

# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA



PERMANER MÉXICO  
www.permayer.com

AÑO 10  
NÚMERO 2  
Mayo-Agosto 2022  
ISSN: 2339-7284

## EN ESTE NÚMERO:

**P.45**  
Eje disciplinario en el ejercicio de la profesión de enfermería

**P.47**  
Percepción de la vacuna de influenza estacional en estudiantes del área de la salud de la UAEM y EEMEMB

**P.53**  
Caracterización de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera noreste de México para la identificación de riesgos a la salud sexual

**P.59**  
Condición sociodemográfica de pacientes en hemodiálisis y su capacidad de autocuidado

**P.67**  
Análisis de concepto de conciencia situacional

**P.72**  
Intervenciones especializadas de enfermería a mujer bajo tratamiento con altas dosis de citarabina



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

## Comité editorial

---

### Editora en jefe

María de los Ángeles Cano García

---

### Editores asociados

David Kershenobich Stalnikowitz  
*Director General del INCMNSZ*

Alberto Lifshitz Guinzberg  
*Secretario de enseñanza clínica e internado médico UNAM*

Sergio Ponce de León Rosales  
*Director de enseñanza del INCMNSZ*

Alvar Loria Acereto  
*Investigador de la Unidad de Epidemiología Clínica del INCMNSZ*

Alicia J. Frenk Mora  
*Subdirectora de Servicios Paramédicos del INCMNSZ*

Marina Martínez Becerril  
*Subdirectora de Enfermería del INCMNSZ*

María de los Ángeles Torres Lagunas  
*Jefa de División de Estudios de Posgrado en Enfermería ENEO-UNAM*

Victoria Fernández García  
*Fundadora-Presidenta de la Asociación Mexicana de Investigación en Enfermería (AMIENF, A.C.) Docente e Investigadora en Enfermería ENEO-UNAM*

María Paula Nájera Ortiz  
*Jefa del Departamento de Enfermería del INCMNSZ*

Araceli Jiménez Méndez  
*Jefa del Departamento de la Escuela de Enfermería del INCMNSZ*

---

## Comité de árbitros

Diana Cecilia Tapia Pancardo  
Eduardo González Flores  
Francisco Cadena Santos  
Lizeth Guadalupe López López  
Judith Ángel López  
Karime Elizabeth Balderas Gutiérrez  
Judith González Sánchez  
Lorena Bautista Paredes  
Luis Manuel H. Pérez Pantoja  
Ma. Del Pilar Sosa Rosas  
Margarita Pulido Navarro  
María Alberta García Jiménez  
María de Lourdes Alemán Escobar  
María Diana Ruvalcaba Rodríguez  
Patricia Domínguez Sánchez

Rafael Antonio Estévez Ramos  
Edgar O. Valdivieso Solís  
Rosa María Ostiguin Meléndez  
Sandra Antonieta Palacios García  
Sergio Lemus Alcántara  
Silvino Arroyo Lucas  
Angélica María Armendáriz Ortega  
Bertha Medel Pérez  
Graciela Hernández  
Yesica Claudia Juárez Serrano  
Martha Kaufer Horwitz  
Mónica Ferreira Ledezma  
Sandra Hernández Corral  
Noé Sánchez Cisneros  
Víctor Hugo Toral Rizo

Saúl May Uitz  
Jesús Soto Torres  
Margarita Cárdenas Jiménez  
Emma Myrna Barquera Nuñez  
Verónica Bautista Eugenio  
Tirso Durán Badillo  
David Ángel Moctezuma Herrera  
Julio Alfredo García Puga  
Mónica Guadalupe Martínez Lizcano  
Ma. Guadalupe Quezada Valadez  
Hermes Eduardo Rodríguez Arispe  
Alma Rosa Chávez Ríos  
Pedro García García  
Antonio Vicente Yam Sosa



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

## Comité Internacional de árbitros

**Júlia Esteve Reig**

*Asesora del censo de Administración de Bonoom Healthcare  
Barcelona, España*

**Isabel Pérez Pérez**

*Vicedegana de grado, calidad y comunicación de la Facultad de Ciencias de la Salud  
Blanquerna  
Universidad Ramon Llull  
Barcelona, España*

**Rosa Rifà Ros**

*Directora del grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna  
Universidad Ramon Llull  
Barcelona, España*

**Eva Roman Abal**

*Docente de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau  
Barcelona, España*

**Doriam Camacho Rodríguez**

*Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta  
Santa Marta, Colombia*

**Sandra Guerrero Gamboa**

*Investigadora de la Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá, Colombia*

**Eva Brunet Campaña**

*Quironsalud  
Sitges, España*

*Revista Mexicana de Enfermería es una revista oficial del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubi-rán (INCMSZ). El objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de Enfermería.*

*Esta obra se presenta como un servicio del área de la Salud. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista. En esta publicación podrían citarse pautas psicológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.*



**PERMANYER**  
[www.permanyer.com](http://www.permanyer.com)

### Permanyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España  
[permanyer@permanyer.com](mailto:permanyer@permanyer.com)

### Permanyer México

Temístocles, 315  
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo  
11560 Ciudad de México  
Tel.: +52 55 2728 5183  
[mexico@permanyer.com](mailto:mexico@permanyer.com)



[www.permanyer.com](http://www.permanyer.com)



Impreso en papel totalmente libre de cloro

Edición impresa en México



Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO  
Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

ISSN: 2339-7284

Ref.: 6770AX212

La *Revista Mexicana de Enfermería* es *open access* con licencia *Creative Commons*.

© 2022 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubi-rán. Publicado por Permanyer. Esta es una publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

---

## Índice

---

### EDITORIAL

#### **Eje disciplinario en el ejercicio de la profesión de enfermería**

Ma. Paula Nájera-Ortiz..... 45

### ARTÍCULOS ORIGINALES

#### **Percepción de la vacuna de influenza estacional en estudiantes del área de la salud de la UAEM y EEMEMB**

Sebastián Villanueva-Martínez y Diana Ma. Troncoso-Pérez..... 47

#### **Caracterización de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera noreste de México para la identificación de riesgos a la salud sexual**

Patricia M. Márquez-Vargas, Raquel A. Benavides-Torres y Jesús A. Guerra-Ordoñez..... 53

#### **Condición sociodemográfica de pacientes en hemodiálisis y su capacidad de autocuidado**

Eduardo Santiago-Zúñiga, Ma. de los Ángeles Monroy-Martínez, Ma. Antonieta Cuevas-Peñaloza y Adriana E. Vega-García ..... 59

### ARTÍCULO DE REVISIÓN

#### **Análisis de concepto de conciencia situacional**

R. Eduardo Apodaca-Armenta y Raquel A. Benavides-Torres..... 67

### BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

#### **Intervenciones especializadas de enfermería a mujer bajo tratamiento con altas dosis de citarabina**

Leslie L. Salazar-Bravo y Blanca J. Marín-Ramírez ..... 72

**Instrucciones para autores** ..... 79



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

---

## Index

---

### EDITORIAL

#### **Disciplinary axis in the exercise of the nursing profession**

Ma. Paula Nájera-Ortiz..... 45

### ORIGINAL ARTICLES

#### **Perception of the seasonal influenza vaccine in students of the health area of the UAEM and EEMEMB**

Sebastián Villanueva-Martínez and Diana Ma. Troncoso-Pérez..... 47

#### **Characterization of migrant women in transit in the northeastern border of Mexico for the identification of sexual health risks**

Patricia M. Márquez-Vargas, Raquel A. Benavides-Torres, and Jesús A. Guerra-Ordoñez..... 53

#### **Sociodemographic condition of hemodialysis patients and their capacity for self-care**

Eduardo Santiago-Zúñiga, Ma. de los Ángeles Monroy-Martínez, Ma. Antonieta Cuevas-Peñaloza, and Adriana E. Vega-García..... 59

### REVIEW ARTICLE

#### **Concept analysis of situational awareness**

R. Eduardo Apodaca-Armenta and Raquel A. Benavides-Torres..... 67

### GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

#### **Specialized nursing interventions for woman undergoing treatment with high doses of cytarabine**

Leslie L. Salazar-Bravo and Blanca J. Marín-Ramírez..... 72

**Instructions for authors**..... 79



## Eje disciplinario en el ejercicio de la profesión de enfermería

### *Disciplinary axis in the exercise of the nursing profession*

Ma. Paula Nájera-Ortiz\*

Jefatura del Departamento de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Actualmente podemos reconocer que la profesión de enfermería ha sistematizado concepciones propias, por lo que hoy la disciplina aplica una metodología particular de la enfermería, me refiero al *proceso de atención de enfermería* (PAE), el cual articula saberes de diferentes tipos y niveles, como son: teóricos, metodológicos, procedimentales y técnicos, mismos que deben emplearse en el ejercicio de la práctica de la enfermería con criterios, valores críticos y humanos, como lo menciona P. Iyer<sup>1</sup>, quien define el PAE como: «el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud».

Es mediante la aplicación de este método sustentado como se podría reconocer el logro de la autonomía de la disciplina y la profesión ante a otros saberes de la salud, particularmente frente a la medicina.

En esta línea de pensamiento es importante recuperar a Patricia Benner<sup>2</sup>, perteneciente a la escuela norteamericana de enfermería, quien menciona que la práctica de enfermería se considera como una actitud de búsqueda y explicación constante del por qué hacemos una acción, qué valores y qué juicios se ponen en juego al tomar decisión de esa acción, es decir, que el momento de la decisión conlleva una serie de razonamientos y creencias para el ejercicio profesional autónomo de la enfermería, lo cual

permite tomar decisiones con autoridad legitimada y en igualdad de condiciones profesionales cuando se ejerce la práctica profesional de manera multidisciplinaria; esto es, lo que ocurre en la sociedad actual y debiera ocurrir en las instituciones de salud en donde se integran equipos de atención a la salud multidisciplinarios, en el que participan profesionistas.

En este momento puede afirmarse que el saber de enfermería en su práctica reflexiva se fundamenta y subyace a una práctica profesional de enfermería que observa en todo momento y vigila la puesta en práctica del PAE, no puede dejarse de lado la constante exigencia de articular los saberes teórico-conceptuales, metodológico-procedimentales y técnicos; en este sentido hay que considerar el cuidado constante entre la teoría y la práctica de la profesión.

La relación estrecha que existe entre la teoría y la práctica ha derivado en dos enfoques: el generalista y el especializado.

- El enfoque generalista se refiere al perfeccionamiento del profesional de enfermería, que centra sus conocimientos en el ser humano a quien cuida, es capaz de identificar las necesidades propias de su paciente, es decir, centra su pensamiento crítico hacia la reflexión cuidadora (cercano al *practicum* reflexivo de Schön)<sup>3</sup>, seleccionando la prioridad de la necesidad de la persona a quien se cuida.

---

#### Correspondencia:

\*Ma. Paula Nájera-Ortiz

E-mail: paula.najerao@incmnsz.mx

---

Fecha de recepción: 01-03-2022

Fecha de aceptación: 09-03-2022

En donde una práctica profesional reflexiva como proceso sienta sus bases desde la formación escolarizada de la enfermería, donde día a día se enriquece, se potencia y se fortalece con un alto sentido de responsabilidad y ética hasta llegar a poseer un saber de la *expertise* en donde se sigue aprendiendo a lo largo de la vida profesional, la cual se despliega en diferentes momentos y espacios como es desde el seno de una casa familiar, en la comunidad, en hospitales públicos y privados, en instituciones de beneficencia y en general donde presten los servicios de la atención, el cuidado y la sanación.

- El enfoque especializado, además de reconocer al anterior enfoque generalista, tiene que ver con el nivel de atención en el que el profesional de enfermería presta sus servicios, para lo cual se forma en las especialidades de enfermería, que pueden ser las especialidades dirigidas al primer nivel de atención, centrado en la prevención de la salud y en la comunidad o de salud pública; al segundo nivel orientado a la atención secundaria de la salud en lo que se especializan, por ejemplo el personal de enfermería con enfoque en gineco-obstetricia y pediatría, entre otros; y el tercer nivel, que se ocupa de brindar atención a la población de pacientes con alto riesgo de su salud, por ejemplo: atención al paciente en estado crítico, en padecimientos oncológicos, cardiológicos, neumológicos, psiquiátricos, traumatológicos o quirúrgicos, atendidos en aquellas instituciones de salud reconocidas hoy como vanguardistas en ciencia, tecnología e innovación de la ciencia de la salud<sup>2</sup>.

Por la exposición anterior, en donde se muestran una complejización, diversificación de escenarios de atención

y servicios de enfermería, aunado a los niveles de especialización que esta disciplina incluye hoy en día, resulta imperativo que una enfermera o enfermero en su diaria actividad laboral, ya sea como un profesionista general y/o especializada, deje atrás el ejercicio rutinario, impensado, acrítico, carente de valores porque ya la rutina, la intensificación y las necesidades de urgencia de los servicios impide ejercer con autonomía la toma de decisiones en el uso de sus saberes (teóricos, metodológicos, procedimentales y técnicos). De ahí la insistencia de que los aportes disciplinarios son indispensables para elevar la calidad de los servicios.

Ante esta perspectiva se podría afirmar que la práctica de enfermería es un espacio de servicio y para la construcción de competencias para el cuidado; un espacio para la reflexión y para la acción «cómo cuido»; un espacio para el acompañamiento y para la ayuda «a quién cuido»; un espacio para la solidaridad y para la defensa de los derechos humanos «para qué cuido»; un espacio para la creatividad «por qué cuido». Ello, porque en esta cotidianidad acelerada se podría objetivar el cuidado perdiendo lo que en esencia nos ha caracterizado como seres humanos específicamente como profesionales de enfermería, que es la relación subjetiva entre personas.

## Bibliografía

1. Iyer P., Taptich B., Bernocchi D. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. México: McGraw Hill; 1998. p.11.
2. Brenner P. El modelo de adquisición de habilidades aplicado a la enfermería en Práctica progresiva en enfermería. Barcelona, España: Grijalbo; 1998. pp. 42-43.
3. Schön DA. La formación de profesionales reflexivos. Barcelona, España: Paidós; 2000. p. 26.





## Percepción de la vacuna de influenza estacional en estudiantes del área de la salud de la UAEM y EEMEMB

### *Perception of the seasonal influenza vaccine in students of the health area of the UAEM and EEMEMB*

Sebastián Villanueva-Martínez<sup>1\*</sup> y Diana Ma. Troncoso-Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Morelos; <sup>2</sup>Comité de Infecciones, Hospital Shriners para Niños A.C., Ciudad de México, México

#### Resumen

**Objetivo:** Identificar las percepciones asociadas a la vacuna, afectaciones y frecuencia relativa de las reacciones adversas en estudiantes de la salud durante la campaña 2018-2019. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo mediante la aplicación de un cuestionario posterior a la vacunación para identificar percepciones asociadas a la vacuna, reacciones adversas y afectación al estado de emocional. En el análisis estadístico se determinaron las frecuencias relativas y en el análisis cualitativo se realizó un muestreo no probabilístico intencionado. **Resultados:** El 14% de los estudiantes presentó reacciones locales, el 4% síntomas generales, el 6% reportó algún tipo de incapacidad para la realización de actividades cotidianas y afectación en su estado de emocional. **Conclusiones:** Se registró una baja incidencia de reacciones adversas. La percepción y rechazo a la vacuna se asoció a fobias, trastornos de ansiedad y tripanofobia de los estudiantes de la salud. El nivel de afectación se relacionó con fatiga escolar y laboral, molestia e irritación.

**Palabras clave:** Influenza. Influenza estacional. Vacunación. Reacciones adversas.

#### Abstract

**Objective:** To identify the perceptions associated with the vaccine, effects and relative frequency of adverse reactions in health students during the 2018-2019 campaign. **Material and methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out by applying a post-vaccination questionnaire to identify perceptions associated with the vaccine, adverse reactions, and affect on emotional state. In the statistical analysis the relative frequencies were determined and in the qualitative analysis an intentional non-probability sampling was carried out. **Results:** 14% of the students presented local reactions, 4% general symptoms, 6% reported some type of inability to carry out daily activities and affect their emotional state. **Conclusions:** A low incidence of adverse reactions was registered. The perception and rejection of the vaccine was associated with phobias, anxiety disorders and trypanophobia in health students. The level of affectation was related to school and work fatigue, discomfort and irritation.

**Keywords:** Influenza. Seasonal influenza. Vaccination. Adverse reactions.

#### Correspondencia:

\*Sebastián Villanueva-Martínez

E-mail: sebastian.villanuevam@uaem.edu.mx

Fecha de recepción: 18-02-2021

Fecha de aceptación: 23-04-2021

Cómo citar este artículo: Villanueva-Martínez S, Troncoso-Pérez DM. Percepción de la vacuna de influenza estacional en estudiantes del área de la salud de la UAEM y EEMEMB. Rev Mex Enf. 2022;10:47-52.

2339-7284 / © 2021 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permayer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



## Introducción

El virus de la influenza pertenece a la familia *Orthomyxoviridae*. Existen tres tipos de virus de la influenza: A, B y C<sup>1,2</sup>. Los virus de influenza A y C son capaces de infectar una gran variedad de especies, mientras que el virus de influenza B infecta primordialmente a los humanos, aunque la infección por este virus es menos común que la ocasionada por el virus de la influenza A<sup>2,3</sup>. Estructuralmente está compuesto por una bicapa lipídica alrededor de un núcleo ribonucleico, que presenta dos glucoproteínas en forma de espículas sobre su superficie: hemaglutinina (antígeno H) y neuraminidasa (antígeno N), que constituyen antígenos superficiales que permiten la subtipificación<sup>4</sup>. El virus de la influenza posee una estructura genética muy particular que se compone de ocho segmentos independientes de ARN, que le confieren una elevada variabilidad al facilitar la recombinación genética. Por esta razón se requiere la vacunación anual<sup>5</sup>. La vacuna tetravalente administrada está constituida por cuatro cepas principales del virus:

- A/Brisbane/0272018(H1N1)pdm09.
- A/Kansas/14/2017 (H3N2).
- B/Colorado/06/2017 (linaje B/Victoria/2/87).
- B/Phuket/3073/2013 (linaje B/Yamagata/16/88).

Esta vacuna tetravalente induce la producción de anticuerpos aproximadamente dos semanas después de su aplicación<sup>6</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve campañas de sensibilización sobre influenza, así como de vacunación a poblaciones de riesgo, incluidos los profesionales de la salud. La vacuna contra la influenza actual se compone de virus vivos inactivados, es segura y efectiva, reportando entre un 70 y un 90% de protección contra la infección en personas menores de 65 años. Posterior a su aplicación, la vacuna se ha asociado a eventos secundarios leves como malestar general, mialgias, eritema o edema en el sitio de aplicación, que por lo general duran menos de 48 horas<sup>7</sup>.

En los profesionistas de la salud y estudiantes de las carreras de enfermería, medicina y nutrición resulta fundamental la vacunación, ya que se encuentran en un grupo de alto riesgo. Su objetivo es reducir la posibilidad de contraer y diseminar la infección en las escuelas, hospitales y consultorios, de lo contrario, podría traer como consecuencia no solo diseminar la enfermedad entre la población y agravar el estado de salud de los pacientes, sino afectar la calidad en la atención, reducción de plantilla escolar y laboral por ausentismo y limitación de las funciones por riesgos de contagio. Sin embargo, el apego a la aplicación de la vacuna y su aceptación se ven afectados por temor a enfermarse, a padecer reacciones secundarias, así como a la reducción de sus capacidades, habi-

lidades y la alteración en su estado emocional. No obstante, la aplicación de la vacuna contra la influenza forma parte de las cinco estrategias de prevención propuestas por los CDC (*Centers for Disease Control*), el programa mundial de la gripe de la OMS y la Campaña de Vacunación contra la Influenza Estacional de la Secretaría de Salud; aun con ello, la tasa de vacunación desafortunadamente solo alcanza niveles del 15 al 30% en este subgrupo de población<sup>8,9</sup>. Existen diversos factores asociados a esta baja aplicación, entre los que destaca el miedo a los eventos adversos y el desconocimiento de los beneficios personales y comunitarios de la vacunación<sup>10</sup>. Aun cuando los eventos adversos reportados son leves y poco frecuentes, resulta fundamental determinar la incidencia real de dichos eventos en nuestro medio, para contar con elementos objetivos y poder informar al personal y alumnos del área de la salud sobre la seguridad de la vacuna, así como reafirmar la importancia de su aplicación e incrementar el apego a la vacunación<sup>8</sup>. Muchos estudios han descrito esta importancia en personal de base de los hospitales, pero pocos han sido realizados en estudiantes de la salud que realizan sus actividades tanto en sus instituciones académicas como en instituciones de salud y en la comunidad.

## Métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo entre octubre y diciembre del 2018 mediante la aplicación de un cuestionario durante la campaña de vacunación contra la influenza, para identificar en los estudiantes de la salud su percepción sobre esta, haciendo referencia en sus experiencias previas, reacciones adversas y la afectación de su estado de emocional para conocer el nivel de intensidad de molestia o dificultad generada por su aplicación medido por medio de una adaptación de tabla de escala del dolor. La población de estudio se conformó por alumnos de medicina, enfermería y nutrición pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y a la Escuela de Enfermería MEMB; dicha población se seleccionó debido a que son las tres carreras de mayor contacto en la atención directa al paciente, además proporcionan intervenciones de cuidado en las comunidades mientras cursan su servicio social y prácticas profesionales en diferentes instituciones de salud. El cuestionario fue aplicado mediante una cédula de evaluación (previamente diseñada y aprobada en un estudio piloto) conformado por cuatro secciones, la primera sección recopila información general, profesional y demográfica, la segunda sección sobre su percepción de la vacuna, experiencias previas y reacciones adversas, la tercera sección registra información sobre la posible presencia de datos clínicos posteriores a la vacunación y en la cuarta sección el participante

registra el nivel de afectación por la presencia de sintomatología en sus actividades cotidianas y estado de emocional. Se explicó a los participantes los objetivos del estudio y la forma de responder el cuestionario. Se excluyeron a aquellos que no fueron vacunados o que no respondieron correctamente el cuestionario. La transcripción, captura y presentación de los datos se realizó conservando su confidencialidad. El análisis y evaluación se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 19. Se determinaron las frecuencias relativas y se aplicó para el análisis cualitativo un muestreo no probabilístico intencionado.

## Resultados

En el estudio participaron 338 estudiantes de los cuales 302 estudiantes (89%) respondieron correctamente el cuestionario, de los participantes que cumplieron con el criterio de inclusión 136 (45%) corresponden a estudiantes de la Licenciatura en Médico-Cirujano, 128 (42%) corresponden a la Licenciatura en Enfermería y 38 (13%) corresponden a la Licenciatura en Nutrición, de los cuales 205 (68%) fueron mujeres y 97 (32%) fueron hombres, cuyas edades oscilaron entre los 18 y los 41 años con una media de 23 años; ninguno presentaba problemas de salud al momento del estudio y todos fueron vacunados

### *Reacciones locales y síntomas generales*

Del total de los estudiantes que mencionó haber sufrido algún tipo de reacción local, el 22% registraron dolor en la zona de aplicación, el 13% inflamación, el 13% induración y el 9% eritema, con una prevalencia del 19% a las 48 horas. En cuanto a las reacciones generales, se reportó la presencia de mialgias, rinorrea, cefalea, estornudo, dolor articular, dolor de garganta, fiebre, coriza, conjuntivitis y ataque al estado general con una prevalencia del 6% a las 48 horas como se observa en la tabla 1. En las repercusiones para la realización de sus actividades cotidianas por causa de las reacciones adversas en los estudiantes, solo el 6% (17 estudiantes) reportaron haber sufrido algún tipo de afectación (Tabla 2). En la tabla 3 se observa el estado de emocional posterior a la aplicación de la vacuna de influenza estacional, siendo el cansancio, la molestia e irritación las causas principales registradas por los alumnos de enfermería, medicina y nutrición. En cuanto a las razones o excusas para no vacunarse, los estudiantes respondieron en el cuestionario como causas principales tripanofobia, pinchazos y efectos secundarios<sup>11,12</sup>, a contraer la enfermedad y a la falta de tiempo por carga escolar y laboral. La falta de credibilidad en la efectividad de la vacuna y la falta de información no son causas significativas que motivarían el rechazo a la vacunación.

## Discusión

La transmisión de influenza dentro de una institución de salud representa una importante ruta de propagación de la infección. La vacunación en personas de alto riesgo como lo son los médicos, las enfermeras y los nutricionistas representa no solo una estrategia eficaz de prevención de transmisión de la enfermedad, sino una manera de asegurar la disponibilidad de recursos humanos en caso de una contingencia. Es por ello que la naturaleza de este estudio se inclinó por dichas profesiones y ante la revisión de diversos artículos nos percatamos que no se cuenta con información sobre estudiantes, ni la importancia de generar en ellos una cultura de apego a la vacunación, ya que los diversos sistemas de salud solo se preocupan por inmunizar a la fuerza laboral, con los cuales este estudio pudiese ser comparado, sin embargo, la aplicación de la vacuna es más una obligación que una decisión basada en la cultura de apego a la vacunación y sus beneficios a largo plazo. Conocer la percepción de dichos participantes fue fundamental para el aporte de datos significativos que permitan a futuros autores o investigaciones el desarrollo de estrategias de apego a la vacunación y eliminar los mitos sobre esta.

El estudio reveló una baja incidencia de reacciones locales (14%) y generales (4%) en los estudiantes vacunados, de igual manera no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la aplicación de la vacuna y la presentación de algún tipo de reacción ( $p > 0.05$ ). Los CDC, así como la OMS, consideran como reacciones adversas locales, dolor, eritema, inflamación e induración por un periodo de 24 a 48 horas y con una frecuencia del 10-64% en los pacientes, lo que concuerda con los hallazgos encontrados en este estudio<sup>13,14</sup>, y con la respuesta esperada por la aplicación de la vacuna también descrita por Lagos, et al.<sup>15</sup> como una reacción alérgica eventual que suele ser leve. Reacciones como rinorrea, mialgias, cefalea y estornudos se presentaron con regularidad en una de cada diez personas<sup>7,12</sup>. En menos del 3% de los estudiantes los síntomas permanecieron durante los cinco días del periodo de observación, la percepción de la afectación se registró en niveles de moderado a muy severo con base en la escala adaptada de dolor. Aspectos como el cansancio, molestia e irritación se vieron asociados a las reacciones locales de la vacuna, preocupación y desmotivación se presentaron solo en un pequeño grupo de los estudiantes, cuyos síntomas desaparecieron a las 48 horas posteriores a la aplicación. Por tal motivo, la vacuna de influenza estacional aplicada no representa un riesgo de salud ni asegura la presencia de reacciones secundarias en estudiantes de enfermería, medicina y nutrición que estudien y/o realicen su servicio social o prácticas profesionales en

**Tabla 1.** Frecuencia y severidad de reacciones locales y síntomas generales posterior a la aplicación de la vacuna de influenza estacional (n = 302)

| Reacciones               | Sin reacción (%) | Nivel de reacción (%) |          |            | Total |
|--------------------------|------------------|-----------------------|----------|------------|-------|
|                          |                  | Muy leve              | Moderada | Muy severa |       |
| <b>Locales</b>           |                  |                       |          |            |       |
| Dolor en zona aplicación | 78.2             | 14.8                  | 7.0      | -          | 21.8  |
| Inflamación              | 87.2             | 8.9                   | 4.0      | -          | 12.8  |
| Induración               | 86.7             | 10.1                  | 3.2      | -          | 13.3  |
| Eritema                  | 91.0             | 6.2                   | 2.8      | -          | 9.0   |
| <b>Generales</b>         |                  |                       |          |            |       |
| Fiebre > 38 °C           | 95.3             | 3.9                   | 0.4      | 0.4        | 4.7   |
| Cefalea                  | 92.5             | 5.1                   | 1.8      | 0.6        | 7.5   |
| Coriza                   | 91.4             | 6.4                   | 1.9      | 0.4        | 8.6   |
| Epistaxis                | 100.0            | 0.0                   | 0.0      | 0.0        | 0.0   |
| Faringitis               | 95.4             | 3.0                   | 1.0      | 0.6        | 4.6   |
| Ataque al estado general | 94.0             | 4.8                   | 0.7      | 0.5        | 6.0   |
| Mialgia                  | 90.9             | 7.0                   | 1.6      | 0.6        | 9.1   |
| Artralgias               | 94.8             | 3.8                   | 0.8      | 0.6        | 5.2   |

instituciones médicas. El miedo a las agujas, pinchazos y a los efectos secundarios son los principales motivos que los estudiantes del área de la salud encuestados refieren como pretexto o excusa para la falta de apego y posible rechazo a la vacunación, y que concuerdan con lo reportado por Cerdas, et al.<sup>10</sup> en el estudio realizado a personal de enfermería<sup>12</sup>. Su preocupación a contraer la enfermedad es otro de los motivos comúnmente referidos como la causa a la abstención a recibir la vacuna<sup>10,11,16,17</sup>. La percepción positiva ante la vacunación obtenida fue del 65.3%, similar al comportamiento positivo o adherencia a su aplicación en personal de la salud reportado por Beltrán, et al.<sup>18</sup> en los que denotan un comportamiento del 65% durante la temporada 2016-2017, del 66.9% por Montserrat, et al.<sup>19</sup> en EE.UU., y del 60.3 y 63% por Hernández, et al.<sup>11</sup> en Salamanca, España. El empleo de políticas de vacunación obligatoria en una institución de salud representa un esfuerzo para aminorar la evolución de las epidemias, una vez que estas se ponen en práctica se lograrían alcanzar las tasas más altas de vacunación como las reportadas en este estudio en estudiantes de la salud<sup>14,15,20,21</sup>. Los resultados obtenidos ponen en relieve la importancia de mantener e intensificar los esquemas de

vacunación y las campañas informativas entre los prestadores de servicios médicos, en donde el uso de estrategias didácticas y sensibilización juegan un papel importante en el éxito de la cobertura de vacunación<sup>22</sup>, no cabe duda sobre su efectividad y la importancia de su aplicación en estudiantes y personal de salud al ser la población más vulnerable después de los pacientes susceptibles, lo que derivaría en una reducción importante de estos profesionales en el peor momento de un brote epidémico representando un alto costo de recursos humanos para las instituciones de salud, por lo que la vacunación debe ser obligatoria en el personal y prestadores de servicios de las instituciones de salud<sup>20</sup>.

## Conclusiones

Los resultados de este censo confirman que las reacciones adversas, como resultado de la vacunación contra la influenza estacional, presentan una baja incidencia, la percepción a la vacuna se asocia en forma significativa a la tripanofobia de los estudiantes de la salud, así como a trastornos de ansiedad sobre la misma enfermedad, que se deben en su mayoría a una cultura de miedo y una

**Tabla 2.** Afectación sobre la realización de actividades cotidianas posterior a la aplicación de la vacuna de influenza estacional en estudiantes de medicina, enfermería y nutrición (n = 302)

| Afectación                              | Sin dificultad (%) | Nivel de afectación (%) |                      |             | Total |
|---|--------------------|-------------------------|----------------------|-------------|-------|
|   |                    | Algo difícil            | Medianamente difícil | Muy difícil |       |
| Para levantarse                         | 92.6               | 3.8                     | 1.4                  | 2.2         | 7.4   |
| Medicina                                | 42.1               | 1.4                     | 0.7                  | 0.9         | 2.9   |
| Enfermería                              | 37.9               | 2.4                     | 0.7                  | 1.3         | 4.4   |
| Nutrición                               | 12.6               | 0.0                     | 0.0                  | 0.0         | 0.0   |
| Para realizar labores en casa           | 93.4               | 3.4                     | 1.4                  | 1.8         | 6.6   |
| Medicina                                | 42.5               | 1.1                     | 0.9                  | 0.6         | 2.6   |
| Enfermería                              | 38.3               | 2.3                     | 0.5                  | 1.2         | 4.0   |
| Nutrición                               | 12.6               | 0.0                     | 0.0                  | 0.0         | 0.0   |
| Para salir de casa                      | 93.8               | 2.4                     | 1.2                  | 2.6         | 6.2   |
| Medicina                                | 42.6               | 1.1                     | 0.5                  | 0.9         | 2.4   |
| Enfermería                              | 38.6               | 1.3                     | 0.7                  | 1.7         | 3.8   |
| Nutrición                               | 12.6               | 0.0                     | 0.0                  | 0.0         | 0.0   |
| Para realizar actividades en la escuela | 93.8               | 2.4                     | 1.2                  | 2.6         | 6.2   |
| Medicina                                | 42.4               | 1.3                     | 0.5                  | 0.9         | 2.6   |
| Enfermería                              | 38.9               | 1.1                     | 0.7                  | 1.7         | 3.5   |
| Nutrición                               | 12.6               | 0.0                     | 0.0                  | 0.0         | 0.0   |
| Para concentrarse                       | 94.0               | 3.8                     | 0.6                  | 1.6         | 6.0   |
| Medicina                                | 42.4               | 1.8                     | 0.3                  | 0.5         | 2.6   |
| Enfermería                              | 39.0               | 2.1                     | 0.3                  | 1.1         | 3.4   |
| Nutrición                               | 12.6               | 0.0                     | 0.0                  | 0.0         | 0.0   |
| Para estudiar                           | 98.4               | 0.6                     | 0.2                  | 0.8         | 1.6   |
| Medicina                                | 44.4               | 0.3                     | 0.1                  | 0.3         | 0.7   |
| Enfermería                              | 41.5               | 0.3                     | 0.1                  | 0.5         | 0.9   |
| Nutrición                               | 12.6               | 0.0                     | 0.0                  | 0.0         | 0.0   |

**Tabla 3.** Nivel de afectación sobre el estado de emocional en alumnos de enfermería, medicina y nutrición posterior a la aplicación de la vacuna de influenza estacional (n = 302)

| Estado emocional | Nada | Nivel de afectación del estado de emocional (%) |              |       |                | Total |
|------------------|------|---|--------------|-------|----------------|-------|
|                  |      | Regular   | Medianamente | Mucho | Extremadamente |       |
| Preocupado       | 96.6 | 1.8   | -            | -     | 1.6            | 3.4   |
| Molesto          | 94.0 | 4.0   | 0.4          | 1.0   | 0.6            | 6.0   |
| Irritado         | 94.4 | 2.8   | 1.2          | -     | 1.6            | 5.6   |
| Desmotivado      | 96.4 | 0.8   | 1.6          | 0.2   | 1.0            | 3.6   |
| Cansado          | 90.2 | 5.6   | 1.4          | 0.2   | 2.6            | 9.8   |

creencia errónea de padecer efectos secundarios por la aplicación de las vacunas, es necesario el uso de estrategias de capacitación para el empoderamiento, difusión y sensibilización mediante la aplicación de recursos didácticos adoptados al área de desarrollo de los estudiantes de la salud. El nivel de afectación guarda una estrecha relación con la fatiga escolar y laboral, molestia e irritación. Es imprescindible intensificar las campañas de vacunación entre estudiantes e incluso volver a una práctica obligatoria para que puedan prestar sus servicios en instituciones, hospitales, centros y consultorios médicos, al ser población vulnerable y representar un recurso humano importante en caso de presentarse una contingencia epidemiológica como la que se vive actualmente con la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). La vacunación contra la influenza ejemplificó una baja ante la exacerbación de los síntomas por COVID-19, a pesar de ser diferentes virus, dicha vacuna mitigó la enfermedad, creando una protección no intencionada en la persona contagiada, lo que ejemplifica la necesidad de culturizar a los estudiantes y demás población sobre los beneficios y la cobertura de las necesidades sanitarias ante la vacunación contra influenza, sin poner en riesgo su propia seguridad ni la de los pacientes.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial, o sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

- Noguera SF, Karchmer KS, EsliRabadán MC, Sánchez PA. Informe del primer caso de defunción secundaria a una nueva cepa humana del virus de la influenza A H1N1 en el mundo y comportamiento de la influenza humana en mujeres embarazadas. *Ginecol Obstet Mex.* 2013;81:47-51.
- De Clercq E, Li G. Approved antiviral drugs over the past 50 years. *Clinical microbiology reviews.* 2016;29:695-747.
- Rivas Amiasorho MJ. Circulación del virus influenza B en Uruguay: Epidemiología y diversidad genética [tesis de maestría en Internet]. [Uruguay, Montevideo]: Universidad de la República, Udelar. FC.- PEDECIBA; 2020.
- Peto von-Duben C. Evaluación de análogos del ácido siálico como inhibidores de la replicación del virus de la influenza A [tesis de maestría en Internet]. [México, Puebla]: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2016.
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Influenza (gripe). Caracterización genética. Secuenciación de genomas [Internet]. EE.UU.: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [consultada: 15 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/flu/about/professionals/genetic-characterization.htm>
- World Health Organization. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2018-2019 northern hemisphere influenza season [Internet]. World Health Organization; febrero de 2018. Disponible en: [https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201802\\_recommendation.pdf](https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201802_recommendation.pdf)
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Resumen para médicos sobre seguridad de la vacuna contra la influenza estacional. Vacuna inactiva contra influenza (VI), reacciones adversas [Internet]. EE.UU.: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [consultada: 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://espanol.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/vaccine\\_safety.htm](https://espanol.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/vaccine_safety.htm)
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Seguridad de la vacuna contra la influenza estacional 2014-2015 [Internet]. EE.UU.: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [consultada: 26 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://espanol.cdc.gov/enes/flu/protect/vaccine/general.htm>
- Hernández-García I, Cardoso-Muñoz AM, Valero-Juan LF, Giménez-Júlvez MT. Vacunación antigripal en estudiantes de enfermería durante la temporada 2014-2015. *Rev Esp Salud Pública.* 2015;89(6):615-25.
- Cerdas-Bejarano D, Guevara-Rodríguez M, Espinoza-Mora M. Factores que afectan la vacunación contra influenza en funcionarios del Departamento de Enfermería del Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia". *Acta Méd Costarric.* 2018;60(3):115-20.
- Hernández-García I, González-Celador R, Giménez-Júlvez, MT. Intención de los estudiantes de medicina de vacunarse contra la gripe en su futuro ejercicio profesional. *Rev Esp Salud Pública.* 2014;88(3):407-18.
- Santacruz-Hamer V, Porras-Povedano M, Oliva-Reyna I. Percepción y actitud de los profesionales de un área de salud frente a vacunación antigripal. *Rev Calid Asist.* 2016;31(3):159-67.
- Marques JI, Ribeiro Vaz I, Santos C, Polónia J. Adverse events with the influenza A(H1N1) vaccine Pandemrix® at healthcare professionals in Portugal. *Acta Med Port.* 2013;26(2):107-12.
- Hernández F, Edgar E, Marulanda MI, Monsalve ME. Manual de vacunación del adulto [Internet]. Sociedad Venezolana de Medicina Interna; 2015. Disponible en: [http://medicinapreventiva.info/Manual\\_de\\_Vacunacion-de\\_adultos-2015.pdf#page=33](http://medicinapreventiva.info/Manual_de_Vacunacion-de_adultos-2015.pdf#page=33)
- Lagos M, Díaz C, Hernández P. Respuesta inmune y alergias a vacunas. *Rev Méd Clín Las Condes.* 2020;31(3-4):256-69.
- Martínez-Baz I, Díaz-González J, Guevara M, Toledo D, Zabala A, Domínguez A, et al. Actitudes, percepciones y factores asociados a la vacunación antigripal en los profesionales de atención primaria de Navarra, 2011-2012. *An Sist Sanit Navar.* 2013;36(2):263-73.
- Pardo Crego C. Percepción de los profesionales de enfermería de atención primaria sobre la vacuna antigripal. *Ene.* 2015;9(3).
- Beltrán López C. Conocimiento, actitud y comportamiento hacia la vacuna de influenza en personal de salud de la UMF No.8 Aguascalientes [tesis de especialidad en Medicina Familiar en Internet]. [Aguascalientes]: Universidad Autónoma de Aguascalientes, Centro de Ciencias de la Salud; 2018. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1461>
- Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal Josep R, Barbé-Illa F. Factores asociados a recibir la vacunación antigripal en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit (Barc).* 2015;29(5):383-6.
- Márquez Bustamante VF, Díaz Gómez LH. Efectividad de las intervenciones para incrementar la cobertura de vacunación contra influenza en trabajadores de salud [tesis de especialidad en Enfermería en Salud Ocupacional en Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2020. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3861>
- Thomas R, Jefferson T, Lasserson T. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(6):CD005187.
- Ibarra A, Piñero N, Pérez Sartori G, Rodríguez M, Musto L, Collazo F, et al. Vacunación antigripal en personal de salud: cobertura, actitudes y barreras contra la vacunación en dos servicios de un hospital general. *Arch Med Int.* 2014;36(2):49-53.





# Caracterización de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera noreste de México para la identificación de riesgos a la salud sexual

## *Characterization of migrant women in transit in the northeastern border of Mexico for the identification of sexual health risks*

Patricia M. Márquez-Vargas<sup>1</sup>, Raquel A. Benavides-Torres<sup>2\*</sup> y Jesús A. Guerra-Ordoñez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Nuevo Laredo, Tamps.; <sup>2</sup>Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, CIDICS, Monterrey, N.L.; <sup>3</sup>Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Matamoros, Tamps. México

### Resumen

La migración involucra cambios que influyen en el bienestar de las personas; colocándolas en riesgo ante enfermedades, particularmente de índole sexual. Actualmente, las mujeres tienen mayor participación en procesos migratorios, especialmente en ciudades de la frontera noreste de México. Objetivo: Realizar una caracterización sociodemográfica de mujeres migrantes en tránsito para identificar posibles riesgos para salud sexual. Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en 146 mujeres por muestreo a conveniencia. Se utilizó una cédula de datos, preguntas de carácter migratorio y sexual. Resultados: Predominaron mujeres jóvenes (30 años), de baja escolaridad (12.9 años) y casadas (34.9%). Provenientes del sur de México (58.6%), con seis meses de residencia y de estatus migratorio regular (59.4%); el 56% reportó haber tenido relaciones sexuales en los últimos 90 días. Conclusiones: Los hallazgos permiten identificar características que contribuyan al perfil migratorio femenino en esta zona. Asimismo, la atención primaria, especialmente por enfermería, requiere considerar una perspectiva cultural y de género, importantes para desarrollar intervenciones y programas dirigidos a esta población.

**Palabras clave:** Características de la población. Migración humana. Mujeres. Enfermería en salud comunitaria.

### Abstract

*Migration involves changes that influence people's wellbeing, placing them at risk for diseases, particularly of a sexual nature. Currently, women are more involved in migration processes, especially in cities along the northeastern border of Mexico. Objective: To conduct a sociodemographic characterization of migrant women in transit to identify possible sexual health risks. Methods: Cross-sectional descriptive study of 146 women by convenience sampling. A data questionnaire was used, including questions of a migratory and sexual nature. Results: Predominantly young women (30 years), with low schooling (12.9 years) and married (34.9%). They were from southern Mexico (58.6%), with six months of residence and regular migratory status (59.4%); 56% reported having had sexual intercourse in the last 90 days. Conclusions: The findings allow us to identify characteristics that contribute to the female migratory profile in this area. Likewise, primary care, especially by nurses, needs to consider a cultural and gender perspective, which are important to develop interventions and programs aimed at this population.*

**Keywords:** Population characteristics. Human migration. Women. Community health nursing.

### Correspondencia:

\*Raquel A. Benavides-Torres  
E-mail: rabenavi@gmail.com

Fecha de recepción: 24-02-2021

Fecha de aceptación: 14-05-2022

Cómo citar este artículo: Márquez-Vargas PM, Benavides-Torres RA, Guerra-Ordoñez JA. Caracterización de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera noreste de México para la identificación de riesgos a la salud sexual. Rev Mex Enf. 2022;10:53-58.

2339-7284 / © 2022 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permayer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

En las últimas décadas, el número de personas que abandona su lugar de origen alcanza cifras exorbitantes, generando interés en los profesionales de diversas disciplinas, como el área de la salud<sup>1</sup>, especialmente en enfermería. La migración representa un periodo de transición que envuelve múltiples cambios e influyen en el bienestar de las personas dentro de una sociedad. Durante este proceso, las personas están expuestas a un mayor número de enfermedades y riesgos, principalmente de índole sexual, mismos que influyen directamente en la atención sanitaria. Actualmente, una característica que sobresale en este fenómeno es la feminización de la migración, que consiste en el aumento progresivo de mujeres que migran de manera independiente y participan activamente en el campo laboral cambiando radicalmente el rol de la mujer en este proceso<sup>2</sup>.

Según reportes de la Organización Internacional para las Migraciones en el 2019<sup>3</sup>, el 48% de las migrantes internacionales son mujeres mayores de 18 años motivadas a marcharse de su lugar de origen. México, al formar parte del corredor migratorio con mayor tránsito del planeta, alberga a una importante cantidad de migrantes en las ciudades de la frontera norte, principalmente por tratarse de puntos finales y de tránsito<sup>4</sup>; es el segundo país a nivel mundial con el mayor número de mujeres migrantes<sup>5</sup> y es el principal expulsor de mujeres migrantes (6.1 millones), equivalente al 2.3% del total de las migrantes internacionales<sup>3</sup>.

La vulnerabilidad de las mujeres migrantes reside en aspectos biológicos, sociales y culturales que aumentan el riesgo de adquirir enfermedades contagiosas, especialmente las infecciones de transmisión sexual, como el VIH/sida. La mayor vulnerabilidad biológica de la mujer frente al VIH/sida radica en su aparato reproductor, ya que sus genitales externos están expuestos a secreciones con mayor carga viral. En las mujeres migrantes, este riesgo aumenta con la falta de poder en las relaciones y su condición social de subordinación<sup>6</sup>.

Los riesgos de las mujeres durante la migración también pueden ser afectados según el lugar de procedencia y de destino; por ejemplo, las mujeres migrantes centroamericanas manifiestan tener mayor vulnerabilidad al migrar como indocumentadas, principalmente por las políticas migratorias en países de tránsito como México<sup>7</sup>. En este sentido, las situaciones de mayor riesgo durante el tránsito surgen al afrontar situaciones de discriminación, alta inseguridad y violencia.

Sus motivos para migrar difieren a los del sexo masculino, siendo estos en su mayoría económicos, de reagrupación familiar, búsqueda de mejores expectativas persona-

les y aquellos relacionados con situaciones familiares<sup>8</sup>. Por otro lado, se ha documentado que las mujeres migrantes recorren tramos cortos en transporte terrestre como autobús y camiones de carga. Esta situación ocasiona trayectos largos y estancias temporales frecuentes a lo largo del país, principalmente en sus fronteras, condición que las expone a una mayor vulnerabilidad y riesgos<sup>9</sup> tales como discriminación, violencia, agresión sexual y desigualdad de género<sup>10-12</sup>.

El fenómeno de migración es complejo y multifacético, incluye las etapas de presalida, tránsito, destino, intercepción y retorno<sup>13</sup>. Hasta ahora, los estudios sobre migración se han centrado en las fases de origen y destino, sin considerar la fase de traslado debido al desafío que comprende abordar a una población flotante y en constante cambio. Por otro lado, la incorporación del género en los estudios migratorios y los análisis estadísticas sobre migración disgregadas por sexo son relativamente recientes. Estas situaciones entorpecen la elaboración de un perfil migratorio con perspectiva de género que identifique riesgos específicos para la salud de las mujeres durante las diferentes fases de la migración.

Diversos autores han identificado características que permiten construir el perfil de la migración femenina de México a Estados Unidos<sup>14,15</sup>. Datos sociodemográficos como la edad, el estado civil y el tiempo de migración contribuyen a la construcción de dicho perfil e influyen directamente sobre los significados que este proceso representa para las mujeres migrantes. En cuanto a la edad, se ha reportado que predominan las mujeres jóvenes<sup>14</sup>, asociado comúnmente a una mayor productividad económica en la sociedad. Otra característica que se sobresale es la procedencia o nacionalidad, destacando las mujeres centroamericanas<sup>16</sup>. Por otro lado, ciertas investigaciones han demostrado que la educación recibida en los lugares de origen condiciona el proceso migratorio, así como las respuestas ante los peligros que enfrentan en el trayecto, principalmente de aquellas mujeres en situación irregular<sup>17</sup>.

Los resultados de estas investigaciones contribuyen a reforzar el desarrollo de programas en temas de políticas legales y migratorias, así como en lo referente a temas de salubridad. Esta globalización ha llevado a profesionales de la salud, particularmente en enfermería, a desarrollar teorías que permitan considerar cambios a los que se enfrentan distintas poblaciones en movimiento<sup>18</sup> como las mujeres migrantes, y con ello, abrir camino a la integración de la cultura, creencias, tradiciones, nuevas tecnologías y enfermedades, en la llamada enfermería transcultural<sup>19</sup>.

Por lo anterior, el estudio tuvo por objetivo realizar una caracterización sociodemográfica de las mujeres migrantes en tránsito de una ciudad en la frontera noreste de



México con el fin de identificar posibles riesgos para la salud, incluyendo la salud sexual.

## Metodología

Se realizó un estudio con diseño descriptivo de corte transversal<sup>20</sup> en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. Se obtuvo una muestra de 146 mujeres migrantes, la cual fue calculada para una p/q del 50%, nivel de confianza del 95% y margen de error de  $\pm 8.1$ . Se realizó un muestreo a conveniencia en cinco albergues o casas de migrantes de la localidad, así como en lugares de trabajo, donde se localizaban a las posibles participantes como cafeterías, tiendas de abarrotes y restaurantes, entre otros. La muestra no incluyó a mujeres migrantes que hablaran un idioma diferente al español.

Entre los criterios de inclusión, se consideró a mujeres migrantes nacionales y extranjeras, mayores de 18 años que reconocieran estar en fase de tránsito migratorio, para esto, se consideraron mujeres con un tiempo de residencia no mayor a 12 meses, que declararan su intención de cruzar la frontera y aquellas que no fuesen residentes de la ciudad y que se encontraran en esta zona por motivos de trabajo o búsqueda de este, cambio de residencia o estudio, manifestando no tener una fecha tentativa de regreso a su lugar de origen.

Se empleó una cédula de datos con características sociodemográficas como la edad, la escolaridad, la nacionalidad y el estado civil. Además, se incluyeron preguntas de carácter migratorio como el estatus migratorio, el tiempo de migración y el número de migraciones realizadas anteriormente. También se realizaron preguntas de comportamiento sexual como la frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 30 y 90 días previos al estudio. Una vez localizados los distintos albergues de la ciudad, así como los centros de trabajo, se ubicó un sitio adecuado para realizar una invitación a las mujeres, se explicó la naturaleza y el objetivo principal del proyecto a cada una de las posibles participantes y se les proporcionó el consentimiento informado con el que aceptaban participar en la investigación reiterando el anonimato y confidencialidad de la información.

Cabe mencionar que la investigación contó con las autorizaciones pertinentes del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con registro FAEN-D-1581, así como de los albergues o casas de migrantes y módulos de migración de la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Además, se apegó a lo inscrito en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en lo referente a la dignidad, protección de los derechos de los migrantes, bienestar y confidencialidad de la información, así como de la autorización por escrito de cada participante<sup>21</sup>.

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas (n = 146)

| Variable                            | Media | Mediana | DE   |
|-------------------------------------|-------|---------|------|
| Edad                                | 30.23 | 30.00   | 6.24 |
| Escolaridad                         | 12.92 | 12.00   | 3.00 |
| Tiempo de residencia en la Cd.      | 6.20  | 6.50    | 3.58 |
| Edad de 1. <sup>era</sup> migración | 25.98 | 26.00   | 6.77 |
| Numero de migraciones hacia EE.UU.  | 1.40  | 1.00    |      |

Cd.: ciudad; DE: desviación estándar.

Para las variables categóricas como la nacionalidad, el estado civil y la escolaridad se utilizaron frecuencias y porcentajes. En cuanto a las variables numéricas, como la edad y el tiempo de residencia en la ciudad, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. La información recabada se analizó mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS) versión 20.0.

## Resultados

Dentro de los resultados se observó que el promedio de edad fue de 30 años (mediana: 30.00, desviación estándar: 6.24). En cuanto al nivel educativo, la mayoría (88.2 %) manifestó tener estudios académicos hasta de preparatoria o menos, lo que indica que más de la mitad de las participantes tenía un bajo nivel educativo (Tabla 1).

Respecto al estado civil, el 34.9% eran casadas y el 16.4% en unión libre; el 32.2% eran solteras, mientras que el 13.7% eran divorciadas (Tabla 2). Otra característica que se observó fue que solo el 27.6% tenía un empleo al momento del estudio y que el 76.6 % no contaba con servicio de salud. Por otro lado, en cuanto a la nacionalidad, se observó que más de la mitad de las mujeres migrantes eran mexicanas (58.6 %), en su mayoría provenientes del Estado de Guerrero (27.9%), Michoacán (5.9%), Veracruz (5.1%) y Chiapas (4.4%). En cuanto a las de nacionalidad extranjera (41.4%), se observó que la mayoría eran centroamericanas, principalmente de Cuba (12.5%), Honduras (11 %) y El Salvador (7.4 %).

En relación con las variables migratorias, se encontró que las mujeres tenían cerca de seis meses de residencia en la ciudad; el 45.5% había intentado cruzar la frontera anteriormente y el 40.5% lo había hecho sin documentos legales. Por otra parte, se les preguntó también si migraban acompañadas o si tenían pareja en el lugar de origen. En los resultados se observó que solo el 41.8% reportó tener pareja en sus lugares de origen, cerca de la mitad

**Tabla 2.** Caracterización de la población (n = 146)

| Variable            | Frecuencia | %    |
|---------------------|------------|------|
| Nacionalidad        |            |      |
| Mexicana            | 85         | 58.6 |
| Extranjera          | 60         | 41.4 |
| Estado civil        |            |      |
| Casada              | 51         | 34.9 |
| Soltera             | 47         | 32.2 |
| Divorciada/separada | 20         | 13.7 |
| Viuda               | 4          | 2.7  |
| Unión libre         | 24         | 16.4 |
| Escolaridad         |            |      |
| Primaria            | 18         | 12.5 |
| Secundaria          | 46         | 31.9 |
| Preparatoria        | 63         | 43.8 |
| Universidad/colegio | 14         | 9.7  |
| Posgrado            | 3          | 2.1  |
| Servicios de salud  |            |      |
| IMSS                | 19         | 13.1 |
| ISSSTE              | 1          | .7   |
| Población abierta   | 11         | 7.6  |
| Hospital privado    | 3          | 2.1  |
| No tengo            | 111        | 76.6 |

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

(45.5%) mencionó que su pareja se encontraba en la ciudad actual; sin embargo, la mayoría (58.6%) reportó que migraban de manera independiente. Otra característica por destacar fue que la mayoría de las mujeres (59.4%) manifestaron que la migración que realizaban al momento del estudio era con estatus legal (Tabla 3).

Respecto a la frecuencia de relaciones sexuales, se encontró que más del 50% de las mujeres había tenido relaciones sexuales en los últimos 90 días, sin embargo, fue menos de la mitad (34.3%) quienes reportaron actividad sexual en el último mes.

## Discusión

En la búsqueda de caracterizar el perfil de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera noreste de México, los hallazgos encontrados demuestran que el promedio de

**Tabla 3.** Frecuencias de variables migratoria y sexuales (n = 146)

| Variable                                  | Frecuencia | %    |
|---|------------|------|
| Migraciones anteriores                    |            |      |
| Sí  | 55         | 45.5 |
| No  | 66         | 54.5 |
| Migraciones anteriores sin visa/pasaporte |            |      |
| Sí  | 49         | 40.5 |
| No  | 72         | 59.5 |
| Pareja en lugar de origen                 |            |      |
| Sí  | 61         | 41.8 |
| No  | 85         | 58.2 |
| Pareja en ciudad actual                   |            |      |
| Sí  | 66         | 45.5 |
| No  | 79         | 54.5 |
| Migración con pareja                      |            |      |
| Sí  | 60         | 41.4 |
| No  | 85         | 58.6 |
| Tipo de migración actual                  |            |      |
| Legal                                     | 85         | 59.4 |
| Illegal                                   | 58         | 40.6 |
| Relaciones sexuales en 90 días            |            |      |
| Sí  | 75         | 56   |
| No  | 59         | 44   |
| Relaciones sexuales en 30 días            |            |      |
| Sí  | 46         | 34.3 |
| No  | 88         | 65.7 |

edad de las mujeres migrantes es acorde con otras investigaciones<sup>22</sup> en función de que predominaron las mujeres jóvenes. En cuanto a la escolaridad, se observó que predominaron aquellas con poca preparación académica, dato que coincide con otras investigaciones realizadas en mujeres migrantes que intentan cruzar la frontera norte de México<sup>22</sup>, sin embargo, es importante destacar que se ha presentado un aumento en la proporción de mujeres con escolaridad profesional o posgrado dentro de los flujos migratorios<sup>23,24</sup>. Esta mayor preparación puede ser uno de los principales factores que les permitan a las mujeres tener un mayor conocimiento sobre riesgos concretos de la migración y planificar estrategias para afrontarlos.

El estado civil que predominó fue el de las casadas, contrario a lo referido por otras investigaciones que reportan mayor presencia de mujeres solteras o separadas en flujos migratorios<sup>25</sup>; considerando que la mayoría de las mujeres de la muestra migraban de manera independiente, esto nos lleva a pensar que se trata de mujeres jefas de familia, ya que muchas veces este es el motivo que las lleva a migrar. Esta es una oportunidad muy importante para que el personal de enfermería que se ubica en zonas fronterizas trabaje con las mujeres en consejería sexual de manera interactiva para ayudarlas en la transición que muchas veces conlleva un riesgo sexual y así prevenir problemas a la salud sexual y que puedan ejercer una sexualidad responsable.

Un tercio de las participantes manifestaron contar con empleo, sin embargo, no contaban con algún servicio. Lo anterior es congruente con investigaciones en el extranjero<sup>26,27</sup> que demuestran asociaciones entre el empleo y el acceso a los servicios de salud, destacando que, al no contar con estos, las mujeres son proclives a mayores riesgos, incluidos los de índole sexual. También es importante destacar que el empleo puede representar un factor que permita a las mujeres continuar con su viaje al otro lado de la frontera, por lo que no consideran importante el tener un servicio de salud como beneficio de este. En este sentido se hace notorio el papel que la enfermera debe de realizar a nivel comunitario, ya que al no contar la mayor parte de ellas con servicios de salud el apoyo de tipo asistencias será muy importante para prevenir riesgos a la salud y detección oportuna de complicaciones dentro de su tránsito.

En relación con el lugar de procedencia, predominaron las mujeres migrantes mexicanas, sin embargo, las mujeres centroamericanas tuvieron un porcentaje importante en la muestra. Lo anterior es similar a otras investigaciones realizadas en otros países donde identifican a la población latina, incluyendo a mujeres mexicanas y centroamericanas, como las de mayor prevalencia dentro de la población migrante<sup>28</sup>.

Por otro lado, respecto a las variables migratorias, los hallazgos demostraron que las mujeres tienen un promedio de residencia de seis meses en las ciudades de tránsito y que cerca de la mitad de la muestra había migrado anteriormente y con estatus irregular. Esto es similar a investigaciones anteriores en función de la migración irregular, principalmente por la demanda laboral que el país de destino ofrece y, en ocasiones, por la falta de preparación técnica que tienen las personas que no pueden migrar por la vía legal<sup>29</sup>.

En cuanto a las variables de tipo sexual, se observó que solo un tercio de las mujeres reportó haber tenido relaciones sexuales durante el último mes, mientras que en los 90 días previos al estudio, este porcentaje aumentó a más

del 50%. Si bien es cierto que investigaciones realizadas en mujeres migrantes de Latinoamérica reportan similitudes respecto a la frecuencia de los encuentros sexuales de esta población<sup>30</sup>. En la mayoría de los casos, durante el tránsito migratorio estas experiencias sexuales están vinculadas con aspectos de coerción, abuso y violencia, especialmente de tipo sexual<sup>31</sup>, sumadas a las problemáticas del acceso a los servicios de salud<sup>32</sup> estas situaciones pueden explicar la diferencia entre la frecuencia de encuentros sexuales en los último tres meses.

## Conclusiones

Con el objetivo de caracterizar a las mujeres migrantes en tránsito en la frontera noreste de México, los hallazgos presentados en este estudio permiten identificar que las mujeres que transitan por esta zona del país son mujeres jóvenes, de baja escolaridad, casadas y con empleo, sin embargo, no cuentan con servicios de salud. Predominan aquellas mujeres provenientes de Estados del sur del país y de nacionalidad centroamericana. Presentan seis meses de residencia en la ciudad de tránsito donde refieren, principalmente, que han llegado de manera ilegal.

En la actualidad, los programas y políticas públicas se han enfocado en mantener el control de enfermedades infecciosas y en contener la movilidad de las personas<sup>33</sup>, principalmente los migrantes indocumentados, cuyas condiciones favorecen su vulnerabilidad social, así como otros factores que perjudican su salud<sup>34</sup>. Este hecho permite la participación de disciplinas como enfermería para el desarrollo de investigaciones e intervenciones de salud en estas poblaciones, agregando un enfoque de cuidados integrales y transculturales con la característica de la distinción por género, y con ello, identificar la necesidad real de grupos vulnerables o de difícil acceso como las mujeres migrantes en tránsito.

Es importante considerar que este estudio no está exento de limitaciones. Una de ellas tiene que ver con la representatividad de las mujeres migrantes por toda la frontera norte del país, situación que podría condicionar los hallazgos de esta investigación. Los hallazgos reportados en este estudio pueden contribuir a la construcción del perfil de las mujeres migrantes en la frontera norte de México con la finalidad de mejorar y adaptar las intervenciones dentro de los programas de atención en salud de las mujeres migrantes.

Por otro lado, la diversidad de la población en México, particularmente en sus fronteras, conlleva un conjunto de retos en materia de atención sanitaria. Si bien por medio de la atención integral se espera que las y los enfermeros ayuden a los individuos a afrontar los cambios que representan ciertas enfermedades, respecto a la población de mujeres migrantes, podemos considerar que dicha aten-

ción requiere una perspectiva cultural y de género, importantes para desarrollar e innovar en la implementación de programas e intervenciones de salud, que permitan el empoderamiento en las mujeres migrantes y contribuir en la toma de mejores decisiones de salud, sobre todo en lo referente a temas de salud sexual.

## Agradecimientos

Los autores agradecen principalmente a las instituciones, módulos y casas del migrante de la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. A todas las mujeres migrantes que aceptaron participar en el desarrollo del proyecto.

## Financiamiento

Para esta investigación se contó con el apoyo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas que otorgó una beca para estudios de doctorado a la Mtra. Márquez Vargas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. International migrant stock 2019 [Internet]. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, International Migration [citado: 23/02/2021]. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>
2. Thompson L. Migración e Igualdad de Género en la Agenda 2030, Desafíos para la Acción [Internet]. Habana, Cuba: Organización Internacional para las Migraciones, 5 de octubre de 2017. Disponible en: <https://www.iom.int/es/speeches-and-talks/migracion-e-igualdad-de-genero-en-la-agenda-2030-desafios-para-la-accion>
3. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020: Capítulo 1. Síntesis del Informe: Una Perspectiva de la Migración y la Movilidad en Tiempos de Creciente Incertidumbre [Internet]. International Organization for Migration [citado: 23/02/2021]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020-capitulo-1>
4. Hernández-Hernández O. Caravana de migrantes centroamericanos en Reynosa y Matamoros. Colegio de la Frontera Norte [Internet]. Tamaulipas, México: El Colegio de la Frontera Norte; mayo de 2019 [citado: 23/02/2021]. Disponible en: <https://www.colef.mx/estudiosdecolef/caravana-de-migrantes-centroamericanos-en-reynosa-y-matamoros-2019/>
5. Consejo Nacional de Población. Blog: Mujeres en la migración. La participación de las mujeres en la migración ha tomado mayor visibilidad e importancia en los últimos años [Internet]. Gobierno de México; marzo de 2017 [citado: 23/02/2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/mujeres-en-la-migracion-98976?idiom=es>
6. El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe [Internet]. La Iniciativa de la Comunicación; 26/07/2006. Disponible en: <https://www.comunit.com/la/content/el-ungass-g%C3%A9nero-y-la-vulnerabilidad-de-la-mujer-al-vih-sida-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>
7. Willers S. Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. Sociológica. 2016;31(89):163-95.
8. Terrón-Caro T, Monreal-Gimeno M. Mujeres migrantes en tránsito en la Frontera Norte de México: motivaciones y expectativas socioeducativas ante el sueño americano. Pap Poblac. 2014;20(82):137-66.
9. Monreal Gimeno MC, Terrón Caro T, Cárdenas Rodríguez R. Las mujeres en los movimientos migratorios en la frontera norte de México. Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria [Internet]. 2014;(23):45-68. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135029519004>
10. Cárdenas-Rodríguez R, Vázquez B. Recursos disponibles para la protección de mujeres migrantes en tránsito por Tamaulipas. Pap Poblac. 2014;20(79).
11. Fries Monleón L. Las mujeres migrantes en las legislaciones de América Latina: análisis del repositorio de normativas sobre migración internacional del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Serie Asuntos de Género, N.º 157 (LC/TS.2019/40). Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2019.
12. Rodríguez-Chávez E. Migración centroamericana en tránsito irregular por México: nuevas cifras y tendencias [Internet]. Central America. North America Migration Dialogue; diciembre de 2016. Disponible en: [https://domide.colmex.mx/Archivos/Doc\\_8357.pdf](https://domide.colmex.mx/Archivos/Doc_8357.pdf)
13. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. PLoS Med. 2011;8(5): e1001034.
14. Díaz G, Kuhnner G. Globalización y migración femenina. Experiencias en México. [Internet]. Centro de Estudios y Programas Interamericanos; diciembre de 2007 [citado: 23/02/2021]. Disponible en: [http://imumi.org/attachments/article/51/Globalizacion\\_y\\_mujeres\\_en\\_la\\_migracion\\_2007\\_CEPi.pdf](http://imumi.org/attachments/article/51/Globalizacion_y_mujeres_en_la_migracion_2007_CEPi.pdf)
15. Marroni M, Meneses G. El fin del sueño americano: Mujeres migrantes muertas en la frontera México-Estados Unidos. Migr Inter. 2006;3(3):5-30.
16. Mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México [Internet]. México: Instituto Nacional de las Mujeres, Desigualdad en cifras; diciembre de 2019. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/BA5N12.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BA5N12.pdf)
17. Terrón-Caro T, Cárdenas-Rodríguez R, Cueva Luna TE, Vázquez Delgado B. Educación y mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México. La educación como variable y expectativa futura en el proceso migratorio. RCED [Internet]. 2017;29(3):791-05. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/53969>
18. Meleis AI. Situational transitions: Immigration. En: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Hilfinger DK, editor. New York: Springer Publishing Company; 2010. pp. 226-282.
19. Tarrés Chamorro S. El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gazeta de Antropología. 2001;17(15):95-163.
20. Hernández R, Fernández C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6.ª ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
21. Secretaría General de Servicios Parlamentarios. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2014. pp. 1-31.
22. Murillo I. Características sociodemográficas de las mujeres migrantes hondureñas en Estados Unidos de América, Período 2001-2013 [Internet]. Población y Desarrollo - Argonautas y Caminantes. 2017;12:53-63. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/PDAC/article/view/3100>
23. Solís-Pérez M, Alonso-Meneses G. Una caracterización de las mujeres en tránsito hacia Estados Unidos: 1993-2006. Pap Poblac. 2009;15(62):253-83.
24. Pérez-Morente MA, Campos-Escudero A, Sánchez-Ocón MT, Hueso-Montoro C. Características sociodemográficas, indicadores de riesgo y atención sanitaria en relación a infecciones de transmisión sexual en población inmigrante de Granada. Rev Esp Salud Pública. 2019;93:e201912102.
25. Andrade-Rubio KL. Víctimas de trata: mujeres migrantes, trabajo agrario y acoso sexual en Tamaulipas. CienciaUAT [Internet]. 2016;11(1):22-36. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-7858201600020002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-7858201600020002&lng=es)
26. Dixon DA, Antoni M, Peters M, Saul J. Employment, social support, and HIV sexual-risk behavior in Puerto Rican women. AIDS Behav. 2001;5(4):331-42.
27. Caballero M, Leyva-Flores R, Ochoa-Marín SC, Zarco A, Guerrero C. Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. Salud Pública Mex. 2008;50(3):241-50.
28. Ertl MM, Dillon FR, Cabrera Tineo YA, Verile M, Jurkowski JM, de la Rosa M. Sexual risk during initial months in US among Latina young adults. AIDS Care. 2018;30(3):353-60.
29. Izcara-Palacios SP. Los empleadores estadounidenses y la migración irregular. CienciaUAT [Internet]. 2018;12(2):90-103. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-78582018000100090&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100090&lng=es)
30. González López JR, Rodríguez Gázquez MA, Lomas Campos MM. Salud sexual y reproductiva en inmigrantes latinoamericanos adultos de la ciudad de Sevilla. Enfermería Global. 2013;12(29):34-42.
31. Infante C, Silván R, Caballero M, Campero L. Sexualidad del migrante: Experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. Salud Pública Mex. 2013;55(Supl.1):S58-S64.
32. Martínez-Pizarro J, Reboiras-Finardi L. Migración, derechos y salud sexual. Pap Poblac. 2010;(64):9-29.
33. Hernández Ávila M. Movilidad poblacional y VIH. Salud Pública Mex. 2013;55(Supl.1):S1-S3.
34. Leyva-Flores R, Aracena-Genao B, Serván-Mori E. Movilidad poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México. Rev Panam Salud Pública. 2014;2014;36(3):143-9.



# Condición sociodemográfica de pacientes en hemodiálisis y su capacidad de autocuidado

## *Sociodemographic condition of hemodialysis patients and their capacity for self-care*

Eduardo Santiago-Zúñiga<sup>1\*</sup>, Ma. de los Ángeles Monroy-Martínez<sup>2</sup>, Ma. Antonieta Cuevas-Peñaloza<sup>2</sup> y Adriana E. Vega-García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Metabólica Adultos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México; <sup>2</sup>Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Estado de México. México

### Resumen

La hemodiálisis es una de las terapias renales sustitutivas más empleadas en México para hacer frente a la enfermedad renal crónica. Se considera una terapia invasiva y compleja, y por ello requiere que los pacientes lleven a cabo cuidados permanentes. **Objetivo:** Describir la capacidad de autocuidado de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y la correlación con las variables sociodemográficas. **Métodos:** Diseño de estudio descriptivo transversal, la muestra incluyó a 57 hombres y mujeres mayores de 18 años, con muestreo no probabilístico. Se excluyeron las personas que decidieron no participar en el estudio. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario Capacidad de agencia de autocuidado, con una fiabilidad de 0.75 por alfa de Cronbach. **Resultados:** Las mujeres fueron el sexo predominante en el estudio, encontrándose en edades de entre 18 a 38 años, casadas, con un nivel máximo de estudios básico. Se encontró una capacidad de autocuidado alta en un 70% y capacidad media en un 30%. Se realizó correlación de las variables: edad, sexo, nivel escolar, estado civil y tiempo en tratamiento de hemodiálisis con la capacidad de autocuidado, encontrando un grado de significación ( $p \geq 0.05$ ). **Conclusiones:** Se considera que no existe asociación entre la capacidad de autocuidado y las variables sociodemográficas.

**Palabras clave:** Autocuidado. Pacientes en hemodiálisis. Enfermería.

### Abstract

Hemodialysis is one of the most widely used renal replacement therapies in Mexico to cope with chronic kidney disease. It is considered an invasive and complex therapy and therefore requires patients to carry out permanent care. **Objective:** To describe the self-care capacity of hemodialysis patients and the correlation with sociodemographic variables. **Methods:** Cross-sectional descriptive study design, the sample included 57 men and women over 18 years of age, with non-probabilistic sampling. People who decided not to participate in the study were excluded. The questionnaire (Self-care agency capacity) with a reliability of 0.75 by Cronbach's Alpha was used for data collection. **Results:** Women were the predominant sex in the study, between 18 and 38 years of age, married, with a maximum level of basic education. A high self-care capacity was found in 70% and a medium capacity in 30%. The variables age, sex, school level, marital status and time on hemodialysis treatment were correlated with self-care capacity, finding a significance of  $p \geq 0.05$ . **Conclusions:** It is considered that there is no association between self-care capacity and socio-demographic variables.

**Keywords:** Self-care. Hemodialysis patients. Nursing.

### Correspondencia:

\*Eduardo Santiago-Zúñiga

E-mail: eduardo.santiago@incmnsz.mx

Fecha de recepción: 01-06-2021

Fecha de aceptación: 04-08-2021

Cómo citar este artículo: Santiago-Zúñiga E, Monroy-Martínez MA, Cuevas-Peñaloza MA, Vega-García AE. Condición sociodemográfica de pacientes en hemodiálisis y su capacidad de autocuidado. Rev Mex Enf. 2022;10:59-66.

2339-7284 / © 2021 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permayer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



## Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un serio problema de salud pública por su alta incidencia y prevalencia. Se estima que existen alrededor de 850 millones de personas que la padecen en el mundo, en México esta enfermedad se presenta en 1.4 casos por cada 1,000 habitantes, cifras que superan a las mundiales, esto puede estar relacionado por el alto número de casos de diabetes *mellitus*, obesidad e hipertensión, etiologías primarias que generan ERC como complicación final<sup>1,2</sup>.

La hemodiálisis es la terapia de sustitución renal más usada para hacer frente a esta enfermedad, es un procedimiento altamente invasivo, en el que se emplean dializadores artificiales para depurar las toxinas de la sangre y el exceso de líquidos, los pacientes sometidos a este tipo de tratamiento se encuentran en riesgo de desarrollar diversos tipos de complicaciones a causa de la propia terapia, observándose cambios físicos, químicos, hidroelectrolíticos, ácido-base y hemodinámicos importantes, es por ello que el paciente requiere de cuidados permanentes, teniendo en cuenta esta situación, el autocuidado se convierte en un eslabón principal de supervivencia<sup>3,4</sup>.

El autocuidado requiere de acciones intencionadas que las personas deben realizar con la finalidad de regular los factores que pueden incidir en su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su bienestar, este se construye a partir de distintos elementos que contribuyen a que se estructuren hábitos cotidianos en los cuales la reflexión y la experiencia de vivencias significativas provocan que las personas incorporen pautas de autocuidado que previamente no se tenían, estas acciones dependerán de su capacidad de autocuidado, la cual está relacionada con la edad, el sexo, la ocupación, la red familiar, la experiencia de enfermedad y la preparación académica<sup>5</sup>.

Es necesario, entonces, que la población de usuarios sometidos a tratamiento de hemodiálisis incluyan en su diario vivir una serie de acciones encaminadas a promover condiciones favorables con la salud y a minimizar los factores de riesgo que pudieran alterar o agravar el proceso de enfermedad, con la finalidad de hacer posible mejorar la calidad de vida. En este sentido, el objetivo del presente estudio fue describir particularmente la condición sociodemográfica de los pacientes en hemodiálisis y su capacidad de autocuidado.

## Material y métodos

El diseño del estudio es descriptivo, transversal y exploratorio, la muestra fue de 57 adultos en tratamiento de hemodiálisis, no probabilístico, a todos los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, de sexo indistinto, con cualquier tipo de acceso vascular y que se encuentren en tratamiento de hemodiálisis por más de tres meses.

Para la recolección de la información se empleó una cédula de identificación donde se incluyen las siguientes características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, tiempo en tratamiento de hemodiálisis, comorbilidades y cuidador principal. Se explicó el objetivo de la investigación a todos los participantes, se les informó que sus datos personales, como su nombre, serían codificados numéricamente para mantener el principio de confidencialidad, fueron informados que su participación era voluntaria y que en caso de tener dudas podría comunicarse con el investigador, aquellos que aceptaron participar en la investigación y publicación de los datos firmaron un consentimiento informado.

Para identificar la capacidad de autocuidado se utilizó el instrumento Capacidad de agencia de autocuidado (Fig. 1), el cual está conformado por 17 ítems de acciones de autocuidado con una escala sumativa tipo Likert que consta de cinco opciones de respuesta, donde 1 es nunca, 2 es casi nunca, 3 es a veces, 4 es casi siempre y 5 es siempre. Al responder este cuestionario, los participantes del estudio son clasificados con una capacidad de autocuidado baja, media y alta de acuerdo con la ponderación obtenida, 17 a 28 puntos, de 29 a 56 puntos y de 57 a 85 puntos respectivamente; la puntuación mínima es de 17 puntos y la máxima de 85 puntos. Este instrumento fue diseñado en castellano y se ha empleado en estudios relacionados con capacidad de autocuidado en población latina mayor de 18 años con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y enfermedad renal.

## Manejo estadístico

El análisis estadístico se efectuó mediante la estadística descriptiva, obteniendo frecuencias relativas y absolutas, así como medidas de tendencia central. Los datos no tuvieron una distribución normal, por lo que se empleó estadística no paramétrica. La correlación se realizó por método de Spearman ( $p < 0.05$  con significancia y  $p > 0.05$  sin significancia). Se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25.0 de IBM y el programa Microsoft Excel versión 2016.

## Resultados

Se entrevistaron 57 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, de los cuales el 56.1% fueron mujeres y el 43.9% hombres. La capacidad de autocuidado identificada fue alta con un 70% y capacidad media con un 30%, destacando que los pacientes de 18 a 28 años presentaron con

**Cuestionario**

**Capacidad de agencia de autocuidado**

**Investigación:** Capacidad de autocuidado en pacientes en hemodiálisis en un Instituto de la Ciudad de México.

**Objetivo:** Describir la capacidad de autocuidado y la correlación con las variables sociodemográficas en los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Seleccione con una X la opción deseada.

|   |                       |    |                     |                           |         |
|---|-----------------------|----|---------------------|---------------------------|---------|
| <b>Edad</b>   |                       |    | <b>Estado civil</b> | Soltero/a                 |         |
| <b>Sexo</b>   | M                     | H  |                     | Casado/a                  |         |
| <b>Tiempo en hemodiálisis</b>                                       |                       |    |                     | Viudo/a                   |         |
| <b>¿Previo a HD tuvo otra terapia?</b>                              | Sí                    | No |                     | Unión libre               |         |
|   | ¿Cuál?                |    |                     |                           |         |
| <b>¿Padece alguna otra enfermedad?</b>                              | Sí                    | No | <b>Escolaridad</b>  | Sin estudios              |         |
|   | ¿Cuál?                |    |                     | Primaria                  |         |
| <b>Tipo de acceso vascular</b>                                      | Catéter temporal      |    |                     | Secundaria                |         |
|   | Catéter tunelizado    |    |                     | Estudios técnicos         |         |
|   | Fístula arteriovenosa |    |                     | Preparatoria              |         |
|   | Injerto arteriovenoso |    |                     | Licenciatura              |         |
| <b>Número de accesos vasculares desde su inicio en hemodiálisis</b> |                       |    |                     | Posgrado                  |         |
| <b>¿Cuál fue la causa de su enfermedad renal?</b>                   |                       |    |                     | <b>Cuidador principal</b> | Ninguno |
|   |                       |    | Pareja              |                           |         |
|   |                       |    | Padre/madre         |                           |         |
|   |                       |    | Hijo/hija           |                           |         |
|   |                       |    | Otro, ¿cuál?        |                           |         |

Figura 1. Cuestionario Capacidad de agencia de autocuidado. (Continúa)

mayor frecuencia una capacidad alta y los pacientes de 29 a 38 años una capacidad media. La edad promedio fue 44 años, la edad mínima de 18 años y la máxima de 88 años (Tabla 1).

En cuanto al estado civil, se identificó que el 56.1% son casados, el 31.6% solteros, el 5.3% viudos y el 3.5% divorciados o viven en unión libre, destacando la capacidad de autocuidado alta en los pacientes casados y la capacidad

media en pacientes solteros. Respecto a la escolaridad, se encontró que el 40.4% cuentan con estudios de nivel básico, el 28% con nivel medio superior y un 26.4% con estudios de nivel superior (Tabla 1).

Respecto al tiempo en tratamiento de hemodiálisis, en promedio los pacientes llevan cuatro años, con un tiempo mínimo de tres meses y un máximo de 12 años. Los pacientes que llevan de tres a cinco años presentaron una



**Instrucciones:** Seleccione con X la opción con la que se siente más identificado/a.

| Ítems   | Nunca<br>1 | Casi<br>nunca<br>2 | A<br>veces<br>3 | Casi<br>siempre<br>4 | Siempre<br>5 |
|---|------------|--------------------|-----------------|----------------------|--------------|
| 1. Invierto tiempo en mi cuidado personal.  |            |                    |                 |                      |              |
| 2. Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento bien descansado.  |            |                    |                 |                      |              |
| 3. Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad.  |            |                    |                 |                      |              |
| 4. Realizo ejercicio regularmente.  |            |                    |                 |                      |              |
| 5. Considero que conozco cómo actúan las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial.      |            |                    |                 |                      |              |
| 6. Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria de la correcta administración. |            |                    |                 |                      |              |
| 7. Considero importante cumplir la dieta prescrita por el nutriólogo y la restricción de líquidos.  |            |                    |                 |                      |              |
| 8. Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas.  |            |                    |                 |                      |              |
| 9. El profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes.  |            |                    |                 |                      |              |
| 10. Conozco las complicaciones que de mi enfermedad pueden derivar.   |            |                    |                 |                      |              |
| 11. Considero que realizo un adecuado cuidado de mi acceso vascular de hemodiálisis.  |            |                    |                 |                      |              |
| 12. Realizo cambios según las necesidades, para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad.  |            |                    |                 |                      |              |
| 13. Mantengo estable mi peso corporal.  |            |                    |                 |                      |              |
| 14. Llevo a cabo las recomendaciones de salud que me brinda el personal de enfermería.  |            |                    |                 |                      |              |
| 15. Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar.   |            |                    |                 |                      |              |
| 16. He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos.  |            |                    |                 |                      |              |
| 17. Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida social.  |            |                    |                 |                      |              |
| <b>Total</b>  |            |                    |                 |                      |              |

Figura 1. Cuestionario Capacidad de agencia de autocuidado. (Continuación)

capacidad de autocuidado alta, seguido de los que llevan de tres meses a dos años (Tabla 1).

En relación con la etiología de la enfermedad renal de los pacientes en hemodiálisis, esta fue originada en un 36.8% por diabetes *mellitus* tipo 2, el 29.8% por nefritis lúpica, el 15.8% por hipertensión arterial sistémica, en el 12.3% se desconoce la etiología y en un 5.3% se originó por alteraciones congénitas del riñón y tracto urinario. Los

pacientes refieren en un 42.1% que además de padecer ERC padecen diabetes *mellitus* e hipertensión arterial y solo el 10.5% refieren no padecer ninguna otra enfermedad (Tablas 2 y 3).

Respecto al cuidador principal de los pacientes en hemodiálisis, se identificó que el 36.8% tienen como cuidador a su pareja o a sus padres, el 12.3% son cuidados por sus hijos, el 10% refirió que cuidan de ellos otras personas

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas y capacidad de autocuidado (n = 57)

| Variable     |                  | Capacidad alta<br>70% |      | Capacidad media<br>30% |      | p<br>(Spearman)   | Total<br>población |      |
|--------------|------------------|-----------------------|------|------------------------|------|-------------------|--------------------|------|
|              |                  | Fr                    | %    | Fr                     | %    |                   | Fr                 | %    |
| Edad         | 18 a 28          | 11                    | 27.5 | 3                      | 17.7 | 0.688<br>p > 0.05 | 14                 | 24.6 |
|              | 29 a 38          | 10                    | 25   | 2                      | 11.7 |                   | 12                 | 21   |
|              | 39 a 48          | 5                     | 12.5 | 4                      | 23.5 |                   | 9                  | 15.8 |
| Sexo         | Mujer            | 24                    | 60   | 8                      | 47   | 0.542<br>p > 0.05 | 32                 | 56.1 |
|              | Hombre           | 16                    | 40   | 9                      | 53   |                   | 25                 | 43.9 |
| Escolaridad  | Sin estudios     | 2                     | 3.5  | 1                      | 1.7  | 0.861<br>p > 0.05 | 3                  | 5.2  |
|              | Nivel básico     | 16                    | 27.9 | 7                      | 12.2 |                   | 23                 | 40.4 |
|              | Nivel medio      | 12                    | 20.9 | 4                      | 6.9  |                   | 16                 | 28   |
|              | Nivel superior   | 10                    | 17.4 | 5                      | 8.7  |                   | 15                 | 26.4 |
| Estado Civil | Solteros         | 12                    | 22   | 6                      | 35.2 | 0.698<br>p > 0.05 | 18                 | 31.6 |
|              | Casados          | 23                    | 40.3 | 9                      | 53   |                   | 32                 | 56.1 |
| Tiempo en HD | 3 meses a 2 años | 11                    | 27.5 | 9                      | 53   | 0.666<br>p > 0.05 | 20                 | 35.1 |
|              | 3 a 5 años       | 21                    | 52.5 | 2                      | 11.7 |                   | 23                 | 40.4 |
|              | 6 a 8 años       | 8                     | 20   | 4                      | 23.6 |                   | 12                 | 21.1 |

Fr: frecuencia; g: grado de significancia estadística; HD: hemodiálisis.

**Tabla 2.** Etiología de enfermedad renal crónica (n = 57)

| Patologías                                      | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Diabetes <i>mellitus</i> 2                      | 21         | 36.8       |
| Lupus eritematoso                               | 17         | 29.8       |
| Hipertensión arterial                           | 9          | 15.8       |
| Desconocida                                     | 7          | 12.3       |
| Alteraciones del riñón<br>y del tracto urinario | 3          | 5.3        |
| <b>Total</b>                                    | <b>57</b>  | <b>100</b> |

**Tabla 3.** Comorbilidades (n = 57)

| Patologías   | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Ninguna  | 6          | 10.5       |
| Hipertensión arterial/lupus<br>eritematoso sistémico                 | 21         | 36.8       |
| Hipertensión arterial/<br>diabetes <i>mellitus</i> 2                 | 24         | 42.1       |
| Hipertensión arterial/<br>diabetes <i>mellitus</i> 2/<br>cardiopatía | 6          | 10.5       |
| <b>Total</b>   | <b>57</b>  | <b>100</b> |

sin querer especificar si existía un parentesco entre ellos y el 3.5% no tienen cuidador (Tabla 4).

Por último, al aplicar la prueba estadística de Spearman no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas. Sin embargo, como resultado importante se encontró que, a mayor edad, la capacidad de autocuidado aumenta, pero sin ninguna significancia.

Respecto al sexo, se identificó que las mujeres tienen un 68% más de probabilidad de tener una capacidad de au-

tocuidado alta respecto a los hombres, también se encontró que a mayor tiempo en tratamiento de hemodiálisis las mujeres disminuyen su autocuidado en un 2.4%, mientras que en los hombres ocurre en un 9.7% (Fig. 2).

En cuanto a la escolaridad, los pacientes que cuentan con estudios tienen un 84% más de probabilidad de presentar una capacidad de autocuidado alta contra aquellos pacientes que no los tienen.

En relación con el estado civil se destaca que los pacientes que se encuentran casados tienen un 78% más de

**Tabla 4.** Cuidador principal de los pacientes en hemodiálisis (n = 57)

| Cuidador     | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Ninguno      | 2          | 3.5        |
| Pareja       | 21         | 36.8       |
| Padre/madre  | 21         | 36.8       |
| Hijo/hija    | 7          | 12.3       |
| Otro         | 6          | 10.5       |
| <b>Total</b> | <b>57</b>  | <b>100</b> |

probabilidad de presentar capacidad de autocuidado alta respecto a los pacientes solteros; así mismo, aquellos pacientes que viven acompañados tienen una probabilidad mayor de tener mejor capacidad de autocuidado.

## Discusión

De acuerdo con Dorothea Orem, et al.<sup>6</sup> existen factores como la edad, el sexo, la etapa evolutiva, la condición socioeconómica, aspectos culturales y estilos de vida que impactan directamente en la capacidad de autocuidado de las personas. En esta investigación no se identificó correlación entre las variables mencionadas y la capacidad de autocuidado.

Se encontró que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis presentan una capacidad de autocuidado alta y media, resultados que coinciden a los obtenidos en los estudios de Cantillo, et al.<sup>7</sup>, y Carrillo, et al.<sup>8</sup>, en los cuales mostraron que los pacientes en tratamiento dialítico se encontraban con una alta y media capacidad de autocuidado, a diferencia a lo descrito en otro estudio de Carrillo, et al.<sup>9</sup>, donde se refiere que los pacientes con enfermedad renal en terapia sustitutiva tienen una deficiente capacidad de autocuidado.

El mayor porcentaje de pacientes en hemodiálisis se encuentran en las etapas de adulto joven y adulto intermedio, esto puede estar relacionado con la transición epidemiológica de las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo estas cada vez más frecuentes en edades tempranas. Los resultados de la investigación difieren a los descritos por Carrillo, et al.<sup>8</sup>, quienes identificaron que los pacientes en tratamiento de diálisis se encuentran en una edad mayor a los 50 años.

Esquivel, et al.<sup>10</sup>, refieren que a mayor edad la capacidad de autocuidado disminuye, lo que difiere con los resultados del estudio, ya que la capacidad de autocuidado se presentó de manera diversa en diferentes rangos de edad, encontrándose principalmente una capacidad de autocuidado alta en edades jóvenes.

Respecto al sexo, se destaca que las mujeres predominan en este estudio y son precisamente ellas quien presentan más susceptibilidad de padecer diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial sistémica y nefritis lúpica, patologías consideradas como etiologías que desarrollan ERC<sup>11</sup>. Los resultados de esta investigación coinciden con estos datos, ya que la etiología de la ERC de las mujeres fue diabetes *mellitus* tipo 2, nefritis lúpica e hipertensión arterial. Diferimos con Díaz, et al.<sup>12</sup>, quienes refieren que los hombres son los que más presentan enfermedad renal, esta diferencia de resultados puede estar asociada al predominio de las mujeres de la muestra analizada.

En relación con la capacidad de autocuidado, las mujeres presentaron capacidad de autocuidado alta, resultados similares a los descritos por Silva, et al.<sup>13</sup> quienes refieren que las mujeres con enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión se encuentran más controladas y con mejor capacidad de autocuidado en comparación con los hombres.

Respecto al nivel escolar de los pacientes en hemodiálisis, se identificó que la mayoría se encuentran en un nivel de estudios básico y precisamente son los que presentan una capacidad de autocuidado alta, lo que difiere completamente con Esquivel, et al.<sup>10</sup>, quienes refieren que los pacientes con enfermedades crónicas que tienen un nivel escolar básico presentan un autocuidado bajo.

En cuanto al estado civil, se identificó que la mayoría de los pacientes son casados, quienes presentan una capacidad de autocuidado alta, esto puede estar relacionado con que este grupo se encuentra en edades jóvenes y además cuentan con un apoyo socioemocional por parte de sus parejas. Sayers, et al.<sup>14</sup> mencionan que el apoyo de la pareja sentimental mejora significativamente el aspecto de cumplimiento de la medicación, régimen dietético y control del peso, aspectos que son fundamentales en el autocuidado en el paciente con afectación renal.

Las enfermedades como la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial son las principales causas de enfermedad renal en México, los pacientes con hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tienen un 35-40% más riesgo de desarrollar ERC que el resto de la población<sup>15</sup>, lo que podría verse reflejado en los resultados de este estudio, ya que la mayoría de los pacientes padecen diabetes *mellitus* e hipertensión arterial.

Respecto al cuidador de los pacientes en hemodiálisis, en su mayoría fueron los padres o cónyuges, resaltando las mujeres como las principales cuidadoras, los resultados coinciden con los descritos por Expósito, et al.<sup>16</sup> y con Akintui, et al.<sup>17</sup>, quienes encontraron que los cuidadores principales de los pacientes con enfermedades crónicas son en su gran mayoría los padres y los cónyuges. Coincidimos también con Peña, et al.<sup>18</sup>, quienes refieren que el

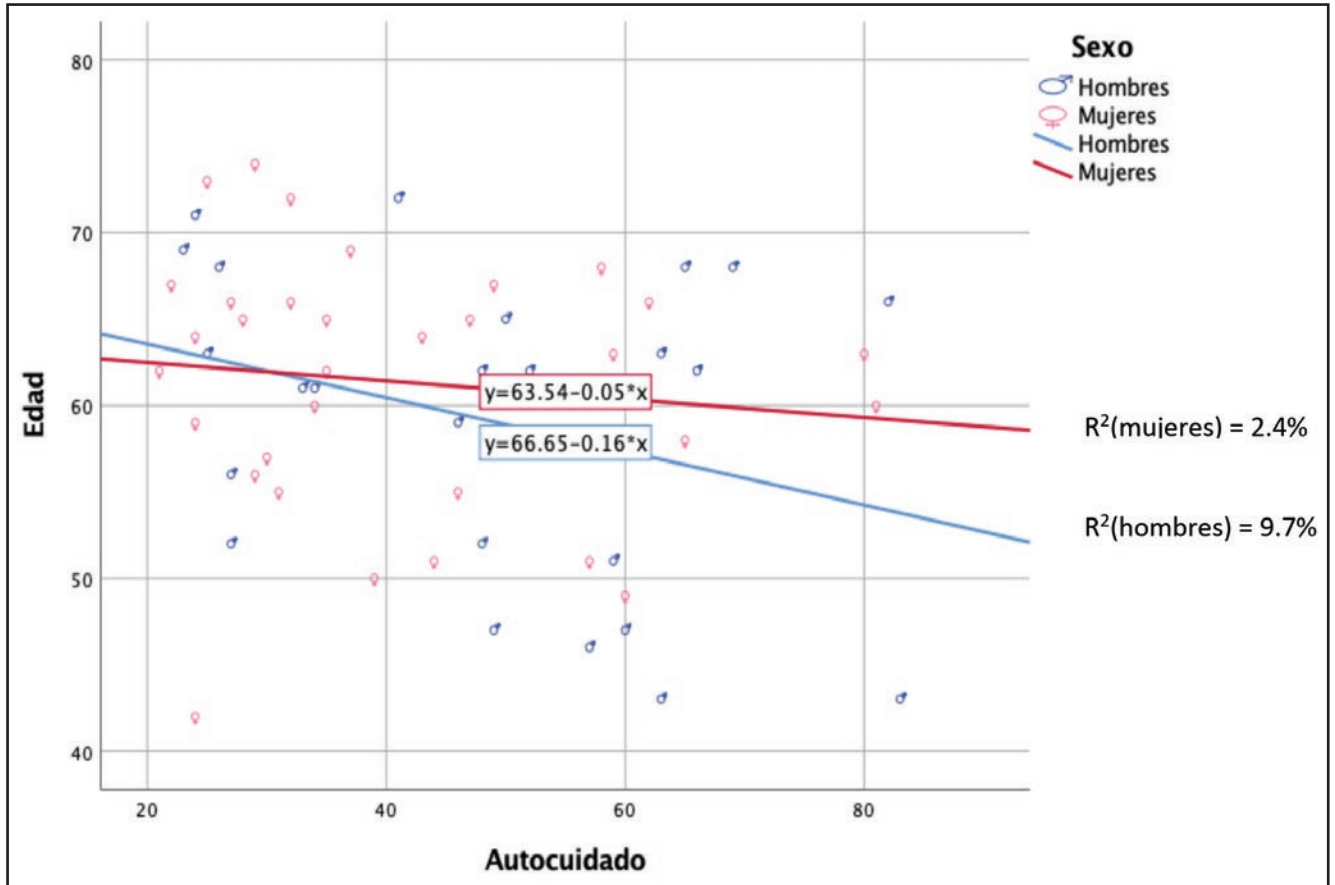


Figura 2. Diagrama de dispersión entre las variables edad, sexo y la capacidad de autocuidado.

perfil del cuidador principal generalmente son mujeres familiares directas del paciente.

Los profesionales de enfermería son pieza angular en el desarrollo del autocuidado del paciente con ERC, ya que, por medio de sus intervenciones educativas, otorgan al paciente las herramientas necesarias que les permiten adquirir un rol activo en el control y manejo de su enfermedad.

## Conclusiones

Con base en nuestros resultados se considera que no existe asociación entre la capacidad de autocuidado y las variables sociodemográficas; sin embargo, resulta importante mencionar que se encontró que a medida que aumenta la edad, aumenta el autocuidado, pero sin significancia estadística, también se identificó que las mujeres casadas que cuentan con estudios y que presentan comorbilidades tienen más probabilidad de presentar capacidad de autocuidado alta respecto a la población masculina.

## Limitaciones del estudio

La percepción del paciente respecto a su autocuidado es alta, sin embargo, se considera necesario comparar

dicha percepción con medidas más objetivas, como niveles de azoados y electrolitos en sangre, ganancia intradialítica, control de presión arterial e ingresos hospitalarios, entre algunos otros aspectos importantes, que nos permitan realizar una aseveración más precisa y confiable. Es por ello que los resultados de esta investigación no pueden ser generalizados a otras unidades de hemodiálisis.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

- World Kidney Day [sede web]. Bruselas: World Kidney Day; 2019 [citado: 25 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.worldkidneyday.org/ckd-2020-spanish/>
- Enfermedad renal, problema de salud creciente en todo el mundo, es prevenible: IMSS [Internet]. Gobierno de México; 2019 [citado: 29 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201903/058>
- Ofman SD, Pereyra Girardi CI, Stefani D. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Diferencias según género. *Bol Psicol.* 2013;108:91-106.
- Cuevas-Budhart MA, Saucedo García RP, Romero Quechol G, García Larumbe JA, Hernández P, Puente A. Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2017;20(2):112-9.
- Arenas-Monreal L, Jasso-Arenas J, Campos-Navarro YR. Self-care: conceptual base elements. *Glob Health Promot.* 2011;18(4):42-8.
- Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit.* 2017;19(3):89-100.
- Cantillo-Medina CP, Blanco-Ochoa JJ. Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. *Enferm Nefrol.* 2017;20(4):330-41.
- Carrillo Algarra AJ, Laza Vásquez C, Molina Jerena JA. Estudio documental (2006-2013) sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica. *Enferm Nefrol.* 2013;16(3):185-92.
- Carrillo Algarra AJ, Díaz FJ. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. *Enferm Glob.* 2013;12(2).
- Esquivel Quiñe AM. Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado del paciente adulto con hipertensión y diabetes [tesis en internet]. [Perú]: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
- Arenas Jiménez MD, Martín-Gómez MA, Carrero JJ, Ruiz Cantero MT. La nefrología desde una perspectiva de género. *Nefrol (Engl Ed).* 2018;38(5):463-5.
- Díaz Armas MT, Gómez Leyva B, Robalino Valdivieso MP, Lucero Proaño SA. Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador. *CCM.* 2018;22(2):312-24.
- Silva SS, Oliveira Sde F, Pierin AM. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(1):50-8.
- Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med.* 2008;35(1):70-9.
- Poll Pineda JA, Rueda Macías NM, Poll Rueda A, Mancebo Villalón A, Arias Moncada L. Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *Medisan.* 2017;21(9):2010-7.
- Expósito Concepción MY, Martín Carbonell M, Oviedo Córdoba H. La ESCV-FC para evaluar Calidad de Vida en cuidadores primarios en el Caribe colombiano. *Index Enferm.* 2018;27(3):152-5.
- Akintui Y, López C. Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la región Lambayeque durante el año 2012 [tesis en internet]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014.
- Peña A, Machado A, Mur T, Saiz M. Las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de pacientes dependientes. *Aten Primaria.* 2018;50(1):66-7.



## Análisis de concepto de conciencia situacional

### *Concept analysis of situational awareness*

R. Eduardo Apodaca-Armenta y Raquel A. Benavides-Torres\*

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

#### Resumen

La conciencia situacional ha cobrado relevancia dentro del ámbito de la salud. Sin embargo, existe una falta de claridad en su definición, por lo que es prioritario abordar este concepto para que los profesionales de la salud puedan utilizarlo de una manera integral. **Objetivo:** Explorar los diferentes usos del concepto conciencia situacional que permitan aclarar su significado en profesionales de salud. **Material y métodos:** Se utilizó el método de Walker y Avant (2011) para examinar antecedentes, atributos y consecuencias del concepto. La búsqueda se realizó en PubMed, EBSCO, Ovid, Google académico y Scopus sin restringir por años de búsqueda. **Resultados:** La conciencia situacional es un proceso en el cual se tiene que observar el entorno que ayude a percibir e integrar información importante, procesarla con rapidez y proyectarse a futuro. **Conclusiones:** La clarificación del concepto permite ampliar el conocimiento de este fenómeno; en el área de la salud puede ser útil, ya que las conductas de salud se ven afectadas en gran medida por la falta de conciencia. Además, tener mayor conocimiento de su significado servirá para plantear estrategias que ayuden a fomentar la conciencia como concepto integral que ayude a la toma de la decisión.

**Palabras clave:** Conciencia. Promoción de la salud. Enfermería.

#### Abstract

*Situational awareness has gained relevance within the field of health. However, there is a lack of clarity in its definition, so it is a priority to address this concept so that health professionals can use it in a comprehensive way. **Objective:** To explore the different uses of the concept of situational awareness that allow clarifying its meaning in health professionals. **Material and methods:** The method of Walker and Avant (2011) was used to examine antecedents, attributes and consequences of the concept. The search was carried out in Pubmed, Ebsco, Ovid, Academic Google and Scopus without restricting by years of search. **Results:** Situational awareness is a process in which you have to observe the environment that helps to perceive and integrate important information, process it quickly and project into the future. **Conclusions:** The clarification of the concept allows to broaden the knowledge of this phenomenon, in the area of health it can be useful since health behaviors are affected to a great extent by the lack of awareness. In addition, having a better understanding of its meaning will serve to propose strategies that help to promote awareness as an integral concept that helps in making the decision.*

**Keywords:** Awareness. Health promotion. Nursing.

#### Correspondencia:

\*Raquel A. Benavides-Torres

E-mail: rabenavi@gmail.com

Fecha de recepción: 23-12-2020

Fecha de aceptación: 05-03-2021



## Introducción

La conciencia situacional originalmente nace en la psicología cognitiva como el contenido activo del modelo mental de un ser humano que toma decisiones, o un esquema de la situación evolutiva de las tareas que se tienen que llevar a cabo<sup>1</sup>. Este concepto fue utilizado inicialmente en la Primera Guerra Mundial en el campo de la aviación, con el objetivo de aumentar la conciencia situacional en ambientes críticos en pilotos de aeronaves.

En las últimas tres décadas ha tomado mayor relevancia en el área de la salud, específicamente en anestesiología, donde mediante situaciones reales o simuladas se estableció que la conciencia de la situación está claramente involucrada en la provisión de atención óptima al paciente. En situaciones de urgencias médicas enfocadas a conocer si el uso de tecnología mediante la proyección de vídeos de situaciones de urgencias simuladas en estudiantes de enfermería tenían capacidad de identificar necesidades del paciente y retroalimentación que ayudara a mejorar la conciencia situacional, y en la toma de conciencia al riesgo de caídas de adultos mayores, la cual consistió en mostrar un vídeo de situaciones de riesgo con la finalidad de que identificaran los principales factores de riesgo que les brindara mayor conciencia situacional, los resultados de tal ejercicio fueron favorables para esta población. Sin embargo, todavía existe un vacío de conocimiento con base en el uso del concepto, ya que se ha utilizado de manera aislada. En la actualidad, el concepto conciencia situacional desarrollado desde la psicología cognitiva ha sido utilizado en diferentes áreas siendo el modelo de conciencia situacional propuesto por Endsley el más usado como sustento<sup>2</sup>; muestra el proceso cognitivo por el cual pasan los individuos para llegar a la conciencia.

El modelo muestra un proceso cíclico integrado por la conciencia situacional, la decisión y la transformación de la acción. La conciencia situacional consta de tres niveles: la percepción, la comprensión y la proyección de la situación. La percepción de la situación es el primer paso para lograr la conciencia que implica percibir el estado, los atributos y la dinámica de los elementos relevantes en el entorno. Es el nivel más básico y en el que solo se tiene la información que ofrece el sistema, pero no hay intención por parte del individuo de utilizarla. Endsley menciona que sin la percepción de la información básica, las opciones de producirse una imagen incorrecta de la situación crecen drásticamente. Es posible que los datos no estén disponibles para la persona por una falla en el diseño del sistema para presentarla o una falla en el proceso de comunicación.

La comprensión de la situación se basa en una síntesis de elementos desarticulados del nivel de percepción. Este es el segundo nivel de la conciencia situacional y va más allá de simplemente reconocer los elementos que están

presentes para incluir una comprensión de la importancia de esos elementos a la luz de los objetivos pertinentes. En este nivel el individuo realiza una interpretación de ideas y las organiza en su mente. Endsley menciona que la conciencia situacional va más allá de la percepción, consiste en como las personas combinan, interpretan, almacenan y retienen la información y a su vez determinan su relevancia para las metas futuras.

La proyección de la situación es la capacidad de proyectar las acciones futuras de los elementos en el medio ambiente, al menos en el corto plazo, forma el tercer y más alto nivel de la conciencia situacional. Esto se logra por medio del conocimiento del estado dinámico de los elementos y la comprensión de la situación, para poder predecir las situaciones futuras. La predicción de los eventos futuros es determinada en gran medida por experiencias anteriores, ya que estas marcan considerablemente la seguridad en las predicciones.

## Material y métodos

Se utilizó el procedimiento de Walker y Avant, quienes afirman que el análisis de concepto es una vía para desarrollar teoría y proporciona un camino para describir y explicar fenómenos de interés para la práctica<sup>3</sup>, se pueden examinar los antecedentes y consecuencias que definen el concepto, además, de los atributos que permiten tomar la decisión de cuál fenómeno es buen ejemplo y cuál no. La búsqueda de literatura se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, EBSCO, Ovid, Google académico y Scopus con los términos de búsqueda. Se incluyeron artículos científicos a texto completo, sin restringir la búsqueda por años, ya que se pretendió encontrar los diversos usos del concepto.

Análisis de concepto de conciencia situacional. El método incluye ocho pasos: 1) seleccionar el concepto, 2) determinar los objetivos o propósito del análisis, 3) identificar todos los usos del concepto que pueda descubrir, 4) determinar los atributos de definición, 5) identificar el caso modelo, 6) identificar casos fronterizos, relacionados, contrarios, inventados e ilegítimos, 7) identificar antecedentes y consecuencias, y 8) definir referentes empíricos.

### *Objetivo del análisis*

Explorar los diferentes usos del concepto conciencia situacional que permitan aclarar su significado en profesionales de salud.

### *Usos del concepto*

Se buscó en bases de datos tales como PubMed, EBSCO, Ovid, Google Académico y Scopus, con los siguientes tér-



minos de búsqueda “conciencia situacional” y “situational awareness”; se incluyeron artículos en idioma español e inglés sin restringir la búsqueda por año. En los descriptores de salud (DeCS), el término conciencia situacional “situational awareness” es un sinónimo de conciencia, el cual se define como el acto de «tener en cuenta» un objeto o estado de las cosas. No implica evaluación ni atención a las cualidades o la naturaleza del objeto<sup>4</sup>.

Los hallazgos relevantes que indican mayor uso del concepto se mencionan a continuación. La conciencia situacional ha sido abordada en el área del automovilismo<sup>5-7</sup>, en la aviación<sup>8,9</sup>, en conciencia situacional sobre combates<sup>10,11</sup>, en el área de la salud específicamente en conciencia al riesgo de caídas de los adultos mayores<sup>12,13</sup>, en anestesiología<sup>14</sup>, y en conciencia de equipos médicos en situaciones de emergencia<sup>15,16</sup>.

### ***Atributos del concepto***

Es la parte central del análisis, permitió mostrar el conjunto de características que más frecuentemente se asocian con el concepto, además, se obtuvo una visión más amplia del análisis. A continuación, se presentan los atributos del concepto de la conciencia situacional.

#### Observar el entorno

Un individuo debe tener la capacidad de conocer la ubicación en el espacio y tiempo, así como la capacidad de seguimiento para otros aspectos del entorno dinámico<sup>8</sup>. Los administradores de instituciones médicas deben tener la capacidad de recopilar los datos de los fenómenos que se presentan en el entorno<sup>15</sup>. El operador de una aeronave debe tener capacidad para obtener la información relevante que le ayude a la toma de las decisiones del entorno dinámico<sup>10</sup>. Es importante iniciar con una perspectiva y habilidad informativa de la situación dinámica del entorno<sup>9</sup>. En adultos mayores es indispensable estar al tanto de la situación en el entorno dinámico de la conducción como perspectiva de apoyo para la situación que se puede presentar en el futuro<sup>7</sup>.

#### Percepción de información importante

Los adultos mayores deben percibir información que ayude a disminuir el riesgo de caídas en el entorno dinámico de la vida diaria<sup>13</sup>. Los trabajadores de la salud deben tener capacidad para reconocer a un paciente con un estado de salud deteriorado<sup>16</sup>. Aquellos conductores que son capaces de extraer información importante son más capaces de lograr buenos resultados<sup>6</sup>. Los adultos mayores que reconocen el riesgo de caídas son más capaces de evitar estas situaciones<sup>12</sup>. Agregar un significa-

do a cada señal ambiental permite a los conductores planear correctamente su respuesta a la situación de manejo<sup>7</sup>. Se debe tener la capacidad de contar con la información relevante del entorno dinámico de amenaza<sup>15</sup>. Dentro de un entorno de vuelo el individuo debe ser capaz de identificar la información relevante y precisa de las operaciones enemigas<sup>9</sup>. La posibilidad de detectar aquellos eventos peligrosos que interactúan en el ambiente de la conducción permite mayor seguridad al conducir<sup>5</sup>.

#### Integrar información

La información que se percibe se tiene que integrar en la mente para su comprensión<sup>11</sup>. La conciencia situacional implica la integración de múltiples piezas de información, determinando su relevancia para los objetivos de la situación<sup>7</sup>. La integración de la información necesaria para la atención a un paciente deteriorado permitirá mejorar los resultados<sup>16</sup>. La integración de datos importantes ayudará a favorecer el estado de la misión en el entorno dinámico<sup>10</sup>.

#### Procesar información con rapidez

El procesamiento de la información con rapidez en un entorno que cambia constantemente es fundamental para desarrollar una evaluación precisa de la situación<sup>7</sup>. Los conductores con mayor habilidad para responder rápidamente a las situaciones de manejo muestran mejores resultados<sup>6</sup>. Una perspectiva y habilidad informativa que fomenta la capacidad de determinar rápidamente el contexto y la relevancia de los eventos que se desarrollan facilita la toma de la decisión<sup>9</sup>. Para el área de la salud y específicamente en la disciplina de enfermería, procesar información con rapidez se presenta cuando el profesional capta en su mente información importante y esta habilidad le ayuda actuar rápidamente ante situaciones que pongan en riesgo la salud del paciente.

#### Manejar prioridades

Para un paciente deteriorado se deben de administrar prioridades de emergencia y realizar tareas de emergencia a lo largo del sistema<sup>16</sup>. La conciencia situacional depende de identificar y comprender los elementos críticos sobre lo que está sucediendo en un escenario de amenaza<sup>15</sup>. El profesional de enfermería comúnmente se encuentra en situaciones que requieren diversas intervenciones, debe tener la habilidad para identificar cuáles serán las que mayormente requieren ser atendidas, es decir las que comprometen más la integridad del paciente y ante esas situaciones centrar la atención.

**Tabla 1.** Referentes empíricos de la conciencia situacional

| Instrumento  | Descripción  |
|--|--|
| Escala de calificación de la conciencia situacional <sup>17</sup>  | Consta de 31 ítems, los cuales evalúan un total de tres dimensiones autorreporte, supervisión y compañerismo usando una escala tipo Likert de 6 puntos. El instrumento en sus tres dimensiones reporta una confiabilidad de 0.97 y en su análisis general el resultado confirma el estado de la conciencia del piloto en el entorno de vuelo |
| Diseño y validación de una prueba de selección para controladores de tráfico marítimo basada en la medida de la conciencia situacional <sup>18</sup> | Consta de 34 ítems medidos con una escala tipo Likert. Este instrumento fue desarrollado en 134 sujetos, estudiantes de posgrado y pregrado de una escuela náutica tomando como referencia los niveles de la conciencia situacional. Confiabilidad alfa de Cronbach = 0.864  |

## Proyectar la situación

Aquellos adultos mayores que toman precauciones en torno al cuidado al riesgo de caídas tienen mayor conciencia de la situación<sup>12</sup>. La capacidad de responder a eventos futuros peligrosos en la carretera tiene alta probabilidad de evitar accidentes<sup>5</sup>. Es la capacidad del operador para anticipar futuros cambios en un determinado marco del tiempo de alguna situación de peligro<sup>10</sup>.

## Identificar casos modelos

El propósito es ayudar a decidir qué características del concepto de la conciencia situacional pueden tomarse como atributos. El caso presentado a continuación es una interpretación propia del investigador sobre el concepto, refleja un ejemplo de situación de riesgo sexual en jóvenes.

Una joven de 20 años asiste a una fiesta de graduación universitaria, al llegar al lugar observa que la mayoría de sus compañeros se encuentran bebiendo alcohol, drogas y que algunas parejas se están acariciando, se sienta y sigue observando que esas conductas se presentan en casi todos sus compañeros, ella se pone a pensar que todas esas conductas pueden ocasionar problemas de salud y además problemas familiares, en ese momento un joven la invita a bailar, al estar abrazados ella nota que su compañero la está acariciando de una manera poco usual, cosa que ella no tolera y mejor decide no seguir en el baile porque considera que esas conductas pueden ocasionar que determinado momento de debilidad tenga algún contacto sexual y posible riesgo de un embarazo no planeado, infecciones de transmisión sexual o problemas con sus papás. En consecuencia, ella le pide al joven que dejen de bailar y habla con él para decirle que se sintió incomoda en como la estaba tocando y que por el momento no estaba dispuesta a tener relaciones sexuales.

## Antecedentes y consecuencias

Los antecedentes son los eventos que pueden ocurrir antes de que ocurra el concepto de conciencia situacional. Es decir, todas aquellas situaciones que predominan antes del proceso. Debe existir en los sujetos tiempo suficiente<sup>7,9,11</sup>, habilidades para la acción<sup>6,9,15</sup>, contar con experiencias anteriores<sup>9,12</sup>, actitud de llevar a cabo una acción determinada<sup>12</sup> y estar con plena salud física y mental<sup>6,7</sup> para poder realizar las situaciones que conlleven el proceso de la conciencia situacional. Las consecuencias del concepto son aquellos eventos o incidentes que ocurren como resultado del proceso de la conciencia situacional. Los elementos que sobresalen son la toma de decisiones informada<sup>6,7,9,10,12,15</sup> y mejorar los eventos que se presentan en el futuro<sup>7,10,12,15,16</sup>.

## Referentes empíricos

En el área de la salud no se encontró algún referente empírico que ayude a medir la conciencia como un proceso cognitivo. Los referentes para medir el concepto bajo los enfoques teóricos que buscan explicar cuál es el proceso de la conciencia han sido desarrollados en el área de la aeronáutica y la navegación con el objetivo de identificar el estado de conciencia de los individuos (Tabla 1).

## Conclusión

Este análisis de concepto permitió clarificar y complementar la definición propuesta por Endsley. Podemos decir que una persona con conciencia situacional debe contar con antecedentes: tiempo suficiente, tener habilidades para la acción, experiencias previas, no presentar problemas visuales cognitivos psicomotores y físicos, estar al tanto de que la situación que se presenta es una amenaza y tener una actitud favorable hacia los retos para que se

presente conciencia situacional. Atributos: observar el entorno, percibir información importante, integrar la información, procesarla con rapidez, manejar prioridades y proyectar la situación. Como consecuencia, lleve a una toma de decisiones informada y ayude a mejorar eventos futuros. Esta información puede servir de base para desarrollar herramientas (instrumentos) que ayuden a identificar cuál es el nivel de conciencia que tienen los individuos respecto a determinadas conductas en salud que comúnmente practican y en un futuro desarrollar intervenciones que ayuden a fomentar la conciencia y con ello disminuir las conductas que ponen en riesgo su salud.

Aporte a la disciplina: dentro del alcance profesional de enfermería, una de las intervenciones se enfoca en la educación de la persona, familia y comunidad, centrándose en la mejora de la conciencia, que facilite el aprendizaje y ayude a los individuos a identificar las características positivas que le permitan realizar conductas saludables teniendo como prioridad el abordaje integral de la conciencia.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Neisser U. *Cognitive psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1967.
2. Endsley MR. Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human Factors*. 1995;37:32-64.
3. Walker L, Avant K. *Strategies for theory construction in nursing*. 4th ed. Pearson; 2011. pp. 63-84.
4. DeCS/MeSH. *Descriptores en Ciencias de la Salud* [Internet]. OMS, OPS, BIREME. Disponible en: [decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/](https://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/)
5. Crundall D, Chapman P, Trawley S, Collins L, Van Loon E, Andrews B, et al. Some hazards are more attractive than others: Drivers of varying experience respond differently to different types of hazard. *Accid Anal Prev*. 2012;45:600-9.
6. Key CEJ, Morris AP, Mansfield NJ. Situation awareness: its proficiency amongst older and younger drivers, and its usefulness for perceiving hazards. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behavior*. 2016;40:156-68.
7. Romoser MR, Fisher DL, Mourant R, Wachtel J, Sizov K. The use of a driving simulator to assess senior driver performance: Increasing situational awareness through post-drive one-on-one advisement. *PROCEEDINGS of the Third International Driving Symposium on Human Factors in Driver Assessment, Training and Vehicle Design*; 2005.
8. Carretta TS, Perry Jr DC, Ree MJ. Prediction of situational awareness in F-15 pilots. *The Int J Aviat Psychol*. 1996;6:21-41.
9. Fischer CE. The impact of automated cognitive assistants on situational awareness in the brigade combat team [tesis doctoral en internet]. [Kansas, EE.UU.]: University of Kansas; 2010. Disponible en: <https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/6475?show=full>
10. Kozuba J, Pila J. Selected elements influencing pilot situational awareness [Internet]. University of Defence; 2015. Disponible en: <https://www.virtualpro.co/biblioteca/elementos-seleccionados-que-influyen-en-la-conciencia-de-la-situacion-piloto>
11. Tremblay S, Jeuniaux P, Romano P, Lowe J, Grenier R. A multi-perspective approach to the evaluation of a portable situation awareness support system in a simulated infantry operation. *EEE International Multi-Disciplinary Conference on Cognitive Methods in Situation Awareness and Decision Support (CogSIMA)*, Miami Beach, FL, USA, 2011, pp. 119-122, doi: 10.1109/COGSIMA.2011.5753429
12. Pohl P, Sandlund M, Ahlgren C, Bergvall-Kåreborn B, Lundin-Olsson L, Wikman AM. Fall risk awareness and safety precautions taken by older community-dwelling women and men - A qualitative study using focus group discussions. *PLoS One*. 2015;10(3):e0119630.
13. Azzarello J, Hall B. Describing older adults' awareness of fall risk using situation awareness research techniques: a pilot study. *Res Gerontol Nurs*. 2016;9(4):161-6.
14. Gaba DM, Howard SK, Small SD. Situation awareness in anesthesiology. *Human Factors*. 1995;37:20-31.
15. Downey EL, Andress K, Schultz CH. External factors impacting hospital evacuations caused by Hurricane Rita: the role of situational awareness. *Prehosp Disaster Med*. 2013;283:264-71.
16. O'Meara P, Munro G, Williams B, Cooper S, Bogossian F, Ross L, et al. Developing situation awareness amongst nursing and paramedicine students utilizing eye tracking technology and video debriefing techniques: A proof of concept paper. *Int Emerg Nurs*. 2015;232:94-9.
17. Taylor RM. *Situational Awareness Rating Technique (SART): The development of a tool for aircrew systems design*. Proceeding of the AGARD AMP Symposium on Situational Awareness in Aerospace Operations, CP478. Seuil-sur Seine, 1989, NATO AGARD.
18. Córdón JR, Ramiro Olivier P, García Sedeño MA, Walliser Martín J. Diseño y validación de una prueba de selección para controladores de tráfico marítimo basada en la medida de la conciencia situacional. *Rev Psicol Trab Organ*. 2014;302:83-93.



## Intervenciones especializadas de enfermería a mujer bajo tratamiento con altas dosis de citarabina

### *Specialized nursing interventions for woman undergoing treatment with high doses of cytarabine*

Leslie L. Salazar-Bravo<sup>1,2</sup> y Blanca J. Marín-Ramírez<sup>2,3\*</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermería Oncológica, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Ixtapaluca, Estado de México; <sup>2</sup>Servicio de Oncología, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, Ciudad de México; <sup>3</sup>Coordinación académica, Especialización en Enfermería Oncológica, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Ixtapaluca, Estado de México. México

#### Resumen

El presente tiene como objetivo realizar planes de cuidados a una mujer en tratamiento de consolidación con altas dosis de citarabina por leucemia mieloide aguda, para mejorar su calidad de vida, integrarla a su ambiente social y familiar, mejorando nivel de independencia en el cuidado intrahospitalario y extrahospitalario. En las personas con leucemia mieloide aguda se deben brindar cuidados especializados por parte del profesional de enfermería, involucrar al cuidador primario para acercamiento al impacto biopsicosocial para lograr la independencia en las necesidades alteradas, reforzando temas que disminuyan complicaciones asociadas a la atención. Se realizó un estudio de tipo cualitativo y retrospectivo, basado en el modelo de enfermería de Virginia Henderson, con valoraciones individuales, integrando variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados, para ellos se realiza entrevista al cuidador primario y consulta del expediente electrónico, previo consentimiento informado, obteniendo alteraciones en las necesidades de seguridad y evitar peligros con un nivel de dependencia 4 con el objetivo de llevarlo a 2; eliminación resultado dependencia 4 se lleva a 2, y en aprendizaje se obtiene dependencia 3 llevada a 2.

**Palabras clave:** Leucemia mieloide aguda. Neutropenia. Alopecia. Virginia Henderson. Plan de cuidados enfermería.

#### Abstract

*The present objective is to carry out care plans for a woman undergoing consolidation treatment with high doses of cytarabine for acute myeloid leukemia, in order to improve her quality of life, integrate her into her social and family environment, improving the level of independence in intra- and out-of-hospital. In people with Acute Myeloid Leukemia, specialized care should be provided by the nursing professional, the primary caregiver must be involved to approach the biopsychosocial impact to achieve independence in the altered needs, reinforcing issues that reduce complications associated with care. A qualitative and retrospective study was carried out, based on the Virginia Henderson nursing model, with individual evaluations, integrating specific cultural and social variants of each environment and care situation, for which the primary caregiver was interviewed and the file was consulted. electronic, with prior informed consent, obtaining alterations in security needs and avoiding dangers with a dependency level 4 in order to bring it to 2; Elimination result dependency 4 is brought to 2; Learning: dependency 3 is obtained, taken to 2.*

**Keywords:** Acute myeloid leukemia. Neutropenia. Alopecia. Virginia Henderson. Nursing care plan.

#### Correspondencia:

\*Blanca J. Marín-Ramírez

E-mail: janet.oncologia@gmail.com

Fecha de recepción: 01-12-2020

Fecha de aceptación: 31-03-2021

## Introducción

La Red Nacional de Registros del Cáncer fue creada el 21 de junio 2019, para regularizar datos epidemiológicos en México; sin embargo, aún no cuenta con registro poblacional, por ello se importan datos epidemiológicos de la Organización Mundial para la Salud.

Existe el Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas desde 1994, que funciona como base de datos nacional, limitando estadísticas nacionales fidedignas.

En un estudio retrospectivo titulado *Frecuencias de edad y género de pacientes con leucemia observada en dos centros de referencia del Valle de México 2016* se realiza un seguimiento durante siete años y se destaca que la variedad de leucemia mieloide más frecuente es la M4 (leucemia mielomonocítica), presentada entre la quinta y la séptima década de la vida, ocupando el décimo lugar de frecuencia en México, por lo tanto, no es de extrañarse que en un hospital de tercer nivel ubicado geográficamente en una zona con exposición a biomasa, la mayor cantidad de pacientes atendidos en las áreas hematológicas sean pacientes con leucemias, con necesidad de ser intervenidos de manera especializada para limitar riesgos. Se elige realizar un plan de atención que nos permita evaluar el impacto emocional y físico a una adulta de 42 años con necesidades alteradas, en tratamiento de consolidación con altas dosis de citarabina por leucemia mieloide aguda (LMA), para mejorar su calidad de vida, integrarla a su ambiente social y familiar, en busca de un nivel de independencia en el cuidado intrahospitalario y extrahospitalario.

El «Modelo conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson» dice que todos los seres humanos tenemos necesidades básicas que deben de ser satisfechas, como son las 14 necesidades fisiológicas, de seguridad, autoestima, pertenencia y autoactualización<sup>1</sup>, considerando algunas fuentes de dificultad que impiden su independencia, según las características individuales, motivo por el cual se decide utilizar este modelo para valorar a la persona como un ente independiente.

## Metodología

Estudio cualitativo y retrospectivo, basado en el modelo de enfermería de Virginia Henderson, aplicado a una mujer de 42 años con diagnóstico de LMA cariotipo no específico con las necesidades alteradas de evitar peligros, eliminación y necesidad de aprendizaje, en un hospital de tercer nivel, en el área de hemato-oncología.

Se realiza una valoración exhaustiva con un instrumento de valoración, el cual consta de conceptos de independencia como el nivel óptimo de desarrollo del potencial

de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo, situación de vida y salud, dependencia como el desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, que otra persona suple o ayuda, está causada por una falta de fuerza, conocimiento y/o voluntad, estos elementos que Henderson llama fuentes de dificultad<sup>2</sup>.

Se consulta expediente clínico electrónico (SALUDNESS) y se realiza entrevista a cuidador primario (padre), valoraciones focalizadas en la visita ambulatoria y llamadas telefónicas periódicas, lo que nos permite formular diagnósticos de enfermería especializados de riesgo y reales, con formato PESS (problema, etiología y signos y síntomas), jerarquizando necesidades.

Se realizan planes de enfermería con sustento científico, valorando efectividad y finalmente se elabora un plan de alta. Se hace seguimiento del 22 de octubre hasta el 13 de diciembre del 2019. Para ese estudio cualitativo se requiere de la colaboración directa con la paciente y familia, para lo cual se firma consentimiento informado. Todos los datos obtenidos permanecen resguardados bajo la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares, respetando el código ético de la declaración Helsinki<sup>3-5</sup>.

Se realiza una búsqueda avanzada en bases de datos como PubMed, Trip Database y UpToDate, obteniendo 1,200 artículos de interés; buscadores específicos como Elsevier, con siete artículos encontrados y tres utilizados; en el Diario Oficial de la Federación se consultan y se utilizan tres Normas Oficiales; en el Instituto Nacional del Cáncer Americano se encontraron siete artículos y se usaron cuatro. Para realizar dichas búsquedas se formularon preguntas PICO (pacientes, intervención/comparación y resultados [*outcomes*]), como: a) ¿El factor estimulante de colonias otorga profilaxis para el estado neutropénico de los pacientes sometidos altas dosis de quimioterapia?; b) ¿La terapia ocupacional ofrece una herramienta para disminuir la ansiedad en pacientes que cursan con tratamiento quimioterapéutico citotóxico? y c) ¿La capacitación del lavado de manos al paciente y familia disminuye el riesgo de infección en pacientes con neutropenia?

Siendo la LMA un trastorno hematológico de progresión rápida, fenotípica y genéticamente heterogénea, se caracteriza por la proliferación clonal desregulada de células inmaduras que han perdido la capacidad de diferenciarse normalmente<sup>6</sup>. Se asocia con mutaciones que bloquean la maduración de la célula progenitora o que anulan su dependencia de los factores de crecimiento; las manifestaciones clínicas ocurren de forma heterogénea y pueden ser: astenia, adinamia, síndrome anémico, hematomas, petequias, gingivorragia, pérdida de peso y taquicardia<sup>7</sup>.



El diagnóstico inicia con recurrencia de pancitopenia en biometría hemática, se hace revisión sistemática del frotis en sangre, aspirado y biopsia de médula ósea, con la finalidad de realizar los exámenes de morfología, citoquímica, inmunofenotipo, citogenética y genética molecular, esto también ayuda a tipificar la leucemia mieloide y conocer el factor pronóstico: El tratamiento consta de dos fases: una el tratamiento de inducción, que está encaminado a reducir el número de blastos; la segunda fase es la consolidación, que tiene como objetivo eliminar toda aquella célula mieloblástica que haya quedado después de la inducción. En la inducción se administra el tratamiento llamado 7+3 (citarabina 100-200 mg/m<sup>2</sup>/día en infusión intravenosa continua, días 1 a 7; daunorubicina 45-60 mg/m<sup>2</sup>/día, intravenosa, días 1 a 3), consolidación con el ciclo llamado 5+2 (citarabina 100-200 mg/m<sup>2</sup>/día, en infusión continua, días 1 a 5 daunorubicina 45-60 mg/m<sup>2</sup>/día, intravenosa, días 1 a 2, dosis altas citarabina 1-3 g/m<sup>2</sup>/12 horas, intravenoso, 8-12 dosis, durante 2-4 ciclos con o sin etopósido 400 mg/m<sup>2</sup>, intravenoso, los días 1 y 3) diseñado para que al término de cada uno se realice un aspirado de médula ósea para determinar la conducta que seguir<sup>8,9</sup>.

## Descripción del caso

Femenina de 42 años con diagnóstico de LMA con cariotipo no específico, desde el 7 de agosto del 2019, la cual ingresa el día 14 de octubre 2019 al servicio de hematología, para recibir ciclo de quimioterapia de consolidación con altas dosis de citarabina por remisión completa con 0.43% de blastos con ciclo 3+7, iniciando administración de antineoplásicos el día 17 de octubre con 7,800 mg de citarabina cada 24 horas vía intravenosa dividido en 3,900 mg para 3 horas cada 12 horas por seis días.

- 22 de octubre. En su día +9 del ciclo al concluir dosis de citarabina, se realiza valoración exhaustiva por 14 necesidades, se describen los datos objetivos relevantes obtenidos:
  - Oxigenación: saturación de oxígeno 96%, frecuencia respiratoria 18 x min.
  - Nutrición e hidratación: enteral, peso 47 kg, talla 1.50, índice de masa corporal 21.1 m<sup>2</sup>, líquidos 800 ml, tres comidas al día en poca cantidad.
  - Eliminación: estreñimiento Bristol 2.
  - Moverse y postura: homolateral, erguida, reposo relativo, Karnofsky 70%.
  - Descanso y sueño: trastorno del ciclo sueño vigilia, escucha música para dormir.
  - Vestir prendas adecuadas: ropa de acuerdo con clima.
  - Higiene corporal. Piel: flictena (lesiones cutáneas relacionadas con el adhesivo clínico o médico) cubierta con apósito hidrocoloide por clínica de he-

ridas en miembro superior derecho, alopecia grado 3, temperatura 36 °C.

- Evitar peligros: riesgo de caída mediano Downton 2 puntos, aplicación de quimioterapia 2+5, día +9 con los siguientes parámetros, hemoglobina 7.1mg/dl, plaquetas 77.1 x 10<sup>9</sup>/l, neutrófilos 0.98 10<sup>9</sup>/l, leucocitos 1.4 x 10<sup>9</sup>/l, dependencia 3.
- Comunicarse: relación regular con la familia, expresa sentimientos de tristeza, llanto, ansiedad Hamilton 15 puntos, valores y creencias (cristina).
- Trabajar y realizarse: desempleada.
- Jugar y recrearse: bordar, colorear mándalas, desea aprender computación.
- Aprendizaje: desea saber acerca de las medidas de protección en su cuidado, diagnóstico y tratamiento, así como sobre sus efectos secundarios (alopecia, náuseas, vómitos).
- 9 de noviembre. Se realiza valoración focalizada en servicio de hospitalización de onco-hematología con los siguientes datos objetivos: ayuno prolongado (más de 10 horas), alopecia grado 3, palidez de tegumentos, presencia de distensión abdominal, abdomen globoso, no doloroso a la palpación, canalizando gases y marcha lenta sin esfuerzo ni apoyo, es egresada el día 27 de diciembre del 2019.
- 6 de diciembre. En servicio ambulatorio se brinda atención en clínica de terapia intravenosa para curación de catéter PICC (catéter central de inserción periférica), se realiza valoración focalizada con los siguientes: dolor óseo en escala numérica analógica de dolor 2 y sangrado menstrual en su quinto día con presencia de sangrado moderado, alopecia grado 3, PICC bilumen en brazo derecho cubierto con gasa y apósito transparente sin aparentes datos de infección, presencia de petequias en ambas manos.
- 10 diciembre. Se realiza seguimiento vía telefónica, obteniendo datos referidos por la paciente: PICC sin datos de infección, fatiga, mejoría intestinal, refiere sentir mejoría anímicamente, realizar actividades de educación para la salud aprendidas, sin cursar con ninguna complicación por el momento. Se refuerza educación para la salud y se reafirma lo aprendido.

## Metaparadigma

- Persona: antecedente de litotripcia en el año 2000, funduplicatura por hernia hiatal y colecistectomía en el año 2005, una gestación, cero partos, una cesárea (preeclampsia), retiro de catéter central subclavio y PICC en miembro superior izquierdo en el mes de agosto por infección asociada a catéter y colocación de catéter PICC doble lumen el 15 de octubre en miembro superior derecho.

**Tabla 1.** Plan de cuidados de enfermería. Necesidad de seguridad y evitar peligros**Diagnóstico (PESS) (1)**

**Problema:** riesgo de infección, relacionado con (etiología): destrucción acelerada de los neutrófilos (neutropenia grado 4) secundaria a tratamiento de quimioterapia con alto grado de toxicidad hematológica, conocimientos insuficientes para evitar exposición a los agentes patógenos

**Fuente de dificultad:** falta de fuerza

**Resultado esperado:** disminuir riesgo de infecciones, evitar complicaciones durante el tratamiento

**Nivel de dependencia:** 4; **nivel de dependencia obtenido:** 2

**Primera intervención:** enseñanza sobre la prevención de infecciones<sup>11</sup>

**EBE**

**Actividades:** capacitación sobre: 1) lavado de manos (técnica con agua y jabón y alcohol gel) a la persona sujeta del cuidado y familiar; 2) precauciones por protección, y 3) medidas de precaución y datos de alarma del PICC

– NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales<sup>12</sup>. «Recomendaciones sobre precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión de microorganismos»<sup>13</sup>

– NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos<sup>14</sup>

**Segunda intervención:** profilaxis primaria con FEC-G

**Actividades:** administración de filgastrim (previa prescripción médica)

**EBE**

«La profilaxis primaria se refiere a la administración de FEC desde el primer ciclo de quimioterapia. Antes del inicio del tratamiento sistémico, se debe realizar una valoración de riesgo de neutropenia febril»<sup>15</sup>

«Sí conocemos la quimioterapia y su mecanismo de acción podremos predecir el momento y la duración de la neutropenia. Normalmente se inicia a los 7-9 días de la administración del medicamento, adquiriendo su máxima expresión (nadir) durante los 10-15 días y revierte a los 18-21 días»<sup>16</sup>

PESS: problema, etiología y signos y síntomas; EBE: enfermería basada en la evidencia; PICC: catéter central de inserción periférica; FEC-G: factor estimulante de colonias de granulocitos.

- Entorno: habita en casa propia con todos los servicios, siete habitaciones, zoonosis positiva, sin hacinamiento; hijo de 11 años, el cual a raíz de su diagnóstico no vive con la persona sujeta del cuidado.
- Salud: LMA con cariotipo no específico (diagnosticada 07/08/19), anemia normocítica, normocrómica, día +9 de quimioterapia de consolidación 2+5 altas dosis de citarabina (17/08/19), estreñimiento grado 2, PICC doble lumen en miembro superior derecho permeable sin datos de infección.
- Cuidado: dependencia 3, debido a que se encuentra hospitalizada por neutropenia grado 4, plaquetopenia y anemia.

### Jerarquización de las necesidades alteradas

1) Seguridad y evitar peligros: escala Downton 2 puntos (mediano riesgo), Hamilton 15 puntos (ansiedad mayor), día +9 de ciclo 2+5, neutrófilos  $0.98 \cdot 10^3 / \mu\text{l}^{10}$ ; hemoglobina 7.1 g/dl; hematocrito 20.6%; plaquetas  $77.0 \cdot 10^3 / \mu\text{l}$  (Tabla 1).

2) Eliminación: estreñimiento grado 2, Bristol 1 (Tabla 2);

3) Aprendizaje: Desea saber acerca de las medidas de protección en su cuidado, diagnóstico y tratamiento, así como sus efectos secundarios (Tabla 3).

### Plan de alta

Enfocado en cuatro puntos para los cuidados en el hogar:

1. Orientación sobre actividades que el familiar responsable debe realizar, esto con el fin de disminuir riesgo de infección previo al ciclo de quimioterapia, así como disminuir el riesgo de complicaciones en catéter PICC.
2. Orientación dietética, enfocada a prevención del estreñimiento y de infecciones gastrointestinales, se sugieren además medidas de soporte ante las náuseas y la inapetencia resultantes de la quimioterapia
3. Apego al tratamiento. Se explican los medicamentos prescritos para uso en domicilio y la importancia de las tomas horarias, se sugiere registro de efectos secundarios y que sea informado en la consulta de seguimiento.
4. Registro de signos y síntomas de alarma (qué hacer y a dónde acudir cuando se presentan), se orienta con el fin de detección temprana de complicaciones y acuda a recibir atención inmediata, además involucra al paciente y la familia en su cuidado.

### Conclusiones

El impacto biopsicosocial que tiene el diagnóstico médico y tratamiento de la LMA sobre las personas y sus fa-



**Tabla 2.** Plan de cuidados de enfermería. Necesidad de eliminación

**Diagnóstico (PESS) (2)**

**Problema:** estreñimiento relacionado con (etiología) reposo relativo, disminución en la ingesta de líquidos orales, distensión abdominal manifestada por (signos y síntomas) evacuaciones Bristol 2, frecuencia 2 veces por semana

**Fuente de dificultad:** fuerza

**Resultado esperado:** favorecer la eliminación intestinal, obtener Bristol 3-4

**Nivel de dependencia:** 3; **nivel de dependencia obtenido:** 2

**Primera intervención:** mejorar la ingesta de líquidos

**Actividades:** 1) ofrecer líquidos, 2) orientar sobre jarra del buen beber

**EBE**

«Aumentar la ingestión de líquidos con la meta de tomar 8 vasos de 8 oz (240 ml) de líquido diariamente, ofrecer líquidos tibios»<sup>17</sup>

**Segunda intervención:** orientación nutricional

**Actividades:** 1) tomar infusiones carminativas después de las comidas, 2) dieta rica en fibra, dieta blanda, se entrega lista de alimentos permitidos<sup>18</sup>

**EBE**

«Para mejorar el meteorismo y la flatulencia, y ayudan a la digestión»

«Los adultos sanos deberán consumir de 20 a 35 g de fibra por día (el consumo promedio es de 11 g)»<sup>19</sup>

**Tercera intervención:** administración de medicamentos

**Actividades:** lactulosa cada 8 horas (prescripción médica)

**EBE**

«La lactulosa es un disacárido sintético que pasa al colon sin ser digerido. Cuando se descompone en el colon, produce ácido láctico, ácido fórmico, ácido acético y dióxido de carbono. Estos productos aumentan la presión osmótica, con lo cual aumenta la cantidad de agua en las heces, se ablandan las heces y aumenta la frecuencia de las deposiciones»<sup>20</sup>

**Cuarta intervención:** favorecer la actividad física de bajo impacto

**Actividades:** caminatas de corta duración con frecuencia de dos veces por turno, ejercicios pasivos

**EBE**

«Fomentar el ejercicio regular, incluso ejercicios abdominales en cama o movimientos de la cama a la silla, si el paciente no es ambulatorio»<sup>21</sup>

PESS: problema, etiología y signos y síntomas; EBE: enfermería basada en la evidencia.

mias resalta la importancia de una intervención de enfermería especializada para mejorar la independencia.

Se logra emprender confianza en el binomio enfermera-paciente, alcanzando un equilibrio en las necesidades alteradas, con los siguientes resultados: «necesidad de seguridad y evitar peligros» se encontraba en nivel 4 de dependencia y fue llevado a 2, neutrófilos absolutos  $1.53 \cdot 10^3 / \mu$ , cifra importante que se traduce en disminución del riesgo de infección, sin embargo se refuerzan actividades y cuidados en el hogar, para disminuir infecciones asociadas a la estancia hospitalaria, así como a accesos vasculares, con el objetivo de disminuir complicaciones asociadas a la atención, involucrando al paciente y familiar en su cuidado.

En cuanto a la «necesidad de eliminación», presentó Bristol 3, evacuaciones diarias al menos una vez por día; si bien la citarabina tiene como efecto secundario el estreñimiento, este síntoma puede mejorar si se observa y trata como una alteración prioritaria en conjunto con el servicio de dietología, ya que el estreñimiento es una complicación frecuente.

Referente a la «necesidad de aprendizaje», se llevó de nivel de dependencia 3 a 2, la paciente expresa en distintas ocasiones sentirse más tranquila, no tener miedo y sentirse más segura con el personal de enfermería, se observa cambio de actitud y mejora en la disposición.

El personal asignado al área de oncología debe contar con las herramientas teóricas y especializadas para resolver las dudas del paciente recién diagnosticado, para alcanzar el máximo beneficio al paciente oncológico y potenciar la independencia de este.

**Financiamiento**

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comerciales o sin ánimo de lucro.

**Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**Tabla 3.** Plan de cuidados de enfermería. Necesidad de aprendizaje**Diagnóstico (PESS) (3)**

Disposición de mejorar el aprendizaje sobre enfermedad y tratamiento manifestado por (signos y síntomas) expresa deseos por aprender sobre la leucemia mieloide aguda y el tratamiento de quimioterapia (2+5 altas dosis de citarabina) los efectos secundarios, como sobrellevarlos una vez que aparecen y como identificarlos.

**Fuente de dificultad:** voluntad y conocimiento

**Resultado esperado:** potenciar el autocuidado, disminuir niveles de miedo y ansiedad

**Nivel de dependencia:** 4; **nivel de dependencia obtenido:** 2

**Primera intervención:** enseñanza sobre la quimioterapia

**Actividades:** orientación a la paciente y familia sobre los efectos secundarios frecuentes de la citarabina, así como de las intervenciones que realiza el personal de salud, para detección temprana de complicaciones

**EBE**

«Fase de tratamiento el tratamiento del cáncer, independientemente del modo de terapia que se elija, va a repercutir en el modo de vida del paciente y de su familia; por lo tanto, consideramos que es fundamental la valoración integral del paciente oncológico para explorar las áreas psicológicas y sociales, el conocimiento disminuye el miedo a lo desconocido»<sup>22</sup>

**Segunda intervención:** enseñanza sobre alopecia (piel cabelluda)

**Actividades:** infografía sobre la alopecia y sus cuidados. Medidas alternativas para contrarrestar la impresión de perder el cabello, se entrega gorro

**EBE**

«Las alteraciones del pelo en los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia son sucesos estresantes que afectan a la calidad de vida y la autopercepción del paciente. La alopecia repercute en la autoestima del paciente. Comprender que el apoyo psicológico es lo más relevante en estos casos»<sup>23</sup>

**Segunda intervención:** potenciar las redes de apoyo familiar

**Actividades:** orientación al cuidador primario (padre) sobre la importancia del apoyo familiar y las actividades en las que pueden colaborar para su cuidado

**EBE**

«Los familiares que cuidan del paciente desempeñan una función importante en el manejo del cáncer, contar con su cooperación e incluirlos como núcleo de la atención médica desde el principio se consideran ingredientes fundamentales para el tratamiento eficaz del cáncer»<sup>24</sup>

**Tercera intervención:** actividades recreativas

**Actividades:** colorear mándalas, dentro de la habitación, con medidas de precaución por protección y se proporciona material recreativo

**EBE**

«El uso de actividades propositivas busca conseguir la máxima funcionalidad, autonomía y calidad de vida posible en aquellas personas que presenten y/o tengan riesgo de sufrir alguna limitación o grado de dependencia durante la realización de sus actividades de la vida diaria, de trabajo, de ocio y de participación social»<sup>25</sup>

PESS: problema, etiología y signos y síntomas; EBE: enfermería basada en la evidencia.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. El proceso de atención de enfermería. 1.ª edición. Xalapa, Veracruz: Servicios de Salud de Veracruz; 2016.
2. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF, coordinadores. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1.ª edición [Internet]. España, Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Jaén; 2010. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
3. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2010. pp. 3-15.
4. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 2017. 64.ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013.
5. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 10 derechos generales de los pacientes. Ciudad de México: Gobierno de México; 2016.
6. Leyto-Cruz F. Leucemia mieloide aguda. Hematol Mex. 2018;19(1):24-40.
7. Moraleda M. Pregrado de Hematología. Madrid, España: Sociedad Española de Hematología y Hematoterapia; 2017.
8. Subtipos y factores pronósticos de la leucemia aguda [Internet]. American Cancer Society; agosto de 2018 [consultado: 1 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-clasifica.html>
9. Leucemia mieloide aguda: Opciones de tratamiento [Internet]. American Society of Clinical Oncology; 06/2017 [consultado: 10 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/leucemia-mieloide-aguda-aml-en-adultos/opciones-de-tratamiento>
10. Recuento bajo de plaquetas o trombocitopenia [Internet]. American Society of Clinical Oncology; 2018 [consultado: 10 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADscos-emo>

- cionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-f%C3%ADsicos/recuento-bajo-de-plaquetas-o-trombocitopenia
11. Aguilar Ruiz M. Proceso de atención de enfermería a un adulto maduro con leucemia mieloide aguda con alteración de las necesidades de evitar peligros y termorregulación en tratamiento antineoplásico con base en la teoría de Virginia Henderson [tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2019. Disponible en: [https://tesisunam.dgb.unam.mx/F/17ER1SK1GLPVVNP4KJNFR8PD4QBLE9L8QYLLKV5HY-53DRQXPA9-30410?func=find-b&local\\_base=TES01&request=Aguilar+Ruiz%2C+Mayra+Edith&find\\_code=WRD&adjacent=N&filter\\_code\\_2=WYR&filter\\_request\\_2=&filter\\_code\\_3=WYR&filter\\_request\\_3=](https://tesisunam.dgb.unam.mx/F/17ER1SK1GLPVVNP4KJNFR8PD4QBLE9L8QYLLKV5HY-53DRQXPA9-30410?func=find-b&local_base=TES01&request=Aguilar+Ruiz%2C+Mayra+Edith&find_code=WRD&adjacent=N&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=)
  12. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales [Internet]. México D.F.: Gobierno de México; 20 de octubre de 2009. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3896/salud/salud.htm>
  13. Recomendaciones sobre precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión de microorganismos [Internet]. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2017 [consultado: 25 de octubre del 2019] Disponible en: [http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content\\_images/recomendaciones\\_sobre\\_precauciones\\_estandar.pdf](http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content_images/recomendaciones_sobre_precauciones_estandar.pdf)
  14. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. México D.F.: Gobierno de México; 26 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3896/salud/salud.htm>
  15. Pedro C, Nora S, Francisco O. Neutropenia inducida por quimioterapia: el punto de vista del oncólogo. *GAMO*. 2016;15(6):344-9.
  16. Ferreiro J, García JL, Barceló R, Rubio I. Quimioterapia: efectos secundarios. *Gac Med Bilbao*; 2003;100:69-74.
  17. Martínez JR, Villarino A, editores. Recomendaciones de alimentación para pacientes oncológicos [Internet]. España: Fundación Alimentación Saludable; 2015 [citado: 25 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Recomendaciones%20Alimentacion.pdf>
  18. Martín Peña G. Dieta y cáncer [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica [citado: 9 noviembre 2019]. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_09.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_09.pdf)
  19. Instituto Nacional del Cáncer. Complicaciones gastrointestinales (PDQ®)-Versión para profesionales de salud [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en: [https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectossecundarios/estreñimiento/complicaciones-gi-pro-pdq#\\_8](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectossecundarios/estreñimiento/complicaciones-gi-pro-pdq#_8)
  20. Cordero Ponce M, Romero Sánchez IM. Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. *Nure Investigación* [Internet]. 2016;35. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/413>
  21. Uclés V, Espinoza R. Prescripción del ejercicio en el paciente con cáncer. *Costa Rica: Rev CI EMed UCR*; 2017;7(2):11-8.
  22. Castillo Toledo C, Mañas Mañas C, Moralejo Gutiérrez AM, Ahijado Aguado G. Impacto psicosocial en el paciente oncológico [Internet]. XXXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, abril de 2017. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/4DB2D271-7738-4658-8041-3EEF4EB0E391/d9984f6d-be17-4428-a7ff-bacfce0130c1/d9984f6d-be17-4428-a7ff-bacfce0130c1.pdf>
  23. Alba P, María J, Karen S. Alteraciones del pelo inducidas por quimioterapia. *Dermatología*. 2013;57(3).
  24. Instituto Nacional del Cáncer. Familiares a cargo de pacientes de cáncer: funciones y desafíos (PDQ®)-Versión para profesionales de salud [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer; 15 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pro-pdq>
  25. Agorreta E, Fernández R, Durán P, Apestegui E. Intervención en oncología desde terapia ocupacional. Intervención del terapeuta ocupacional en la atención a personas con cáncer en Navarra [Internet]. España: Colegio de terapeutas ocupacionales de Navarra; abril de 2014. Disponible en: <https://www.cotonanalte.com/files/2017/12/Intervencion%20de%20Terapia%20Ocupacional%20en%20Oncologia.pdf>



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

## INSTRUCCIONES PARA AUTORES

La *Revista Mexicana de Enfermería* abre sus espacios a los académicos y a todo miembro de la comunidad de la salud que manifieste interés por utilizar este foro para publicar sus trabajos científicos cumpliendo con las políticas editoriales establecidas. Nuestro objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial: trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración que sean validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de enfermería. Así la revista busca contribuir a un cuerpo de conocimiento propio de la profesión que impacte en el cuidado de calidad para las personas que lo necesiten; así como en el posicionamiento profesional y social de la enfermería mexicana.

La revista se publica cuatrimestralmente en formato electrónico y en papel, de acceso abierto (sin costo para autores ni lectores).

### POLÍTICAS PARA PUBLICACIÓN

- Los manuscritos propuestos para su publicación deben ser inéditos y originales
- Los autores conservan la propiedad intelectual del contenido.
- De acuerdo a la confidencialidad de los datos del autor responsable sólo se dispondrá del correo electrónico como medio de contacto.
- Las ideas u opiniones así como la procedencia y elementos de las citas y referencias contenidas en los artículos publicados, son responsabilidad exclusiva de los autores, incluido cualquier cambio sugerido por el comité de árbitros. Publicaciones Permanyer y la Revista Mexicana de Enfermería, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.
- La recepción de un manuscrito no implica la obligación de publicarlo.
- De ser aceptados el manuscrito el autor responsable debe tener en consideración un tiempo para ser publicado de acuerdo a la política de conformación de cada número de la revista el cual se informará a través de un oficio.
- En caso de desistir la publicación por parte de los autores aun cuando ya esté en proceso de publicación el autor responsable, tienen la libertad de retirar el manuscrito mediante la comunicación formal por escrito con la editora responsable de la revista.

### POLÍTICA DE REVISIÓN POR PARES

Garantizando que la revisión y evaluación de los manuscritos sea de calidad, el proceso se realiza con apego a la ética y confidencialidad del anonimato, los cuales son arbitrados por revisores pares expertos quienes evalúan y recomiendan el estatus del manuscrito de forma independiente y doble ciego.

El dictamen cuenta con alguna de las tres opciones de recomendación:

- Aceptado: es decir que no requiere modificaciones y es aceptado para la publicación.
- Aceptado con modificaciones: se refiere a que el manuscrito es aceptado para publicación sin embargo contiene observaciones susceptible a modificar o bien se requiere la aclaración de dudas por parte del autor.
- No publicable: es decir que el manuscrito contiene observaciones mayores que requiere ser revisado nuevamente por lo que no es aceptado.

### POLÍTICAS DE DIFUSIÓN.

- Para la reproducción, distribución y comunicación pública (incluida la puesta a disposición por medio de la red Internet) de su trabajo. El autor o autores garantizarán la autoría original de su trabajo y garantizarán al editor el uso pacífico de los derechos que cederán. Para la incorporación de textos u otros materiales ajenos, los autores deberán respetar los límites del derecho de cita o, en caso contrario, obtener el permiso previo de los titulares de los derechos. El autor o autores autorizarán la incorporación de su trabajo a una base de datos electrónica para facilitar su acceso y consulta.

La revista considerará contribuciones en las siguientes secciones:

- Editorial (por invitación)
- Artículo original
- Artículo de revisión
- Artículo de buenas prácticas en la atención en salud
- Artículo de perspectiva
- El rincón del estudiante
- Cultura, historia y enfermería
- Carta al Editor

Los manuscritos deben enviarse a través del sistema editorial electrónico de la revista en la dirección electrónica <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> donde, primeramente, el autor de correspondencia debe registrarse como autor. Una vez que cuente con nombre de usuario y contraseña, podrá cargar en el sistema los archivos de su trabajo siguiendo las instrucciones.

### PREPARACIÓN Y ENVÍO DE MANUSCRITOS

Todos los artículos deberán incluir sin excepción título, nombre y apellido(s) de cada autor (sin títulos o cargos); los departamentos institucionales en los que están adscritos, nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia, el texto completo, tablas y figuras. Los textos deberán estar en procesa-

do de palabras Word. Los manuscritos deberán estar escritos correctamente en lengua española o inglesa. El texto deberá estar escrito a doble espacio en fuente tipográfica Times New Roman a 12 puntos y comenzando en página nueva cada una de las secciones: página frontal, resúmenes en español y en inglés con sus palabras clave, el texto principal, las referencias, los tablas y pies de figuras. Se numerarán las páginas en forma consecutiva comenzando con la página frontal, y se colocará el número en el extremo superior de cada página.

Los artículos deberán comenzar con la página frontal, misma que estará contenida en el mismo archivo del manuscrito (con los autores y sus adscripciones, así como los datos del autor de correspondencia), el cuerpo de la investigación, las declaraciones del conflicto de intereses, financiación y responsabilidades éticas.

En la página frontal debe aparecer el título conciso e informativo del trabajo en español e inglés y un título corto de no más de 40 caracteres (contando espacios y letras); nombre y apellido(s) de cada autor (sin títulos ni cargos); los departamentos institucionales en los cuales se realizó el trabajo; nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia; agradecimientos y las fuentes del financiamiento de la investigación.

El texto principal debe contener un resumen en español y en inglés, el cuerpo del artículo, referencias, tablas y pies de figuras.

Se sugiere consultar la página de los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas), [www.icmje.org](http://www.icmje.org). Para más información sobre la preparación de los manuscritos, por favor consultar: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>.

### Resumen en español

Se presentará en un máximo de 250 palabras, e indicará el propósito de la investigación, los procedimientos básicos (selección de la muestra, de los métodos analíticos y observacionales); principales hallazgos (datos concretos y en lo posible su significancia estadística), así como las conclusiones relevantes y la originalidad de la investigación. El resumen debe de estar estructurado con los siguientes apartados: Antecedentes, Objetivo, Material Métodos, Resultados y Conclusiones. Al final se anotarán 3 a 6 palabras clave, para facilitar la inclusión en índices internacionales. Se recomienda emplear los términos del Medical Subject Headings del Index Medicus más reciente.

### Resumen en inglés

Será escrito en un máximo de 250 palabras con las mismas características que el resumen en español. Se iniciará con una versión del título del trabajo en el idioma inglés. También se señalarán de 3 a 6 palabras clave (key words). Se sugiere que este párrafo sea revisado por un traductor experimentado, a fin de garantizar la calidad del mismo.

### Introducción

Deberá incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio en una redacción libre y continua debidamente sustentada en la bibliografía.

### Material y métodos

Se señalarán claramente las características de la muestra, los métodos empleados con las referencias pertinentes, en tal forma que la lectura de este capítulo permita a otros investigadores, realizar estudios similares. Los métodos estadísticos empleados deberán señalarse claramente con la referencia correspondiente. Los autores deben detallar en este apartado los procedimientos éticos que han seguido; necesarios para experimentos con animales, pacientes, manejo de datos confidenciales, consentimiento informado, etc. y que cuentan con la autorización del comité de ética de su institución.

### Resultados

Deberá incluir los hallazgos importantes del estudio, comparándolos con las figuras o gráficas estrictamente necesarias y que amplíen la información vertida en el texto. No repita información en el escrito y en las tablas y/o figuras.

### Discusión

Deberán de contrastarse los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos e hipótesis planteados en el trabajo.

### Conclusiones

En esta sección resumirán las principales conclusiones del estudio y si estas fueran preliminares se sugerirán futuros estudios que necesitarían realizarse. Es necesario que las conclusiones sean congruentes con los objetivos que se plantearon y que se deriven directamente del proceso de investigación realizado.

### Agradecimientos

En esta sección se describirán los agradecimientos a personas e instituciones, así como los financiamientos. Esta sección debe ir en la página frontal para que el documento principal del manuscrito siga siendo anónimo.

## INSTRUCCIONES PARA AUTORES

### Referencias

Se presentarán de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas). Las referencias se indicarán con números arábigos en forma consecutiva y en el orden en que aparecen por primera vez dentro del texto. Se referirán en el texto, tablas y pies de figura con los números correspondientes. En las citas con múltiples autores (más de seis autores), se deberá incluir únicamente los 6 primeros autores del trabajo, seguido de et al., después de la abreviatura del nombre o nombres del 6º autor. En el caso de 6 o menos autores, se deberá incluir en la cita a todos ellos, ([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

- Los artículos publicados en revistas periódicas deberán aparecer en el formato siguiente: Welt CK, Chan JL, Bullen J, Murphy R, Smith P, DePaoli AM, et al. Recombinant human leptin in women with hypothalamic amenorrhea. *N Engl J Med.* 2004;351:987-97.
- Las referencias a libros deberán incluir el nombre completo de la editorial así como la ciudad y país de la publicación y el año en que se publicó, de acuerdo al siguiente modelo: Aréchiga H, Somolinos J. Contribuciones mexicanas a la medicina moderna. Fondo de Cultura Económica. México D.F., México, 1994.
- Las referencias a capítulos en libros deberán aparecer de la siguiente forma: Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction; or: Harrison's Principles of Internal Medicine. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (Eds.) McGraw-Hill Inc. 12a. Edición, New York, EUA, 1994, pp. 1066-1077.

### Tablas

Deberán presentarse a doble espacio, numerados en forma consecutiva con caracteres romanos en el orden citado dentro del texto, con los títulos en la parte superior y el significado de las abreviaturas, así como las notas explicativas al pie. Se deberán incluir al final del manuscrito después de la sección de referencias.

### Figuras o gráficas

Los pies de figura se escribirán a doble espacio. El pie contendrá la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto. Deben referenciarse en el texto por orden. Calidades: Los gráficos, trazados y dibujos deben ser generados con programas de gráficos de alta resolución (JPG, TIFF, EPS, PowerPoint e Illustrator). Toda la iconografía debe ser original. En caso contrario, se debe citar la referencia del origen y el autor deberá obtener el permiso previo de la editorial respectiva. En las figuras no se repetirán datos ya escritos en el texto. Las fotografías de objetos incluirán una regla para calibrar las medidas de referencia. En las microfotografías deberá aparecer la ampliación microscópica o una barra de micras de referencia. El nombre, la cara, los datos del paciente o cualquier característica reconocible no aparecerán en las figuras. Se sugiere a los autores agregar ilustraciones que complementen el texto.

## DECLARACIONES ÉTICAS

### Responsabilidades éticas

En relación con los posibles conflictos de interés, el derecho de los sujetos a la privacidad y confidencialidad, así como los derechos humanos y animales como sujetos de investigación, la revista se adhiere a los "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a las revistas biomédicas: redacción y edición de publicaciones biomédicas" en la versión más reciente publicada por el International Committee of Medical Journal Editors en su página <http://www.icmje.org>. Se solicitará copia del consentimiento informado en el caso de estudios con pacientes y casos clínicos, así como la aprobación del Comité de Bioética de la institución correspondiente en el caso de estudios clínicos y experimentales.

Los procedimientos en humanos deben ajustarse a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 (World Medical Association Declaration of Helsinki) Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2000; 284:3043-5, así como al acuerdo que al respecto publicó la Secretaría de Salud el 26 de enero de 1982, y a las Normas del Comité de Ética y de Investigación de la Institución donde se efectuó un trabajo original. Los estudios en animales deben seguir lineamientos similares (Institute of Laboratory Animal Resources, National Research Council. *Guide for the care and use of laboratory animals*. Washington, DC. National Academy Press. 1996). Con relación a la confidencialidad de los datos, se debe informar acerca del modo en que se ha protegido el anonimato de los participantes y la privacidad de su información.

Podrá descargar el formato accediendo a la siguiente liga:

<http://www.permanyer.com/formulario-responsabilidades/>

### Financiamiento

El autor debe mencionar las organizaciones que financian su investigación en el manuscrito, incluyendo los números de subvención en caso de que fuesen necesarios.

### Conflicto de intereses

Los autores deben describir cualquier relación financiera o personal que tengan con otras personas u organizaciones y que pudieran dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo que se remite para publicación.

## TIPOS DE ARTÍCULOS

### Editorial (por invitación del editor)

La publicación en esta sección será a través de una invitación a un especialista sobre un tema de su dominio y experiencia, el cual sea novedoso y de interés. Este puede ser de salud, cultural, político y económico que impacte en la atención a la salud. La extensión sugerida es de 5 cuartillas.

### Artículo original

Reporta detalladamente estudios de investigación original cualitativos o cuantitativos en el área de ciencias de la salud. Debe tener el formato IMRyD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión) así como un resumen estructurado de formato OMRyC (Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones). El resumen estructurado debe mostrar congruencia entre Objetivos y Conclusiones y se deben presentar sólo los Métodos y Resultados que apoyan la conclusión o conclusiones del estudio. La extensión máxima sugerida es de 12 cuartillas, bibliografía incluida, 7 figuras, 7 tablas y 45 referencias.

### Artículo de revisión

Teniendo por objetivo la presentación de artículos de revisión sobre temas relevantes a la enfermería y áreas afines en el ámbito asistencial, docente, administrativa y de investigación. La extensión máxima sugerida es de 10 cuartillas, bibliografía incluida, 6 figuras, 6 tablas y 50 referencias.

### Artículo de buenas prácticas en la atención en salud

Reportes científicos que contribuyen a dar forma a una base de conocimiento de la enfermería en sus diversos escenarios sobre un fenómeno determinado. Es decir, la descripción a profundidad de la condición de una persona y/o su respuesta a los cuidados. Pueden considerarse las experiencias de casos clínicos con EBE, proceso de atención de enfermería, planes de cuidados, propuestas de mejora para la calidad de la atención, en procesos administrativos así como en educativos que contribuyan de manera clara y significativa el desarrollo de la enfermería y de la atención a la salud. La extensión máxima sugerida es de 12 cuartillas, bibliografía incluida, 6 figuras y 6 tablas máximo.

### Artículo de perspectiva

Son revisiones de conceptos fundamentales o de ideas prevalentes en un área de conocimiento que se escriben en forma de ensayo. Son la visión individual crítica de un sólo o unos pocos conceptos relacionados entre sí, pero pueden ser de nociones amplias. Al revisar un concepto, los autores podrían considerar:

- Sus orígenes históricos y su evolución en el tiempo
- Estado actual de la teoría y la investigación en un área así como sus ausencias
- Su transferencia a otras áreas, y cómo ha sido recibida
- Mitos, interpretaciones erróneas, significado y uso de distorsiones ideológicas
- Sus implicaciones en políticas con evidencias de su impacto en ellas
- La existencia de mejores ideas que han sido ignoradas
- Las ideas que apoyan un concepto (si es que las hay)
- Las ideas que son aceptadas pese a que carecen de apoyo generado por investigaciones

La extensión máxima sugerida es de 5 cuartillas incluidas las referencias. Puede contener una pequeña tabla o una figura.

### El rincón del estudiante

Espacio académico de publicación de manuscritos científicos cortos sobre temas relevantes de enfermería para estudiantes de pregrado o posgrado de enfermería y áreas afines. Serán enviados a la revista por un asesor de investigación o docente, quien se responsabilizará de la calidad del manuscrito en la presentación, secuencia y estructura. La extensión máxima es de 8 cuartillas, con 3 tablas o figuras y un máximo de 30 referencias bibliográficas.

### Cultura, historia y enfermería

Esta sección invita a la comunidad a escribir artículos de revisión históricos como biografías, sucesos o eventos que relacionen el arte o la historia con la enfermería. Extensión máxima de 10 cuartillas, 6 figuras y 6 tablas.

### Carta al editor

Las cartas al editor son comunicaciones cortas con el objetivo de estimular la discusión de los artículos publicados en la *Revista Mexicana de Enfermería*, por lo que se invita a la comunidad a escribir críticas constructivas, no mayores a las dos cuartillas y en un tiempo no mayor de dos meses de publicación el artículo o editorial en cuestión.

### COPYRIGHT

Los trabajos enviados deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores del trabajo, en la que se haga constar que éste no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado simultáneamente a otra revista, que no existe conflicto de intereses y en caso de ser aceptado, ceden los derechos de autor a la revista. Todo material aceptado para publicación será propiedad de la revista y tiene la licencia Creative Commons: CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En caso de que los autores del artículo sean estudiantes o prestadores de servicio social pertenecientes a alguna facultad de una institución educativa, solicitamos el envío de una carta de aprobación/vigilancia firmada por un tutor o autoridad académica que acredite la calidad de la investigación.

Las opiniones contenidas en el artículo son responsabilidad de los autores.

No se aceptarán artículos para su revisión si no están preparados de acuerdo con las instrucciones para los autores.

Se extenderá acuse de recibo electrónico al autor de correspondencia a través de la plataforma de la revista sobre la recepción de su manuscrito y en un tiempo no mayor a 45 días a partir de la fecha en que se recibe el original se le comunicará el dictamen del Comité de árbitros. Todo material aceptado para publicación será propiedad de la revista por lo que la reproducción total o parcial deberá ser autorizada por la Revista Mexicana de Enfermería.

Para cualquier aclaración o duda, favor de comunicarse con la editora, al correo: [revistamexicana.enfermeria@incmsz.mx](mailto:revistamexicana.enfermeria@incmsz.mx)



Si desea suscribirse gratuitamente a la **Revista Mexicana de Enfermería** favor de acceder al siguiente link, o bien puede escanear el código QR con la cámara de su Smartphone o Tableta para para completar el registro:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfx175dmjmosdhTlctiiUpllGy9-w1hKwnSykXxiT7Xbbg/viewform>