraron las características del gasto de la SOG. Se realizó el aseo de la cavidad oral, de manera gentil cada cuatro horas. Al finalizar el turno se llevó a cabo el control de líquidos, en el que se obtuvo un balance positivo (+153 ml).</p>
<p>Retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con dolor, como lo demuestra la interrupción de la curación de la herida quirúrgica (dehiscencia e infección), tiempo excesivo requerido para la recuperación.</p> <p><i>Condición asociada:</i> Edema en el sitio quirúrgico, infección del sitio quirúrgico perioperatorio, procedimiento quirúrgico extensivo (Plastia duodenal tipo Kimura).</p>	<p><i>Curación de la herida: por segunda intención.</i></p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritema cutáneo circundante • Secreción purulenta • Excavación • Inflamación de la herida • Olor de la herida • Disminución del tamaño de la herida • Granulación 	<p>Cuidados de las heridas ⁽¹⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Medir el lecho de la herida. <p>GPC SS-745-15 ⁽¹⁵⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar una vez por semana las características de la lesión y el exudado. • Evaluar la consistencia, color, olor y cantidad del exudado, esto permite valorar el proceso de cicatrización. <p>Utilizar para la limpieza la piel perilesional solución fisiológica o agua destilada</p>	<p>Durante la primera valoración al AMG, se realizó la curación de herida quirúrgica, donde se utilizaron las medidas de barrera necesarias; se hizo limpieza de la herida con agua inyectable a temperatura ambiente y se identificaron sus características; se colocó un apósito con PHMB y se cubrió con micropore. Una semana después, se llevó a cabo el mismo procedimiento de curación, donde se observó presencia de tejido de granulación, y disminución del eritema cutáneo circundante, se detectó que la cantidad y el olor del exudado disminuyeron, sin embargo, en la excavación y dimensiones de la herida no se detectaron cambios significativos.</p>



Continuación tabla 1...

a una temperatura neutra (37°C), para propiciar una

- correcta actividad enzimática, funcionamiento y metabolismo celular.
- Ejercer una presión de lavado que garantice el arrastre de detritus, bacterias y material de curaciones previas, sin lesionar el tejido sano.
- Utilizar apósitos antimicrobianos que contribuyan a reducir el dolor y olor cuando se sospeche la progresión hacia una infección o interrupción de la cicatrización.

Severidad de la infección: recién nacido.

Indicadores:

- Inestabilidad de la temperatura
- Aumento de leucocitos
- Supuración fétida
- Drenaje purulento
- Irritabilidad

Control de infecciones ⁽¹⁴⁾

- Mantener técnicas de aislamiento apropiadas y precauciones universales.
- Limitar el número de visitas y solicitar que se laven las manos al entrar y salir de la habitación.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas.

Regulación de la temperatura ⁽¹⁴⁾

- Comprobar la temperatura del neonato al menos cada 2 horas y vigilarla hasta que se estabilice.
- Observar color y temperatura de la piel.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del neonato.

GPC SS-283-12 ⁽¹⁶⁾

- Apoyo nutricio parenteral.

Se llevaron a cabo todas las precauciones por contacto que el neonato requería tales como estar en un cuarto aislado, realizar la higiene de manos durante los cinco momentos. Se vigiló la temperatura axilar cada dos horas, presentando alzas en la curva térmica, por lo que, como medida no farmacológica, se abrió la campana de la incubadora hasta que disminuyera la temperatura del neonato. Se administraron vancomicina 46 mg cada 8 horas, meropenem 62 mg cada 12 horas, amikacina 65 mg cada 12 horas y fluconazol 21 mg cada 12 horas IV

Fuente: NANDA ⁽¹²⁾, NOC ⁽¹³⁾, NIC ⁽¹⁴⁾, GPC SS-745-15 ⁽¹⁵⁾; elaboración propia.



Discusión

El PE garantiza la sistematización del cuidado para cubrir las necesidades derivadas de las respuestas humanas. Teniendo en cuenta los diagnósticos enfermeros obtenidos de este estudio se evidenció el uso de la escala CRIES, al igual que Lara y Montero ^(8,9), quienes a partir de ello determinaron la etiqueta diagnóstica de dolor agudo. Este puede ser manifestado a causa de que los neonatos con atresia fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos que condicionan la presencia del dolor, la escala identifica parámetros fisiológicos y de comportamiento ante los constantes estímulos dolorosos que los neonatos experimentan y no se pueden obtener verbalmente, por lo que el uso de la escala permitió valorarlo, así mismo atender a la recomendación de la GPC SS-745-15 ⁽¹⁵⁾.

Por otra parte, en este estudio se encontró el diagnóstico motilidad gastrointestinal disfuncional, dato que no concuerda con otros autores quienes establecieron la alimentación ineficaz y alteración de la nutrición ^(8,9), sin embargo, dichos hallazgos podrían relacionarse ya que ambos atienden las necesidades del tracto gastrointestinal que al estar alterado impide la ingestión, digestión y absorción de nutrientes, y las intervenciones se enfocan a mantener el estado nutricional mediante la alimentación enteral y parenteral para favorecer a la recuperación.

Conclusiones

En este estudio se implementó el PE, estableciendo como diagnósticos el dolor agudo, motilidad gastrointestinal disfuncional y retraso en la recuperación quirúrgica. Posteriormente a la ejecución del plan de cuidados se evidenció que los resultados esperados presentaron un cambio de sustancial a moderadamente comprometido. Se sugiere la utilización de la escala CRIES para valorar el dolor en el neonato. Realizar intervenciones sustentadas en evidencia científica a través del PE, otorga al personal de enfermería el uso de un lenguaje estandarizado para llevar a cabo el cuidado al neonato con retraso en la recuperación quirúrgica por atresia duodenal, así como, una atención individualizada y oportuna para mejorar el bienestar.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los autores.



Financiamiento

Financiamiento propio de los autores.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva de anomalías congénitas [Internet] 2016 [actualizado 7 septiembre de 2016; consultado 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
2. Navarrete E, Canún S, Valdés J, Reyes A. Malformaciones congénitas al nacimiento: México 2008-2013. *Bol Med Hosp Infant Mex.* [Internet] 2017 [consultado: 16 de diciembre de 2018];74(4): 301-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.02.003>
3. Gil M, Miguel M, Rosas M. Síndrome de obstrucción intestinal neonatal. *Revista Mexicana de Atención Primaria a la Salud.* [Internet] 2016 [consultado: 8 de enero de 2019];4:18-21. Disponible en: <https://bit.ly/3gTKEJA>
4. Miscia M, Lauriti G, Lelli P, Zani A. Duodenal atresia and associated intestinal atresia: a cohort study and review of the literature. *Pediatr Surg Int.* [Internet] 2018 [consultado: 29 de enero de 2019]; 35(1): 151-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00383-018-4387-1>
5. Chiarenza S, Bucci V, Conighi M, Zolpi E, Costa L, Fasoli L, Blevé C. Duodenal atresia: open versus mis repair - analysis of our experience over the last 12 years. *BioMed Res Int.* [Internet] 2017 [consultado: 29 de enero de 2019]; 1-7. Disponible: <https://doi.org/10.1155/2017/4585360>
6. Siu A, Paredes R, Betancourth J, Vázquez F, Delgado L, Garrido J. Análisis retrospectivo de la morbilidad y mortalidad de las atresias intestinales diagnosticadas en el periodo neonatal. *Cir Pediatr.* [Internet]. 2018 [consultado: 17 de enero de 2019]; 31(2): 85-9. Disponible en: <https://bit.ly/2XY9Jfb>
7. Ormaechea M, Berazategui R. Membrana duodenal: a propósito de un caso. *AnFaMed, Universidad República de Uruguay.* [Internet] 2017 [consultado: 20 de enero de 2019]; 4(2): 47-57. Disponible en: <https://doi.org/10.25184/anfamed2017v4n2a7>
8. Lara D. Intervenciones especializadas en las necesidades básicas de un neonato a término con atresia esofágica. [Tesis de especialidad]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017 [consultado: 19 de enero de 2019]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2017/octubre/0766799/Index.html>
9. Montero W. Estudio de caso: recién nacido con alteración en la necesidad de alimentación por atresia de esófago grado III. [Tesis de especialidad]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017 [consultado: 18 de enero de 2019]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2017/junio/0760201/Index.html>



10. Mondragón I, Sosa M. Experiencias de los alumnos en el aprendizaje del proceso de atención de enfermería. *Enferm Univ.* [Internet] 2019 [consultado: 7 de febrero 2019]; 16(3): 249-58. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.709>
11. Gordon M. *Diagnóstico enfermero. Proceso y Aplicación*. 3ra ed. Madrid, España: Harcourt Brace; 1999.
12. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana*. 11 ed. España: Elsevier; 2019.
13. Moorhead S, Johnson M, Swazon E, Maas M. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6a ed. Barcelona España: Elsevier-Mosby; 2018.
14. Butcher H, Bulechek G, Docheterman J, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7a ed. Barcelona España: Elsevier; 2018.
15. Secretaría de Salud (SS). *Guía de práctica clínica manejo integral de heridas de alta complejidad en el paciente pediátrico en los tres niveles de atención a la salud (GPC SS-745-15)*. [Internet] 2015 [consultado: 17 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://n9.cl/3u2d>
16. Secretaría de Salud (SS). *Guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico del recién nacido en el segundo y tercer nivel de atención (SS-283-12)*. [Internet] 2012 [consultado: 16 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://n9.cl/fwj7>
17. Alfaro R. *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados*. 4ª. Ed. España: Elsevier; 2009.

Cómo citar este artículo: Sánchez-Juárez IA, De Avila-Arroyo ML, Tenahua-Quitl I, Torres-Reyes A. Proceso enfermero en neonato con retraso en la recuperación quirúrgica por atresia duodenal. *SANUS* [Internet]. 2021 [citado el dd mm aa]; 6: e189. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi1.189>

