

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com

AÑO 11
NÚMERO 3
Septiembre-Diciembre 2023
ISSN: 2339-7284
e-ISSN: 2696-8584

EN ESTE NÚMERO:

P.81

La Revista Mexicana de Enfermería a 10 años de publicaciones ininterrumpidas para fortalecer la atención de la persona enferma por medio de la estandarización del cuidado mediante la investigación

P.83

Adaptación y validación del instrumento de comunicación sexual para la prevención del embarazo adolescente en México

P.90

Experiencias de aprendizaje en enfermería durante la enseñanza remota de emergencia

P.96

Conocimiento y habilidad de los profesionales de enfermería sobre lactancia materna

P.103

Capacitación a estudiantes de enfermería para la comunicación con pacientes que presentan discapacidad auditiva

P.108

Experiencia de Enfermería con adulto mayor institucionalizado

P.113

Experiencia de la consultoría de enfermería en el área de radio-oncología



XLIX Jornadas de Enfermería y 2º Congreso Internacional de Enfermería

PUENTES ENTRE LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA, LA CALIDAD Y LOS CONTEXTOS MULTICULTURALES

Curso-Taller Pre jornadas

Octubre 4 de 2023

Horario: 16:00 a 20:00 h

Jornadas Científicas

Octubre 5 y 6 de 2023

Horario: 8:00 a 15:00 h

Lugar: Auditorio Principal INCMNSZ

Modalidad híbrida:

- Presencial hasta 150 asistentes
- Plataforma Zoom con cupo limitado

Informes e Inscripciones:

Correo electrónico:
educacion.continua@incmnsz.mx

Departamento de Educación Continua
en Enfermería

TEL: 54870900, ext: 2210

Cuota de Recuperación:

- Profesionales de Enfermería y profesionales de la salud en general \$500.00 M.N.
- Beca del 50% para pertenecientes a instituciones públicas, previa solicitud
- Auxiliares de Enfermería, estudiantes y pasantes \$150.00 M.N.
- Personal de INCMNSZ sin costo
- Personal extranjero \$20 USD

Datos bancarios:

Fundación Mexicana para la Salud
Hepática A.C.

Banco: Banamex

Sucursal 7000

Cuenta:5508191

Clabe: 002180700055081917

Colocar en referencia/concepto: JE1



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

<https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/revistaEnfermeria.html>

Número 3 • Año 11 • Septiembre-Diciembre 2023 • ISSN: 2339-7284 • e-ISSN: 2696-8584

Comité editorial

Editora en jefe

Lizeth Guadalupe López López

Editores asociados

David Kershenobich Stalnikowitz
Ex director del Instituto y Fundador de la RME

José Sifuentes Osornio
Director General del INCMNSZ

Alberto Ávila Funes
Director de Enseñanza

Arturo Galindo Fraga
*Subdirector de Epidemiología Hospitalaria y
Control de Calidad de la Atención Médica*

Lizet Orea Mercado
Asesor Legal de la RME

Martha A. Huertas Jiménez
Subdirectora de Enfermería

Mtra. Nancy A. López Carbajal
Educación Continua en Enfermería

Alicia Frenk Mora
Subdirectora de Servicios paramédicos del INCMNSZ

Carmen Amescua Villela
Departamento de Comunicación y Vinculación

Adriana Vega García
INCMNSZ/UAMEX

Cristina Segundo Alvarado
INCMNSZ

Comité de revisores

Alma Rosa Chávez Ríos
Antonio Vicente Yam Sosa
Diana Cecilia Tapia Pancardo
Erick Landeros Olvera
Fernando Austria Corrales
Francisco Cadena Santos
Gloria María Galván Flores
Hermes E. Rodríguez Arizpe
Irvin Samuel Dionisio Calderón
José Alberto Agüero Grande
José Octavio Paredes
Juan Jesús Villegas Cortes
Juan Pineda Olvera

Judith González Sánchez
Julio Alfredo García Puga
Karime E. Balderas Gutierrez
Luis Antonio Martínez Gurrion
Luis Manuel Pérez H Pantoja
Luz Ma. Serralde Pantoja
Ma. Pilar Sosa Rosas
Margarita Hernández Zavala
María de Lourdes Alemán Escobar
Ma. del Rosario Tolentino Ferrer
María Diana Ruvalcaba Rodríguez
Ma. Guadalupe Quezada Valadez
Nora Hilda González Quirarte

Rafael Humberto Pérez Soto
Raúl Fernando Guerrero Castañeda
Ros María Ostiguin Meléndez
Rosario Edith Ortiz Félix
Sandra Antonieta Palacios García
Sandra Hernández Corral
Saúl May Uitz
Sergio Lemus Alcántara
Tirso Durán Badillo
Verónica Bautista Eugenio
Ulises Rieke Campoy
María Isabel Méndez Domínguez
Karla Marisol Juárez Ruiz

Comité editorial internacional

Higinio Fernández-Sánchez, RN, PhD

*University of Texas
Health Science Center, USA*

Claudia Ariza Olarte
*Pontificia Universidad Javeriana.
Bogotá. Colombia*

Isabel Pérez Pérez

Universidad Ramon Llull Barcelona, España

Doriam Camacho Rodríguez

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

Sandra Guerrero Gamboa

Universidad Nacional de Colombia

Eva Brunet Campaña
Quironsalud Sitges, España

Revista Mexicana de Enfermería es una revista oficial del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMSZ). El objetivo es comunicar el conocimiento generado a partir de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración, validados a través del 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 posológicas 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.

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL, donde además podrán consultarse los lineamientos editoriales:

<https://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com/>



PERMANYER
www.permanyer.com

Permanyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permnyer@permnyer.com

Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo - 11560 Ciudad de México
Tel.: +52 55 2728 5183 - mexico@permnyer.com



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro



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

Edición impresa en México

ISSN: 2339-7284

e-ISSN: 2696-8584

Ref.: 7428AX223

La Revista Mexicana de Enfermería a 10 años de publicaciones ininterrumpidas para fortalecer la atención de la persona enferma por medio de la estandarización del cuidado mediante la investigación

The Mexican Journal of Nursing after 10 years of publications uninterrupted to strengthen the attention of the sick person through the standardization of care through the investigation

Martha A. Huertas-Jiménez

Subdirectora de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

A lo largo de 10 años ininterrumpidos, la *Revista Mexicana de Enfermería* se ha esforzado por la calidad editorial en cada una de sus publicaciones, con el objetivo de difundir el conocimiento generado en los ámbitos asistenciales, administrativos y docentes, provenientes de investigaciones que pretenden fortalecer la práctica de la enfermería.

Con gran satisfacción hemos llegado a toda la comunidad de enfermería en México, así como a algunos lugares de América Latina; paulatinamente se fueron incorporado contribuciones de artículos y editoriales provenientes de EE.UU., Colombia, Venezuela, Honduras, así como de España e Israel, lo que nos permite conocer la visibilidad y accesibilidad de nuestros contenidos en otras partes del mundo.

Es importante destacar que hoy, además de consultarnos una gran comunidad de enfermería, también tenemos una importante comunidad de médicos, psicólogos, dentistas, rehabilitadores, nutriólogos y algunos otros profesionales del área de la salud que nos consultan y someten sus manuscritos para ser publicados en la revista.

Reconocemos que en los inicios tuvimos algunas vicisitudes, que nos han enseñado a superar los obstáculos, analizando nuestras oportunidades de mejora y de esta forma construimos nuevas estrategias en la investigación y edición de contenidos de enfermería, siempre con la finalidad de contribuir a la mejora en la calidad de la atención de nuestros usuarios.

La revista es un referente que beneficia a las instituciones educativas y de salud, de acuerdo con datos recientes de Imbiomed, cerca de un 56% de las descargas de nuestros artículos son utilizados para la actualización de procesos, técnicas y análisis de casos clínicos de enfermería, y un 44% son utilizados con fines de investigación.

Como una labor aleadaña por medio de nuestro sitio web y redes sociales institucionales transmitimos cápsulas informativas, infografías e información relevante para fortalecer las prácticas de la escritura y construcción del manuscrito científico dirigido para los autores y autoras.

Es así que a partir de esta nueva gestión trabajaremos por impulsar la investigación y las publicaciones

Correspondencia:

Martha Asunción Huertas-Jiménez
E-mail: martha.huertasj@incmnsz.mx

Fecha de recepción: 27-06-2023
Fecha de aceptación: 28-06-2023

Disponible en internet: 03-10-2023
Rev Mex Enf. 2023;11(3):81-82
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Huertas-Jiménez MA: La *Revista Mexicana de Enfermería* a 10 años de publicaciones ininterrumpidas para fortalecer la atención de la persona enferma por medio de la estandarización del cuidado mediante la investigación. *Rev Mex Enf.* 2023;11:81-82. 2339-7284 / © 2023 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

de atención centrada en la persona, implementaremos nuevas y mejores formas de edición de los contenidos con la finalidad de proveer a nuestros lectores y autores de información actual, relevante y que pueda ser replicada en los diferentes escenarios de la enfermería de México y del mundo.

Agradezco a las personas y a las instituciones que a lo largo de estos 10 años han contribuido de manera destacada en cada etapa de nuestra revista, sin duda,

llegar a este tiempo no hubiera sido posible sin su colaboración.

El panorama de la *Revista Mexicana de Enfermería* nos permite visualizar el punto de partida en esta siguiente etapa para promover la publicación de artículos con metodologías de mayor complejidad en áreas asistenciales destacando la calidad y seguridad, así como impulsar la colaboración de investigación traslacional dentro del equipo multidisciplinario y desde el enfoque de sistema.

Adaptación y validación del instrumento de comunicación sexual para la prevención del embarazo adolescente en México

Nancy Rodríguez-Vázquez¹, M. Guadalupe Moreno-Monsiváis^{2*}, José L. Hernández-Torres¹,
Roxana Martínez-Cervantes¹ y Adriana M. Cárdenas-Cortés¹

¹Cuerpo Académico Salud Sexual Responsable, Escuela de Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, Torreón, Coahuila;

²Subdirección de posgrado, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León. México

Resumen

Antecedentes: En el proceso de la prevención de embarazo, se identifica la comunicación sexual como una estrategia para tener éxito, por lo que es importante contar con instrumentos que midan objetivamente la comunicación sexual de los adolescentes con todas aquellas personas significativas que muestran influencia sobre su conducta sexual. **Objetivo:** Adaptar y validar el cuestionario de comunicación sobre temas sexuales entre padres e hijos adolescentes al fenómeno de prevención de embarazo adolescente, incluyendo a las personas significativas como padres, amigos y pareja. **Material y métodos:** En el estudio participaron 528 estudiantes de 14 a 19 años de edad. Se realizó un análisis factorial exploratorio y confirmatorio del modelo propuesto con 24 ítems. **Resultados:** El análisis reveló adecuada consistencia interna y un modelo de cuatro factores correspondientes a las cuatro personas significativas del adolescente (padre, madre, amigos y pareja). En el análisis factorial confirmatorio, los índices de bondad de ajuste del modelo dos fueron satisfactorios conformado por 16 ítems y cuatro dimensiones de cuatro ítems cada una. **Conclusiones:** Se desarrolló un instrumento fiable y válido que puede ser utilizado para medir la percepción del adolescente mexicano acerca de la comunicación sexual de prevención de embarazo con personas significativas.

Palabras clave: Comunicación. Padres. Amigos. Parejas sexuales. Embarazo en adolescencia.

Adaptation and validation of the sexual communication instrument for the prevention of adolescent pregnancy in Mexico

Abstract

Background: In the process of pregnancy prevention, sexual communication is identified as a strategy for success, so it is important to have instruments that objectively measure adolescents' sexual communication with all those significant people who show influence over their sexual behaviour. **Objective:** To adapt and validate the questionnaire on sexual communication between parents and adolescent children to the phenomenon of adolescent pregnancy prevention, including significant others such as parents, friends and partners. **Material and methods:** 528 students aged 14-19 years participated in the study. An exploratory and confirmatory factor analysis of the proposed model with 24 items was conducted. **Results:** The analysis revealed adequate internal consistency and a four-factor model corresponding to the four significant others of the adolescent

*Correspondencia:

M. Guadalupe Moreno-Monsiváis
E-mail: maria.morenom@uanl.mx

Fecha de recepción: 18-11-2021
Fecha de aceptación: 22-01-2022

Disponible en internet: 03-10-2023
Rev Mex Enf. 2023;11(3):83-89
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Rodríguez-Vázquez N, Moreno-Monsiváis MG, Hernández-Torres JL, Martínez-Cervantes R, Cárdenas-Cortés AM. Adaptación y validación del instrumento de comunicación sexual para la prevención del embarazo adolescente en México. Rev Mex Enf. 2023;11:83-89. 2339-7284 / © 2022 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

(father, mother, friends and partner). In the confirmatory factor analysis, the goodness-of-fit indices of model two were satisfactory, consisting of 16 items and four dimensions of four items each. **Conclusions:** A reliable and valid instrument was developed that can be used to measure Mexican adolescents' perception of pregnancy prevention sexual communication with significant others.

Keywords: Communication. Sexual partners. Friends. Couple. Pregnancy in adolescence.

Introducción

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública tanto a nivel mundial como en México¹. El embarazo adolescente afecta la salud física de la madre y del hijo, además tiene consecuencias en la educación, deserción escolar, oportunidades laborales e ingresos económicos de ambos padres adolescentes².

La prevención del embarazo adolescente generalmente se hace mediante la información de riesgos y desarrollo de habilidades que pueden usarse como herramientas para evitarlo³. En el proceso implicado en «la prevención» se identifica la comunicación sexual como una estrategia crítica para tener éxito. La comunicación sexual se da con personas significativas y funciona como factor socio-contextual protector o de riesgo para la conducta sexual. Se considera que los padres, amigos y la pareja sexual o sentimental son figuras importantes en la vida de los jóvenes a quienes usualmente recurren las y los adolescentes para establecer comunicación sobre el tema sexual.

Los padres, como referencia importante de información sobre salud sexual⁴, es sustancial incluirlos en la prevención primaria para formar conductas protectoras, como evitar y aplazar el embarazo. Sin embargo, la comunicación con los padres puede estar condicionada o ser inefectiva, por conocimiento inapropiado sobre sexualidad, imposibilidad para iniciar y conservar una plática, y creencias y valores familiares⁵. La influencia de los amigos se asocia positiva y negativamente con la práctica sexual; los adolescentes acuden a sus amigos para obtener información sobre sexualidad, relaciones sexuales^{6,7} y embarazo. La literatura refiere como relevante la pareja, ya que cuando ambos hablan sobre un método anticonceptivo es más probable que lo utilicen, de lo contrario, provoca dificultades⁸ como un embarazo no deseado.

Por lo anterior, al ser una prioridad de salud prevenir el embarazo en adolescentes, el profesional de enfermería juega un rol fundamental en la prevención y en la promoción de la salud sexual con los adolescentes, incluidas sus parejas y la familia⁹, mediante la participación en la gestión y la educación que se les brinda sobre la sexualidad¹⁰. Para ello, es importante contar

con instrumentos que midan objetivamente la comunicación sexual de los adolescentes, con todas aquellas figuras que muestran alguna influencia sobre su conducta sexual. se han utilizado diversos instrumentos con cierta afinidad con el tema, sin que se tenga uno que mida de forma integral y directa la comunicación sexual adolescente en el contexto de la prevención de los embarazos. El instrumento Comunicación sobre temas sexuales¹¹ puede adaptarse a la percepción del adolescente sobre la comunicación sexual para la prevención de embarazo, con los padres, amigos y pareja. En consecuencia, el propósito del estudio fue adaptar y validar el cuestionario de comunicación sobre temas sexuales entre padres e hijos adolescentes.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal de diseño metodológico, en los meses de enero y febrero del 2020. La población estuvo integrada por 1,756 estudiantes inscritos en los niveles de secundaria y bachillerato técnico del sector público en la ciudad de Torreón, Coahuila, México. Se invitó a participar a los estudiantes de 14 a 19 años y aceptaron 528 adolescentes. En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron adolescentes mexicanos de ambos sexos, de 14 a 19 años, escolarizados e inscritos al momento de la recolección, con inicio de vida sexual (IVS) o no y estudiantes con hijos o sin hijos. Se excluyeron encuestas incompletas y participantes que hubieran decidido retirarse del estudio.

Se utilizó una versión adaptada al español del cuestionario de comunicación sobre temas sexuales¹¹, compuesto por nueve reactivos. Evalúa la comunicación entre padres e hijos(as) adolescentes sobre actividad sexual, reproducción, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual (ITS), uso del condón, presión sexual de grupo y por parte de compañeros o pareja. Para el presente análisis se eligieron seis ítems relacionados con prevención de embarazo y se descartaron los relacionados con ITS. Los ítems seleccionados se enfocaron hacia la percepción del adolescente sobre la información y recomendaciones que recibe de

su padre y madre, así como la que comparte con amigos y pareja, resultando 24 ítems.

La escala de respuesta es tipo Likert de cinco opciones: 1 = nada, 2 = poco, 3 = algo, 4 = no mucho y 5 = mucho. La puntuación es de seis a 30, donde a mayor puntaje el adolescente percibe que el padre, la madre, los amigos o la pareja habló más con él (ella) sobre prevención del embarazo. Se ha reportado un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.76 a 0.90 de la escala original adaptada al español¹².

Procedimiento

Inicialmente los investigadores del presente estudio analizaron el cuestionario de comunicación sobre temas sexuales y modificarlo hacia la comunicación sexual del adolescente para la prevención de embarazo. Los investigadores discutieron cada ítem del cuestionario original procurando no perder la esencia y significado de cada pregunta. Se eligieron seis de nueve ítems del cuestionario original que se relacionaban con prevención de embarazo y uso del condón. Las preguntas se modificaron hacia la percepción del adolescente de la comunicación sexual sobre prevención de embarazo con su padre, madre, amigos y pareja. Los investigadores compararon las modificaciones de cada ítem para asegurar su claridad intentando mantener los ítems originales lo más exactamente posible.

Posteriormente, los ítems modificados fueron revisados por tres expertos en salud sexual y reproductiva y salud pública en adolescentes. De forma individual y por separado, los expertos examinaron las modificaciones de cada ítem y los compararon con los originales, considerando su claridad y relevancia, en un tiempo promedio de dos semanas. Las adecuaciones realizadas por los investigadores y las recomendaciones de los expertos consistieron en agregar la persona significativa del adolescente: «tu papá», «tu mamá», «tus amigos» o «tu novio(a) o pareja», según correspondiera. También cambiar la orientación de cada pregunta de «con su hijo(a)» a «contigo». Por ejemplo, «¿Cuánta información ha compartido con su hijo(a) sobre cómo prevenir el embarazo?», se cambió a «Tu papá ¿cuánta información ha compartido contigo sobre cómo prevenir el embarazo?».

Además, se modificó el ítem sobre el «condón» por «condón o algún otro método para prevenir un embarazo». Por ejemplo «¿Qué tanta información específica sobre el condón ha compartido con su hijo(a)?», se cambió a «Tu papá ¿qué tanta información específica sobre el condón o algún otro método para prevenir un

embarazo ha compartido contigo?». En la pregunta «¿Qué tanta información ha compartido con su hijo(a) sobre la presión que ejercen los amigos y la «novia(o)» en el aspecto sexual?», se modificó según la persona significativa. Por ejemplo «Tú y tus amigos o compañeros ¿qué tanta información han compartido sobre la presión que ejerce la «novia(o) o pareja» en el aspecto sexual?».

Una vez que los ítems fueron revisados por los expertos, se llevó a cabo la adaptación cultural en el Noreste de México, la cual se aplicó a un grupo de 33 adolescentes. Para la mayoría de los adolescentes, los reactivos fueron entendibles, sin embargo algunos presentaron confusión en diferenciar la comunicación de padre y madre, además refirieron que ciertas preguntas eran repetitivas. Después de la adaptación cultural, de modificaciones mínimas en redacción y del análisis y recomendaciones de los expertos, se completó el desarrollo de un instrumento con 24 ítems. De los cuales seis preguntas corresponden a la comunicación sexual sobre prevención de embarazo con el padre, seis con la madre, seis con los amigos y seis con la pareja del adolescente.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-D-1566). Se seleccionaron a conveniencia tres instituciones educativas, dos de nivel secundaria y una de bachillerato técnico, y se solicitó autorización de los directivos. Se invitó a participar a los estudiantes de 14 a 19 años de edad que cursaban tercer grado de secundaria y distintos semestres de bachillerato técnico.

A todos los participantes mayores de edad se les entregó por escrito el consentimiento informado, en el caso de los menores de edad se envió a los padres, y además se solicitó el asentimiento informado; ambos documentos contenían información sobre los objetivos del estudio, la privacidad del participante, respeto al anonimato y confidencialidad de sus datos y la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento sin afectar su situación académica, así como su autorización para la publicación de sus datos en revistas de carácter científico. El día programado para el llenado del instrumento, se acudió a las instituciones participantes y se recogió el consentimiento y/o asentimiento firmado para ser considerado dentro del estudio. Se proporcionó el instrumento impreso a cada participante y se aplicó de forma grupal dentro del aula de clases, procurando no interferir con actividades académicas.

Las variables sociodemográficas fueron procesadas con el paquete estadístico *Statistical Package for Social*

Sciences versión 23 mediante estadística descriptiva. La consistencia interna del instrumento fue determinada mediante el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach. Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de componentes principales y rotación Varimax para explorar la estructura factorial de 24 ítems. Para confirmar la organización factorial de los ítems se efectuó un análisis factorial confirmatorio (AFC) máxima verosimilitud, con el programa IBM-AMOS versión 23.

La adecuación del modelo se analizó por medio de índices de bondad de ajuste: valor chi cuadrada dividido por los grados de libertad (χ^2/gl), donde inferior a cinco indica un buen ajuste del modelo. El índice de ajuste no normativo (NNFI) y el índice de ajuste comparativo (CFI), en el cual los valores por encima de 0.90 indican un ajuste aceptable¹³. La raíz cuadrada promedio del error de aproximación (RMSEA) valores menores de 0,05 indican un buen ajuste y los valores menores de 0,08 un ajuste adecuado¹⁴ y la raíz cuadrada estandarizada del residual (SRMR), considerando valores aceptables entre 0.05 y 0.10 (satisfactorio igual o inferior a 0.08)¹⁵.

Resultados

La mayoría de los participantes fueron mujeres (59.3%), con una media de edad (M) de 15.5 años y desviación estándar (DE) de 1.6. Respecto al IVS, el 28.4% refirió haber iniciado entre los 9 y 18 años de edad (M: 14.8; DE: 1.6). El 2.1% de los participantes se ha embarazado o ha embarazado a una mujer alguna vez en la vida. En cuanto a la comunicación con los padres, el 69.5% de los adolescentes señala tener comunicación con ambos padres, el 21.6% solo con la madre, el 1.1% solo con el padre y el 7.4% no mantiene comunicación con ninguno de sus padres. El coeficiente de fiabilidad de la escala se determinó con el alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de 0.923 con 24 ítems y 0.890 posterior al AFC con 16 ítems, lo que señala que el cuestionario es de confianza y tiene una consistencia interna adecuada.

Análisis factorial exploratorio

La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa (χ^2 : 10,263.631; gl: 276; p = 0.0001) y el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.90, lo que permite la adecuación de realizar un análisis factorial exploratorio. El conjunto de ítems fue representado por cuatro factores o componentes, los cuales representan la comunicación

sexual sobre prevención de embarazo con la pareja, la madre, los amigos y el padre, con varianza acumulada del 71.84% y cargas factoriales mayores a 0.40 en todos los ítems.

Análisis factorial confirmatorio

El primer modelo propuesto de la escala de comunicación sexual del adolescente para la prevención de embarazo conformado por cuatro factores con 24 ítems no mostró buen ajuste (χ^2 : 1727.836; gl: 248; p = 0.0001; NNFI: 0,838, CFI: 0,857, RMSEA: 0,106 y SRMR: 0,080), por lo que se eliminaron ítems según la carga factorial más baja. Posteriormente el modelo se conformó por cuatro factores y 16 ítems presentando buen ajuste (χ^2 : 411,156; gl: 100; p = 0.0001), e índices de bondad de ajuste satisfactorios (NNFI: 0.934, CFI: 0.949, RMSEA: 0,077 y SRMR: 0,075). Además, los ítems del modelo ajustado presentaron valores de asimetría y curtosis entre -1 y 1, lo cual refleja una distribución normal, y las cargas factoriales del AFC fueron estadísticamente significativas (p < 0,0001). En la [tabla 1](#) se muestran los ítems resultantes del modelo ajustado.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue adaptar y validar el cuestionario de comunicación sobre temas sexuales entre padres e hijos adolescentes. Los resultados indican que la adaptación realizada en la escala cuenta con fiabilidad y validez para medir la percepción del adolescente acerca de la comunicación sexual sobre prevención de embarazo con los padres, amigos y pareja. El análisis de componentes principales respalda la validez de constructo de la versión adaptada del instrumento; asimismo reveló cómo cada pregunta concordaba en las dimensiones previstas. El alfa de Cronbach obtenido avala la fiabilidad interna, lo que indica la validez general del instrumento ajustado.

Por medio de la modificación y adecuación mínima en la redacción y dirección de las preguntas, se desarrolló un instrumento como una herramienta diseñada para adolescentes que proyecta la percepción acerca de la comunicación sexual sobre prevención de embarazo con cada persona significativa en diferentes dimensiones. El segundo modelo mostró un adecuado ajuste de los datos, lo que permite apoyar la estructura de cuatro factores de la escala en el primer modelo. Así mismo los resultados prueban buena fiabilidad general del instrumento y coincide con estudios realizados con la escala original de nueve ítems en padres

Tabla 1. Ítems resultantes del modelo ajustado

Ítems
<p>Tu papá...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué tanto ha conversado contigo sobre cómo debes comportarte sexualmente? 2. ¿Cuánta información ha compartido contigo sobre cómo prevenir el embarazo? 3. ¿Qué tanta información específica sobre el condón o algún otro método para prevenir un embarazo ha compartido contigo? 6. ¿Qué tanta información ha compartido contigo sobre cómo resistir la presión en el aspecto sexual de tus compañeros y de tus «amigos(os)» con los que sales?
<p>Tu mamá...</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. ¿Qué tanto ha conversado contigo sobre cómo debes comportarte sexualmente? 8. ¿Cuánta información ha compartido contigo sobre cómo prevenir el embarazo? 9. ¿Qué tanta información específica sobre el condón o algún otro método para prevenir un embarazo ha compartido contigo? 12. ¿Qué tanta información ha compartido contigo sobre cómo resistir la presión en el aspecto sexual de tus compañeros y de tus «amigas(os)» con los que sales?
<p>Tú y tus amigos o compañeros...</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. ¿Qué tanto han conversado sobre cómo deben comportarse sexualmente? 14. ¿Cuánta información han compartido sobre cómo prevenir el embarazo? 15. ¿Qué tanta información específica sobre el condón o algún otro método para prevenir un embarazo han compartido? 17. ¿Qué tanta información han compartido sobre la presión que ejerce la(el) «novia(o) o pareja» en el aspecto sexual?
<p>Tú y tu novia(o) o pareja...</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. ¿Qué tanto han conversado sobre cómo deben comportarse sexualmente? 20. ¿Cuánta información han compartido sobre cómo prevenir el embarazo? 21. ¿Qué tanta información específica sobre el condón o algún otro método para prevenir un embarazo han compartido? 22. ¿Qué tanta información han compartido sobre la necesidad de esperar hasta que sean mayores para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerse de tenerlas?

e hijos adolescentes entre 13 y 17 años¹². El instrumento final cumplió con los criterios de validez, no obstante, la reducción de dos ítems en cada dimensión del modelo ajustado redujo un poco la fiabilidad general, sin embargo se considera aceptable.

El modelo ajustado está conformado por cuatro dimensiones correspondientes a las personas significativas del adolescente, integradas por cuatro ítems cada una, lo que hace un instrumento equitativo en número de preguntas por dimensión. Los ítems que analizan la comunicación sexual sobre prevención de embarazo con el padre y la madre se mantienen en ambas dimensiones, lo que demuestra consistencia y congruencia con las principales personas significativas para el adolescente. De acuerdo con Esparza et al.¹⁶, en su estudio realizado en adolescentes mexicanos sobre la comunicación sexual para prevenir la conducta sexual de riesgo, y con Mendoza et al.¹⁷, en sus contribuciones sobre la actividad sexual y el embarazo en la adolescencia, se identifica que la comunicación sexual con los padres se asocia positivamente con la prevención de embarazo por medio del uso efectivo de métodos anticonceptivos, retardo del IVS y disminución de actividad sexual.

Consistentemente, en las dimensiones respectivas a los amigos y la pareja del adolescente, los ítems se

ajustaron en el modelo dos de forma congruente según la persona significativa del adolescente. La dimensión de comunicación sexual sobre prevención de embarazo con los amigos permite analizar la información acerca de la presión sexual que ejerce la pareja. Sin embargo es importante señalar que la calidad de la comunicación sexual entre amigos y compañeros aumenta con el tiempo¹⁸, por lo que se debe tener en cuenta al momento de estudiarla. En la dimensión de comunicación sexual sobre prevención de embarazo con la pareja se aborda la abstinencia sexual. Lo cual coincide con lo reportado por Rodríguez et al.⁴ sobre la relación que existe entre la comunicación sexual con la pareja y el retraso del IVS y la prevención de embarazos no deseados en la adolescencia.

Los ítems correspondientes a las dimensiones de comunicación sexual sobre prevención de embarazo con la pareja y la madre del adolescente mostraron ligeramente cargas factoriales más altas tanto el AFE como en el AFC. La carga factorial de la pareja pudiera explicarse dado que la eficiente comunicación sobre negociación del uso de métodos anticonceptivos con la pareja y la asertividad sexual están relacionadas con la prevención de embarazo^{19,20}. En cuanto a la carga factorial de la madre, existe evidencia de que la comunicación con la madre sobre evitar un embarazo, presión

sexual, relaciones sexuales y métodos anticonceptivos es mayor que con ambos padres²¹.

Cabe señalar que el instrumento original ha sido poco utilizado en México^{12,22,23}, específicamente este uso ha sido por profesionales de enfermería^{22,23}. Esto se pudiera atribuir a que solamente mide la comunicación que hay con los padres e hijos, sin embargo la comunicación va más allá y se debe incluir a las personas que son significativas para el adolescente, como la pareja, debido a que es fundamental para tomar medidas de prevención de embarazo al decidir si utilizar un método anticonceptivo o no²⁴. Así como los amigos del adolescente, la información que reciben sobre conducta sexual por parte de estos se relaciona con conductas de riesgo²⁵, además de que la comunicación e interacción entre los amigos se asocia con una mayor comunicación con las parejas²⁶.

Conclusiones

El instrumento de comunicación sexual del adolescente para la prevención del embarazo posee resultados psicométricos adecuados. Lo anterior permite al profesional de enfermería y a otros profesionales contar con una herramienta fiable y válida para la evaluación de la percepción que tiene el adolescente de la comunicación sexual sobre prevención de embarazo tanto con padres como con amigos y pareja. Esta escala permite obtener puntuaciones globales de comunicación sexual sobre prevención de embarazo, al igual que de cada una de sus dimensiones, posibilitando la interpretación de esta comunicación con cada persona significativa del adolescente.

Además, para el profesional de enfermería resulta útil como apoyo para desarrollar estrategias dirigidas a los padres sobre los temas de sexualidad a dialogar con los hijos, o bien en la identificación de obstáculos y barreras para la educación sexual en adolescentes. De igual manera, este instrumento es práctico debido a la cantidad de ítems y dimensiones que aborda, por lo que su alcance puede ser llevado a su aplicación *online* o a su versión impresa, pudiéndolo utilizar en cursos o talleres sobre sexualidad para adolescentes, incluso su uso puede abarcar el área de consultoría, comunidad y ámbito educativo.

No obstante, respecto a las limitaciones del estudio, se encuentran que la población no incluye adolescentes no escolarizados, menores de 14 años, casados ni adolescentes de áreas rurales o marginadas. Otro aspecto para considerar es la restringida privacidad de los participantes al contestar el instrumento en el aula

de clase, así como el muestreo por conveniencia acorde a la disponibilidad de tiempo libre de los estudiantes para participar en el estudio. Se recomienda tener en cuenta estos aspectos en futuras investigaciones, además de examinar el funcionamiento de la escala en población de riesgo sexual. La mejora en el ajuste de la escala exigiría excluir un ítem en las dimensiones relacionadas con el padre, la madre y los amigos.

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 ningún 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.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud; enero 2020 [citado: 1 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. ENAPEA 2013-2018 [Internet]. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes; 2015 [citado: 1 de noviembre de 2021] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf
3. Mora G, Saltos S. La prevención del embarazo adolescente: reto de la educación sexual. *Mendive. Revista de Educación*. 2015;13(4):522-7.
4. Rodríguez C, Sanabria R, Contreras P, Perdomo C. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013; 39(1):161-74.

5. Moilanen K. Predictors of latent growth in sexual risk taking in late adolescence and early adulthood. *The Journal of Sex Research*. 2015;52(1):83-97.
6. Porter A, Cooper S, Henry M, Gallo J, Graefe B. The nature of peer sexual health communication among college students enrolled in a human sexuality course. *Am J Sex Educ*. 2019;14(2):139-51.
7. Rivera F, Proano L. La influencia de los pares y la familia en el inicio de la actividad sexual en adolescentes. *Augusto Guzzo Revista Académica*. 2017;1(19):39-53.
8. Philippe F, Vallerand R, Bernard-Desrosiers L, Guilbault V, Rajotte G. Understanding the cognitive and motivational underpinnings of sexual passion from a dualistic model. *J Pers Soc Psychol*. 2017;113(5):769.
9. Lorenzo B, Mirabal G, Rodas A, González M, Botín del Llano L. Intervención de enfermería sobre educación sexual en adolescentes. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2018; 3(3):138-41.
10. Benavides Torrees R, Castillo Arcos LC, López Rosales F, Onofre Rodríguez DJ. Promoción de la salud sexual en jóvenes. México: Manual Moderno; 2013.
11. Hutchinson M, Cooney T. Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for intervention. *Fam Relat*. 1998;47(2):185-94.
12. Fernández A, McFarlane M, González R, Díaz L, Betancourt-Díaz E, Cintrón-Bou F, et al. Actitudes hacia la comunicación sexual entre padres/madres y adolescentes en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2017;28(1):80-95.
13. Hu L, Bentler P. Evaluating model fit. En: Hoyle RH, editor. *Structural equation modeling. Concepts, issues, and applications*. London, England: Sage Publications; 1995.
14. Browne M, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. En: Bollen KA, Long JS, editores. *Testing structural equation models*. EE.UU.: Sage Publications; 1993. pp. 136-162.
15. Cole D, Maxwell S. Multitrait-multimethod comparisons across populations: A confirmatory factor analytic approach. *Multivariate Behav Res*. 1985;20(4):389-417.
16. Esparza D, Dimmitt Ch, Moreno M, Tovar M, Flores A. Mexican adolescents' self-reports of parental monitoring and sexual communication for prevention of sexual risk behavior. *J Pediatr Nurs*. 2017;35:83-9.
17. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(3):243-53.
18. Waterman E, Wesche R, Lefkowitz E. Longitudinal correlates of peer sexual communication quality in late adolescence. *Sex Res Social Policy*. 2018;15(4):421-32.
19. Cancino A, Valencia M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatol Reprod Hum*. 2015;29(2):76-82.
20. Widman L, Golin C, Kamke K, Burnette J, Prinstein M. Sexual assertiveness skills and sexual decision-making in adolescent girls: Randomized controlled trial of an online program. *Am J Public Health*. 2018;108(1):96-102.
21. Guevara B, Robles M, Rodríguez C, Frías A. Comunicación con padres, comportamiento sexual e indicadores de abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad visual. *Psychol Av Discip*. 2016;10(1):79-90.
22. Benavides Torres RA. An interaction model of parents' and adolescents' influences on Mexican adolescents intentions for contraception and condom use [tesis doctoral en Internet]. [Austin]: University of Texas, School of Nursing; 2007. Disponible en: <https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/3465?show=full>
23. Márquez M. Intervención sobre comunicación sexual para padres en comunidades urbano-marginadas [tesis doctoral en Internet]. [Nuevo León]: Universidad Autónoma de Nuevo León, Ciencias de Enfermería; 2012. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/3100/>
24. McLaurin-Jones T, Lashley M, Marshall V. Using qualitative methods to understand perceptions of risk and condom use in African American College Women: Implications for sexual health promotion. *Health Educ Behav*. 2017;44(5):805-14.
25. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar S, Nesi J, Garrett K. Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: A meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2016;170(1):52-61.
26. Widman L, Choukas-Bradley S, Helms S, Golin C, Prinstein M. Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *J Sex Res*. 2014;51(7):731-41.

Experiencias de aprendizaje en enfermería durante la enseñanza remota de emergencia

Rodrigo Montero-Díaz* y Rosa M. Ostiguín-Meléndez

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

Resumen

Introducción: La contingencia por COVID-19 y su prevalencia comenzó una carrera contra el tiempo para dar continuidad a los procesos de enseñanza y de aprendizaje, haciendo necesaria una planeación didáctica emergente: la enseñanza remota de emergencia (ERE). Para la educación en enfermería ha implicado un reto, ya que cuenta con una estructura curricular donde las prácticas clínicas tienen un importante valor formativo y con una tradición presencial en espacios hospitalarios. **Objetivo:** Identificar las experiencias del alumnado de enfermería respecto a las prácticas clínicas de una universidad pública durante la ERE. **Metodología:** El estudio fue cualitativo con perspectiva fenomenológica; el muestreo fue abierto o por conveniencia y participaron un total de 10 estudiantes de una universidad pública de enfermería. La entrevista semiestructurada se llevó a cabo vía Zoom. Se transcribieron las entrevistas y se analizaron los datos. Se siguieron las normas éticas de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. **Resultados:** Los ejes que atravesaron las experiencias significativas del alumnado fueron: 1) la enseñanza de la práctica a distancia con medios virtuales; 2) desarrollo de habilidades clínicas; 3) recursos para el aprendizaje práctico; 4) la evaluación de la práctica, y 5) el desempeño docente. **Conclusiones:** La enseñanza de la práctica clínica se atendió de forma limitada, ya que las expectativas del alumnado se han situado en la presencialidad. Esta dimensión socioafectiva del aprendizaje es muy relevante para el desarrollo de sus competencias profesionales en el alumnado. Las estrategias docentes más efectivas durante la ERE fueron los casos clínicos.

Palabras clave: Educación a distancia. Enfermería. Educación en enfermería. Pandemia COVID-19.

Learning experiences in clinical practices during Remote Emergency Teaching: the nurse student's perspective

Abstract

Introduction: The contingency by COVID-19 and its prevalence started a race against time to give continuity to the teaching and learning processes, making an emergent didactic planning necessary: Remote Emergency Teaching (ERT). For nursing education it has implied a challenge as it has a curricular structure where clinical practices have an important educational value and with a face-to-face tradition in hospital spaces. **Objective:** To identify the experiences of nursing students about to the clinical practices of a public university during the ERT. **Methodology:** The study was qualitative with a phenomenological perspective; the sampling was open or by convenience and a total of 10 students from a public nursing university participated.

*Correspondencia

Rodrigo Montero-Díaz
E-mail: montero.diaz.unam@gmail.com

Fecha de recepción: 30-11-2021
Fecha de aceptación: 13-03-2022

Disponible en internet: 03-10-2023
Rev Mex Enf. 2023;11(3):90-95
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Montero-Díaz R, Ostiguín-Meléndez RM. Experiencias de aprendizaje en enfermería durante la enseñanza remota de emergencia. Rev Mex Enf. 2023;11:90-95.
2339-7284 / © 2022 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The semi-structured interview was conducted via Zoom. Interviews were transcribed and data analyzed. Ethical standards in accordance with the World Medical Association and the Declaration of Helsinki were followed. **Results:** The topics that crossed the significant experiences of the students were: 1) The teaching of distance practice with virtual tools; 2) Development of clinical skills; 3) Resources for practical learning; 4) The evaluation of practice, and 5) The performance of the teachers. **Conclusions:** The teaching of clinical practice was attended in a limited way and the expectations of the students have been on-site learning. This socio-affective dimension of learning is very relevant for the development of their professional skills in students. The most effective teaching strategies during the ERE were clinical cases.

Keywords: Education distance. Nursing. Education nursing. COVID-19 pandemic.

Introducción

La contingencia actual por enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha representado un profundo reto para la educación y sus actores, los cuales se han ajustado para lograr el cumplimiento de los planes curriculares de cada una de las instituciones educativas universitarias.

La necesidad de continuar los procesos educativos implicó transitar a la modalidad de enseñanza remota de emergencia (ERE), que como mencionan Hodges et al.¹ es una forma alternativa de dar clases por un tiempo debido a una crisis, a una fuerza mayor que no permite impartir la instrucción de la manera original.

La ERE ha demandado una serie de desafíos para lograr la continuidad del proceso de enseñanza y de aprendizaje, tales como ajustar la infraestructura y las herramientas para implementarla¹, replantear los aspectos teóricos y metodológicos necesarios para la transición a una modalidad educativa a la que no todos están habituados² o pasar de experiencias de formación presenciales a plataformas digitales, que han puesto de manifiesto que el aislamiento social trae como consecuencia la desigualdad y la generación de brechas entre sectores de la sociedad³, entre otros.

En este sentido, es importante considerar que bajo esta modalidad el diseño de las actividades de aprendizaje atienden una lógica distinta, como refiere la Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia (CUAIEED), en su Informe sobre la transición de los profesores de la Universidad Nacional Autónoma de México a la educación remota de emergencia durante la pandemia⁴, mencionando la relevancia de proveer a los docentes de herramientas y estrategias prácticas con énfasis en sus estudiantes y modificar los esquemas de evaluación y retroalimentación.

La CUAIEED enfatiza que para la ERE es necesario: priorizar el currículo de la formación docente, focalizar la atención según el nivel educativo, mejorar la imagen de la educación a distancia, generar emociones positivas en el profesorado, facilitar los usos pedagógicos de

tecnologías por parte del cuerpo docente e impulsar el involucramiento del alumnado⁴.

En el caso de las carreras de las ciencias de la salud como enfermería, se tiene un gran peso en el componente práctico para el desarrollo de habilidades y destrezas profesionales, por lo que la ERE fue un reto.

En el marco de la formación en enfermería, la enseñanza simulada fue clave para aproximar al alumnado, en lo posible, a una práctica profesional. Actualmente existen universidades que cuentan con espacios para la simulación clínica; por ejemplo, en México se tienen antecedentes que desde 2013⁵ la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) cuenta con laboratorios de enseñanza clínica para la formación en enfermería, en donde se ofrecen escenarios para fortalecer la enseñanza práctica por medio de simuladores de diversos tipos y niveles. Aun así, fue un reto.

Por sí sola la ERE ha representado un desafío mayúsculo, ha requerido de la incorporación de estrategias y métodos novedosos en un contexto de enseñanza en línea, no obstante, poco se sabe sobre el aprendizaje para el desarrollo de habilidades, destrezas y competencias clínicas en disciplinas con un fuerte componente práctico como lo es la enfermería.

Sin duda la ERE ha implicado una reingeniería de los procesos de enseñanza clínica, trabajo sobre el cual las academias, el profesorado y el alumnado han tenido que participar para atender el cumplimiento de las prácticas, por ello resulta importante explorar y analizar, en voz del alumnado de enfermería, cuáles fueron sus experiencias de aprendizaje en las prácticas clínicas durante la ERE.

El objetivo del presente estudio fue identificar las experiencias de aprendizaje del alumnado de la Licenciatura en Enfermería (LE) y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO) durante su periodo de prácticas clínicas en una universidad pública durante la ERE. En el caso del profesorado, el estudio respectivo lo realizó la UNAM por medio de la CUAIEED, y si bien no es específico de la enfermería, configura las opiniones y habilidades de los docentes en el tema.

Metodología

El presente estudio fue cualitativo con perspectiva fenomenológica. El muestreo fue abierto, por conveniencia y se realizó por medio de una convocatoria pública por Facebook para estudiantes de la LE y la LEO de una universidad pública, de los diversos semestres que quisieran participar en el estudio, la convocatoria inició a los 15 días posteriores a la conclusión del semestre y solo duró un mes, ya que la vigencia de la pandemia y sus implicaciones en los procesos de aprendizaje y de enseñanza apremiaban recuperar la percepción del alumnado sobre su aprendizaje lo más pronto posible. Respondieron nueve estudiantes: uno se destinó para estandarizar la guía de entrevista (piloto), el resto se constituyeron en informantes, todos autorizaron la entrevista. Posteriormente se invitó a dos estudiantes correspondientes al 4.º y 2.º semestre con el propósito de tener una representatividad de los cuatro semestres del ciclo escolar 2021-2022. De este modo se constituyó una muestra final de 10 informantes que permitieron la saturación narrativa.

La entrevista se llevó a cabo mediante una plataforma virtual en atención a la guía de entrevista semiestructurada, que constó de cuatro preguntas sustantivas: ¿qué te pareció la enseñanza práctica a distancia por medios virtuales?, ¿qué habilidades clínicas pudiste desarrollar con tu profesor en las circunstancias actuales de enseñanza?, ¿qué estrategias o trabajos pidió tu profesor para evaluar la práctica clínica?, ¿qué te pareció el desempeño docente durante el periodo práctico en las circunstancias actuales de enseñanza? Las entrevistas se llevaron a cabo en horarios definidos por los participantes. El periodo de entrevistas fue del 22 de febrero al 5 de marzo del 2021. La guía partió para su construcción de un análisis del concepto aprendizaje clínico, para la elaboración de los indicadores. Finalmente se transcribieron las entrevistas y se analizó la información por medio de minería de datos.

Consideraciones éticas

Al inicio de la entrevista se atendió el consentimiento informado, mismo que quedó grabado. Se siguieron las normas éticas de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Se guardó el anonimato de los informantes por medio de identificarlos por colores.

Resultados

Descripción de informantes

El alumnado que participó en su mayoría pertenecía al sexo femenino (7) y la menor parte al masculino (3): cinco cursaban quinto semestre, tres el séptimo, uno de tercero y uno de primero, dos pertenecían a la LE y ocho a la LEO.

Hallazgos

A partir del análisis de la información se identificaron cinco temas sobre los cuales se centraron las experiencias significativas del alumnado: 1) la enseñanza de la práctica a distancia con medios virtuales; 2) desarrollo de habilidades clínicas; 3) recursos para el aprendizaje práctico; 4) la evaluación de la práctica, y 5) el desempeño docente.

LA ENSEÑANZA DE LA PRÁCTICA A DISTANCIA CON MEDIOS VIRTUALES

La enseñanza de la práctica a distancia con recursos virtuales a partir de los discursos se reconoce como compleja en la ERE, en tanto que en la práctica no existe «presencialidad»: «Es un poco complejo, imagínate, no es lo mismo que lo veas presencialmente en un hospital o en un laboratorio de la escuela, aparte la fidelidad de los vídeos realmente no es lo mismo» (blanco).

La percepción de «prácticas satisfactorias» o «devastadoras» por parte del alumnado surge a partir de la percepción que tuvieron de la figura docente. La figura docente durante la enseñanza de la práctica fue vista como positiva cuando transmitía disposición y apertura para resolver dudas y atender necesidades académicas o personales: «bastante satisfactoria, ya que ambos profesores estuvieron siempre dispuestos, fueron muy abiertos con todo el grupo en cuanto a resolver nuestras dudas, atender las necesidades y pues igual en los temas [...], también se preocuparon no solamente por el ámbito académico sino también por el personal, el emocional, el físico de cada uno de nosotros» (rojo).

Por otro lado, la enseñanza de las prácticas era percibida como negativa cuando el profesorado no mantenía un ritmo de clases sincrónicas, lo que propiciaba la idea de que el alumnado buscará su aprendizaje sin acompañamiento: «[...] de mis profesores yo no sentía que realmente estuviera aprendiendo, como que tuve que buscar por mis propios méritos» (amarillo).

«»

EL DESARROLLO DE HABILIDADES CLÍNICAS

Un segundo tema en la experiencia de la ERE en el alumnado fue el desarrollo de habilidades clínicas. Estas fueron percibidas como «difíciles» por no tener una práctica real, tratar de realizarlo con personas y situaciones fuera de contexto o, sencillamente, por no tener contacto con los pacientes: «[refiriéndose a el desarrollo de habilidades clínicas] Sí, pero no las suficientes como me hubiera gustado, creo que realmente el estar en contacto con las personas es lo que te ayuda» (rosa), «[refiriéndose a la práctica durante la ERE] No lo podía realizar de la misma forma [...] un muñeco o una persona que no tenía el conocimiento de lo que era no sabía ni cómo ayudarme a pesar de explicarle lo que yo tenía que realizar» (azul).

No obstante, algunos consideraron que desarrollaron habilidades a la par de haber abordado los elementos teóricos, sin embargo reconocen la necesidad de practicar: «[refiriéndose a qué tan hábil se considera] Siento que sería cuestión de práctica conforme vaya pasando tiempo para perfeccionar mis habilidades» (verde), «Siento que las habilidades sí fueron desarrolladas, pero en un 50-50, tengo la teoría, pero la práctica real debo todavía como desarrollarla un poco más» (rojo), «Considero que tengo la parte teórica, pero sí necesito a fuerzas las prácticas porque no he realizado un tacto vaginal, para ver la dilatación y el borramiento» (azul).

Es notable en sus testimonios que, a pesar de un acompañamiento docente y la adquisición de conocimientos teóricos, la ausencia de una práctica real impacta directamente en la percepción que tienen del desarrollo de sus habilidades clínicas: «No me considero tan hábil, [...] sí tenemos los conocimientos teóricos y también la asesoría de los profesores, pero no es lo mismo a que estés en un hospital» (blanco).

En algunos casos el alumnado consideró que no desarrolló ningún tipo de habilidad y que el semestre fue «una pérdida total», esto coincide con escenarios en los que existió un limitado acompañamiento docente durante la ERE: «[refiriéndose al desarrollo de habilidades clínicas] Ninguna, la verdad no... medio aprendí a valorar y puedo decir medio porque todo fue autoenseñanza, porque todo lo tenía que buscar yo, todo lo encontraba yo o en bibliografía sugerida» (negro).

RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE PRÁCTICO

Durante el aprendizaje práctico en la modalidad de ERE se notó el ingenio y la creatividad del profesorado y el alumnado para poder sustituir las experiencias

prácticas: «[refiriéndose a los recursos solicitados para la práctica] Teníamos que representar a una embarazada, así que le pedí un vestido a mi hermana, se lo puse a una almohada y una pelota y con pantalones y toallas hice una representación» (verde), «Tuvimos nuestras entrevistas por vía remota por Zoom con nuestras embarazadas y hacíamos un seguimiento» (morado), «[refiriéndose a los recursos solicitados para la práctica] Un vídeo bañando un nenuco y hacer un vídeo de puras cosas así, teníamos que ponernos nuestro uniforme y todo eso» (amarillo), «...para los vídeos también tuve que buscar una pelvis, dibujarla en cartón, pintarla y ya de ahí hacer mi vídeo» (blanco).

Hubo recursos para el aprendizaje que el alumnado no reconocía como estrategias para desarrollar habilidades prácticas, como resúmenes, infografías o guías de preguntas, asimismo denotaron que en algunos casos durante la ERE, la participación docente se realizaba de manera asincrónica: «[refiriéndose a los recursos solicitados para la práctica] Pues no nos pidieron como vídeos, ni que enseñáramos cómo se tenía que hacer el procedimiento ni nada de eso, era realmente puro teórico, tú tenías que hacer tus infografías o un resumen y ya» (negro), «Durante todas las prácticas [...] tuvimos tres, si acaso cuatro sesiones en las que nos daban un caso clínico y solo nos dejaron contestar una guía de preguntas» (amarillo).

LA EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA

El alumnado refirió diversas estrategias para ser evaluados en las prácticas clínicas durante la ERE, tales como: casos clínicos (grupales e individuales), vídeos (realizando procedimientos clínicos), proceso de atención de enfermería (PAE), plan de cuidados de enfermería (PLACE), resúmenes, ensayos, mapas conceptuales, infografías, entrevistas con pacientes vía remota y cursos en línea: «[refiriéndose a la evaluación de la práctica] Se centró sobre todo en la elaboración de los vídeos, en los casos clínicos que eran individuales y grupales» (rosa), «Hacíamos entrevistas de enfermería, hubo una nota de enfermería y nuestro PAE» (morado), «Nos mandó a realizar cursos en línea pero no fueron muy buenos» (verde).

En algunos casos el acompañamiento docente fue disminuyendo a lo largo del semestre y la práctica fue substituida por la entrega de trabajos escritos: «[sobre su evaluación durante la ERE] No tenía clases, pero tenía que hacer como 20 resúmenes de 20 artículos» (negro), y poco conocía el resultado aplicativo de haber respondido al cuestionario para la práctica.

EL DESEMPEÑO DOCENTE

En cuanto a la opinión del desempeño docente, los discursos del alumnado elogiaron o desvirtuaron el desempeño docente a partir de ciertas características.

Elementos positivos para el aprendizaje de la práctica durante la ERE fueron: el desempeño docente, el entusiasmo por enseñar, el empeño durante las clases y el resolver dudas: «El desempeño docente fue bueno, como te mencionaba se veían mucho las ganas de enseñar» (verde), «Es muy bueno enseñando, realmente ama lo que hace y ama lo que enseña» (Marrón), «Reconozco que hicieron un gran esfuerzo [...], se permitieron aclarar nuestras dudas» (rosa).

Por otro lado, desvirtúan el desempeño docente por: no cumplir con los horarios designados de clase, sustituir la ERE por un modelo de enseñanza-aprendizaje asincrónico, no mostrar disposición frente al grupo y tener una actitud desinteresada ante demandas de aprendizaje del grupo: «[refiriéndose al desempeño docente] La verdad, muy pobre [...], no teníamos clases muy seguidas y te digo que las maestras pues no estaban como muy a nuestra disposición» (café), «[refiriéndose a una conversación con su docente] Nos dijo que no nos preocupáramos tanto por las prácticas del primer semestre de obstetricia porque era puro control prenatal y eso de todas formas lo íbamos a ver toda la carrera, que no nos preocupamos por nuestro bloque práctico» (amarillo).

Por otra parte, el alumnado manifiesta apatía ante la modalidad de ERE dado que tienen la opción de no hacerse visibles en la clase: «[refiriéndose al desempeño del grupo] Me ha tocado con grupos muy apáticos y más en esta modalidad» (verde), «Somos muy apáticos, nadie enciende su cámara» (morado).

Discusión

El alumnado reconoció la actitud docente como un elemento fundamental durante la ERE, coincidentemente con lo reportado por Torres⁶ sobre el profesorado que promueve el aprendizaje en línea, el cual debe poseer una combinación de atributos socioafectivos, como ser comprensivos, pacientes, empáticos, amables u optimistas.

En coincidencia, Abanades⁷ reporta que los profesores que tienen la posibilidad de crear empatía, saber escuchar y poseen manejo en la competencia digital serán elegidos y denominados por el alumnado como buenos docentes. Por lo que se debe priorizar el desarrollo y adquisición de competencias socioafectivas del profesorado para el éxito en la ERE.

En cuanto a la planeación didáctica se recupera la importancia de poseer diversas estrategias de enseñanza-aprendizaje para el alumnado, la ERE propicia escenarios de creatividad e imaginación en el alumnado, sin embargo reconocen la complejidad de ello, aun así consideran que hacen falta más y mejores recursos en línea para llevar a cabo una práctica clínica.

Diversificar los recursos digitales para llevar a cabo una clase es importante durante la ERE. Choe et al.⁸ mencionan seis estilos didácticos como recursos de aprendizaje en línea que pueden producir resultados de aprendizaje: Classroom Classic, Weatherman, Demostración, Learning Glass, Pen Tablet, Interview, Talking Head y Slides On/Off, aunque no necesariamente se sitúan en el componente práctico, empero las experiencias del alumnado enfatizan la importancia de docentes que sepan adaptarse al modelo de educación virtual.

Los casos clínicos fueron una alternativa efectiva durante la ERE, en tanto que coadyuvaban al pensamiento crítico durante las prácticas, esto coincide con Riegel et al.⁹, que los ejercicios como simulación, discusiones clínicas basadas en casos, juego de roles y discusiones grupales son recursos didácticos adecuados para la enseñanza práctica en línea. Es importante destacar que la simulación sin acompañamiento no abona a las habilidades prácticas, asimismo el alumnado tiene la noción de que llevar a cabo actividades desvinculadas a un ejercicio procedimental, es decir actividades escritas, es semejante a no haber llevado ningún contenido práctico.

Moore y Montejo¹⁰ coinciden con la aceptación del alumnado sobre los casos clínicos, ya que mencionan que el uso de casos de pacientes virtuales facilita eficazmente el aprendizaje clínico de practicantes durante la ERE.

Es de considerar que la educación en enfermería en nuestro país aún no cuenta con *softwares* pedagógicos que posibiliten un mayor aprendizaje durante la práctica en línea del alumnado, como lo son las simulaciones virtuales que pueden servir como una plataforma efectiva para el desarrollo de habilidades de liderazgo, desarrollando la comunicación, el trabajo en equipo y la conciencia de la situación nacional¹¹.

Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue identificar las experiencias de aprendizaje del alumnado de la LE y LEO en las prácticas clínicas de una universidad pública durante la ERE. Las experiencias de aprendizaje del alumnado que participó en el estudio, aunque no son

representativas de todo el alumnado de la universidad, dejan entrever que el aprendizaje práctico durante el periodo de confinamiento no tiene el alcance de los escenarios simulados o reales, sin embargo, ante la pandemia vigente es incuestionable la necesidad de replantear la dirección de la educación en enfermería, ya que no se puede depender únicamente de los escenarios reales de práctica. Se sugiere impulsar competencias digitales en el profesorado y el alumnado.

En la ERE la actitud docente es un elemento determinante de experiencias de aprendizaje positivas en el alumnado, se identificaron atributos docentes como la disposición para atender las necesidades académicas, personales y emocionales; el entusiasmo por enseñar, el empeño durante las clases, el resolver dudas y la preocupación por transmitir conocimiento a pesar de las dificultades tecnológicas.

Por otro lado, a pesar de las limitaciones en la modalidad de ERE se evidencia el desarrollo del pensamiento crítico, el elemento del «saber hacer» los procedimientos como precursor de la toma de decisiones clínicas, sin embargo el alumnado coincide en la necesidad de llevar a cabo una práctica real para mejorar sus aprendizajes.

Las limitaciones del estudio se vieron en la muestra, dada la limitada participación de estudiantes de los primeros semestres de las carreras.

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 ningún tipo de 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.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Nobile C, González L. Desafíos y propuestas en el ingreso a la Universidad en tiempos de aislamiento. *TE & ET.* 2021;28:274-81.
2. Galindo D, García L, García R, González P, Hernández P, López M, et al. Recomendaciones didácticas para adaptarse a la enseñanza remota de emergencia. *Revista Digital Universitaria.* 2020;21(5):1-13.
3. Portillo S, Castellanos L, Reynoso O, Gavotto O. Enseñanza remota de emergencia ante la pandemia Covid-19 en Educación Media Superior y Educación Superior. *Propósitos y Representaciones.* 2020;8(SPE3).
4. Universidad Nacional Autónoma de México. Transición de los profesores de la UNAM a la educación remota de emergencia durante la pandemia [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría General; 2020. Disponible en: https://cuaieed.unam.mx/descargas/Informe%20Ejecutivo_Encuesta_Docentes_UNAM_CUAIEED_VF.pdf
5. Boletín Electrónico Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Inaugura la ENEO Centro de Enseñanza Clínica Avanzada. Distrito Federal, México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2013.
6. Torres G. Características, conductas y herramientas docentes que promovieron el aprendizaje en línea en estudiantes universitarios durante la COVID-19. *Rev Innova Educ.* 2021;2(3):454-68.
7. Abanades M. La crisis de salud, de bienestar emocional y de competencias para ser un buen docente. *Revista de Comunicación y Salud.* 2021;10(2):249-63.
8. Choe RC, Scurec Z, Eshkol E, Cruser S, Arndt A, Cox R, et al. Student satisfaction and learning outcomes in asynchronous online lecture videos. *CBE Life Sci Educ.* 2019;18(4):ar55.
9. Riegel F, Gue J, Bresolin P, Mohallem A, Gomes C, Gonçalves A. Desarrollando el pensamiento crítico en la enseñanza en Enfermería: un desafío en tiempos de la pandemia Covid-19. *Esc Ann. Nery.* 2021;25(spe):1-5.
10. Moore J, Montejó L. Case-based learning: Facilitating nurse practitioner clinical learning with virtual patient cases. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2021;34(1):129-34.
11. Hinic K. Evidence-based virtual learning experiences for the Clinical Nurse Leader Capstone. *J Nurs Care Qual.* 2021;36(4):E59-E62.

Conocimiento y habilidad de los profesionales de enfermería sobre lactancia materna

Jazmín A. Rangel-Rojas*, Jesús A. Calvillo-Castañeda, Cazandra Guevara-García,
Liliana P. Hernández-Hernández, Leisly Y. Ibarra-Delgado y Ana C. Cornejo

Departamento de Enfermería, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, Ags., México

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y habilidad en lactancia materna de los profesionales de enfermería. **Métodos:** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. Realizado en el Hospital de la Mujer en Aguascalientes, Ags., México. Muestreo por conveniencia con un total de 62 profesionales de enfermería a los que se aplicó el instrumento ECoLaE con 0.866 de alfa de Cronbach. **Resultado:** En cuanto a conocimiento, el 46.77% obtuvo un nivel «Muy insuficiente» y ningún profesional obtuvo una calificación «Excelente»; y en relación con la habilidad, el 50% obtuvo un puntaje «Muy insuficiente», mientras que el 11.3% obtuvo una calificación «Excelente». **Conclusión:** Se deben replantear las estrategias de capacitación, las cuales deben estar basadas en la evidencia, bajo un enfoque andragógico, además de una evaluación constante con énfasis en las áreas de oportunidad, para desarrollar al máximo los conocimientos y habilidades necesarios para apoyar, proteger y promover la lactancia materna.

Palabras clave: Conocimiento. Habilidad. Lactancia. Capacitación. Enfermería.

Nursing professionals' knowledge and skills in breastfeeding

Abstract

Objective: To determine the level of knowledge and skill in breastfeeding of nursing professionals. **Methods:** Descriptive, quantitative, cross-sectional study. Conducted at the Hospital de la Mujer in Aguascalientes, Ags., Mexico. Convenience sampling with a total of 62 nursing professionals who were administered the ECoLaE instrument with Cronbach's alpha 0.866. **Results:** In terms of knowledge, 46.77% obtained a "Very insufficient" level, and not a single professional obtained an "Excellent" rating, and in terms of ability, 50% obtained a "Very insufficient" score, while 11.3% obtained an "Excellent" rating. **Conclusion:** Evidence-based strategies should be implemented to increase staff training and ongoing evaluation with emphasis on areas of opportunity to maximize the knowledge and skills needed to support, protect and promote breastfeeding.

Keywords: Knowledge. Skill. Breastfeeding. Nursing.

*Correspondencia:

Jazmín A. Rangel-Rojas
E-mail: jazmin36rangel@gmail.com

Fecha de recepción: 17-05-2022
Fecha de aceptación: 08-08-2022

Disponible en internet: 03-10-2023
Rev Mex Enf. 2023;11(3):96-102
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Rangel-Rojas JA, Calvillo-Castañeda JA, Guevara-García C, Hernández-Hernández LP, Ibarra-Delgado LY, Cornejo AC. Conocimiento y habilidad de los profesionales de enfermería sobre lactancia materna. Rev Mex Enf. 2023;11:96-102. 2339-7284 / © 2022 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La lactancia materna (LM) es una práctica antigua y es la mejor manera de alimentación de un recién nacido, sin embargo ha cambiado constantemente de acuerdo con las necesidades de la población infantil y respecto a las condiciones socioeconómicas de la población. Es importante continuar con la promoción de la mejor manera de alimentación para los inicios de todo ser humano, considerando el fortalecimiento de vínculos afectivos entre el bebé y su madre.

La lactancia es una práctica tan antigua como la vida misma, por lo que quizá no se considere la importancia de enseñar sobre esta técnica. Peor por muy simple que parezca, es necesario que el profesional de la salud posea las competencias para promoverlo, se requieren conocimientos, habilidades y actitudes en quienes día a día tienen contacto con la madre y el bebé. Estos aspectos han demostrado su eficacia para mejorar el índice de lactancia, de satisfacción y el aprovechamiento eficaz de los recursos.

De acuerdo con algunas investigaciones y la realidad de algunas instituciones, se sabe que el conocimiento y la habilidad del personal de salud no se encuentra en niveles esperados, pues la mayoría son más eficaces en la práctica que en la teoría.

Debido a que el Hospital de la Mujer en Aguascalientes, México, está dedicado a la asistencia sanitaria de alta especialidad en las áreas de ginecología, obstetricia y neonatología, es importante que los profesionales se encuentren en un nivel alto de conocimiento y habilidad, puesto que forman parte de una institución líder en la atención madre e hijo, esencialmente enfermería, pues actúa como autoridad en la promoción de la salud y como primer contacto con los pacientes.

El presente artículo tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y habilidad en LM de los profesionales de enfermería, así como sus variables intervinientes, con la finalidad de conocer fortalezas y debilidades en estas áreas, y de esta manera implementar estrategias basadas en la evidencia que mejoren la calidad de las intervenciones y consultoría de enfermería ante la LM.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia constituido por 62 profesionales de enfermería que laboran en el Hospital de la Mujer, de sexo y grado académico indistinto y con

voluntad de participar en la investigación, y eliminando a aquellos sujetos cuyos instrumentos cuenten con al menos una pregunta de evaluación o una pregunta sociodemográfica omitida, e instrumentos con consentimiento informado sin firmar. Para la recopilación de datos se utilizó la Escala de Conocimientos en Lactancia materna en su versión para profesionales de enfermería (ECoLaE)¹, con un alfa de Cronbach de 0.866, que evalúa conocimientos básicos y habilidades en el manejo cotidiano de problemas relacionados con la lactancia como fisiología y problemas en los primeros días, así como problemas tardíos, de la evaluación de la toma, compatibilidad de fármacos con lactancia y actitudes. Está compuesto por un total de 31 ítems, para esta investigación se utilizan 22 de ellos, 14 preguntas dicotómicas (verdadero o falso), 7 preguntas tipo test con cuatro opciones de respuesta y una pregunta abierta, cuya puntuación máxima son 26 puntos. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 15 minutos. Para su evaluación, el cuestionario original (ECoLa) categoriza las puntuaciones como notas para hacerlas fácilmente interpretables: < 55% «Muy insuficiente», 55-70% «Insuficiente», 70-85% «Bien» y > 85% «Excelente».

Además de las variables de estudio conocimientos y habilidades, también fueron estudiadas las variables intervinientes, que para esta investigación se consideraron las sociodemográficas y el grado académico, así como la antigüedad laboral. Para el análisis estadístico se realizó una matriz de datos en el programa estadístico SPSS versión 22. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes por medio del análisis estadístico descriptivo, y se realizaron tablas cruzadas para determinar la relación entre las variables, mostrando los resultados de manera textual y en forma de tablas y gráficos.

Resultados

Fueron aplicados 143 instrumentos, de los cuales solo 62 cumplieron con los criterios de investigación. El profesional de enfermería que predominó fue «Licenciado» en enfermería con el 54.9% y el sexo «Femenino» con el 80.6%, el rango de edad de los participantes estuvo entre 21 y 40 años, con «más de 11 años» de trayectoria laboral en el hospital.

El 61.2% de los sujetos de estudio tienen hijos, por lo que es de esperarse que tengan experiencia directa con la lactancia, sin embargo no es así, ya que solo el 56.5% tienen experiencia personal o de pareja en LM.

En cuanto a la formación sobre LM, los enfermeros manifestaron que la calidad de la formación en los

últimos cinco años ha sido «Satisfactoria» y «Muy satisfactoria» con 54.8 y 21% respectivamente, misma que la mayoría del personal encuestado la han recibido a través de cursos, pues el 90.3% ha recibido algún curso sobre LM. Por consiguiente, solo el 16.1% expresa estar «Totalmente preparado», sin embargo el 91.9% cree ser un experto en identificar y aportar soluciones a los problemas específicos de LM, mencionando como razones que es parte de su trabajo, por el bien de sus pacientes y familias, además de ser un motivo de consulta frecuente, aunque llama la atención que el 4.8% de los encuestados manifestaron que la identificación y la aportación de soluciones a los problemas específicos de la LM no es parte de su trabajo.

Tras evaluar el conocimiento y habilidad, se obtuvo: en el área de conocimiento un 47% presentó un nivel de conocimiento muy insuficiente, el 26% un nivel insuficiente y el 27% un nivel bueno.

En cuanto a la habilidad en LM, solo el 11% tiene un nivel excelente, el 19% tiene un nivel bueno, otro 19% tiene un nivel insuficiente en la habilidad y el 50% presenta un nivel muy insuficiente.

Respecto a la pregunta abierta que solicitó que se enumerarán cinco características de un enganche eficaz que se podrían utilizar para evaluar una toma, con la finalidad de identificar las principales respuestas para determinar cuáles son las más comunes, al haber diversidad de respuestas y no en todos los casos incorrectas, nos hizo analizar la falta de homogeneidad de la información, lo que puede llegar a confundir a las madres que reciben dicha capacitación.

De acuerdo con los resultados el tema con mayor dominio es el de «Indicaciones del uso de leche de fórmula» y los temas de menor dominio son «Evaluación de la toma» y «Actitudes» frente a problemas relacionados con la lactancia.

Relación entre las características sociodemográficas y los niveles de conocimiento y habilidad

En el área de conocimiento predominan los licenciados, especialistas y técnicos en el nivel «Bueno», aunque en los niveles «Muy insuficiente» se encuentran la mayoría de los licenciados, técnicos y másteres. En el área de habilidad, se observa que en el nivel «Excelente» predominan los licenciados, en tanto que la mayoría de los especialistas y másteres se encuentran en los niveles insuficientes.

En antigüedad laboral, en el área de conocimiento sobresalen los enfermeros con más de 11 años trabajando en el hospital, aunque la mayoría se encuentra en los niveles insuficientes. Del mismo modo, en el área de habilidad quienes tienen más años de antigüedad se encuentran en los niveles bajos, aunque también sobresalen en el nivel «Excelente».

En el número de hijos, quienes tienen tres hijos o más predominan en los niveles «Muy insuficiente» e «Insuficiente» del área de conocimiento. Así como el mayor porcentaje de profesionales afirman tener experiencia personal de lactancia y, sin embargo, se encuentran en el nivel «Muy insuficiente». De la misma forma, en el área de habilidad quienes tienen el mayor número de hijos se encuentran en niveles insuficientes, mientras que en el nivel «Excelente» predominan quienes no tienen ningún hijo y quienes tampoco tienen experiencia personal.

Acercas de la calidad de la formación en el área de conocimiento, en el nivel «Bueno» se encuentran quienes la consideraron «Satisfactoria» y «Muy satisfactoria», aunque también quienes la consideran de esta manera son los profesionales que se encuentran en el nivel «Muy insuficiente». En habilidad, el mayor porcentaje de profesionales la consideraron «Satisfactoria» y se encuentran en un nivel «Muy insuficiente» al igual que en «Excelente».

Como mayor fuente de conocimiento predominan los cursos y la experiencia personal en el nivel «Bueno», al igual que en el nivel «Muy insuficiente» sobresale como fuente principal los cursos en el área de conocimiento. Mientras que en el área de habilidad predominan los cursos, la experiencia personal y «otros compañeros» en los niveles insuficientes y «Excelente».

En conocimiento, el profesional con la mayor cantidad de cursos se encuentra en el nivel «Muy insuficiente» con ocho cursos y en «Bueno» con cinco cursos, al igual que un porcentaje considerable se encuentra en este nivel con uno y dos cursos. En habilidad, ocho cursos se ubican en «Excelente», así como cinco cursos en «Bueno».

Asimismo, en conocimiento, el mayor porcentaje de profesionales que afirmaron que deberían ser expertos en LM se encuentran en el nivel «Muy insuficiente», y en el nivel «Bueno» predominan quienes mencionan que no deberían ser expertos. Al igual que en todos los niveles, se cree que deberían ser expertos solo por ser parte de su trabajo, aunque en el nivel «Bueno» lo hacen por el bien de sus pacientes. En habilidad, un porcentaje considerable menciona que no debería ser experto en LM, y se encuentran en los niveles «Bueno» y «Excelente», aunque sigue predominando el que

Tabla 1. Relación entre el conocimiento y la habilidad con las variables sociodemográficas e intervinientes.

Conocimiento				
Nivel de conocimiento	< 55% Muy insuficiente	56-70% Insuficiente	71-85% Bueno	> 85% Excelente
Variables	Porcentaje de población de cada nivel relacionado con las variables			
Grado de estudios del participante				
Pasante	6.45%	3.23%	3.23%	-
Técnico	4.84%	3.23%	4.84%	
Licenciado	24.19%	16.13%	14.52%	
Especialista	8.06%	1.61%	4.84%	
Máster	3.23%	1.61%	-	
Antigüedad laboral < 1 año	12.90%	4.84%	4.84%	-
2-5 años	4.84%	6.45%	1.61%	
6-10 años	12.90%	3.23%	12.90%	
11 años o más	16.13%	11.29%	8.06%	
Número de hijos				
Ninguno	19.35%	9.68%	9.68%	-
1	6.45%	6.45%	3.23%	
2	14.52%	3.23%	11.29%	
3 o más	6.45%	6.45%	3.23%	
¿Cuál es su mayor fuente de conocimiento en lactancia materna?				
Cursos	37.1%	24.2%	25.8%	-
Libros/artículos	16.1%	8.1%	16.1%	
Del pregrado	4.8%	1.6%	3.2%	
Otros compañeros	12.9%	12.9%	12.9%	
Experiencia personal	16.1%	16.1%	17.7%	
¿Ha recibido algún curso sobre LM durante su formación?				
Sí	37.10%	25.81%	27.42%	-
No	9.68%	-	-	
En caso afirmativo, indique el n.º de cursos recibidos				
0	9.68%	-	-	-
1	14.52%	9.68%	11.29%	
2	14.52%	9.68%	14.52%	
3	3.23%	4.84%	-	
4	3.23%	1.61%	-	
5	-	-	1.61%	
8	1.61%	-	-	
¿Se siente preparado para ello?				
Poco	3.23%	3.23%	-	-
Algo	29.03%	12.90%	19.35%	
Bastante	6.45%	8.06%	1.61%	
Sí, totalmente	8.06%	1.61%	6.45%	
Nivel general de conocimiento	46.77%	25.81%	27.42%	-
Habilidad				
Nivel de habilidad	< 55% Muy insuficiente	56-70% Insuficiente	71-85% Bueno	> 85% Excelente
Variables	Porcentaje de población de cada nivel relacionado con las variables			
Grado de estudios del participante				
Pasante	8.06%	3.23%	-	1.61%
Técnico	6.45%	1.61%	4.84%	-
Licenciado	24.19%	9.68%	12.90%	8.06%
Especialista	9.68%	3.23%	1.61%	-
Máster	1.61%	1.61%	-	1.61%

(Continúa)

Tabla 1. Relación entre el conocimiento y la habilidad con las variables sociodemográficas e intervinientes (continuación)

Habilidad				
Nivel de habilidad	< 55% Muy insuficiente	56-70% Insuficiente	71-85% Bueno	> 85% Excelente
Variables	Porcentaje de población de cada nivel relacionado con las variables			
Antigüedad laboral < 1 año	12.90%	4.84%	3.23%	1.61%
2-5 años	8.06%	1.61%	3.23%	-
6-10 años	11.29%	6.45%	8.06%	3.23%
11 años o más	17.74%	6.45%	4.84%	6.45%
Número de hijos				
Ninguno	22.58%	4.84%	4.84%	6.45%
1	6.45%	6.45%	3.23%	-
2	12.90%	4.84%	6.45%	4.84%
3 o más	8.06%	3.23%	4.84%	-
¿Cuál es su mayor fuente de conocimiento en lactancia materna?				
Cursos	41.9%	16.1%	17.7%	11.3%
Libros/artículos	14.5%	8.1%	14.5%	3.2%
Del pregrado	3.2%	3.2%	3.2%	-
Otros compañeros	16.1%	8.1%	9.7%	4.8%
Experiencia personal	21%	6.5%	17.7%	4.8%
¿Ha recibido algún curso sobre LM durante su formación?				
Sí	43.55%	16.13%	19.35%	11.29%
No	6.45%	3.23%	-	-
En caso afirmativo, indique el n.º de cursos recibidos				
0	6.45%	3.23%	-	-
1	19.35%	8.06%	6.45%	1.61%
2	16.13%	8.06%	9.68%	4.84%
3	4.84%	-	1.61%	1.61%
4	3.23%	-	-	1.61%
5	-	-	1.61%	-
8	-	-	-	1.61%
¿Se siente preparado para ello?				
Poco	4.84%	1.61%	-	0.0096%
Algo	29.03%	17.74%	9.68%	4.80%
Bastante	6.45%	-	4.84%	0.05%
Sí, totalmente	9.68%	-	4.84%	1.60%
Nivel general de habilidad	50%	19.35%	19-35%	11.29%

«Sí deberían ser expertos», y en cuanto al motivo, un alto porcentaje ubicado en «Muy insuficiente» menciona que es parte de su trabajo, así como en el nivel «Excelente» mencionan que es un motivo de consulta frecuente.

Respecto a sentirse preparados, en el área de conocimiento la mayoría de profesionales que mencionan sentirse «Totalmente preparados» se encuentran en el nivel «Muy insuficiente», y predomina el sentirse «Algo preparados» en todos los niveles. En habilidad, la mayoría de quienes afirman sentirse «Totalmente preparados» se encuentran en «Muy insuficiente», mientras que en «Excelente» predominan «Algo» y «Bastante preparados» (Tabla 1).

Discusión

Los profesionales de enfermería que trabajan en el Hospital de la Mujer tienen distintos niveles de conocimiento y habilidad en LM, en ambos con mayor tendencia a «Muy insuficiente». Asimismo, Calderón et al.² encontraron que el personal de enfermería que trabaja en los servicios de obstetricia de una institución de salud tiene distintos niveles de conocimientos en LM, con mayor tendencia a bajo. Sánchez Hernández³ refiere una leve superioridad en las habilidades sobre LM, ya que 6 de cada 10 médicos mostraron niveles inadecuados de habilidades para brindar consejería en

lactancia, contra 8 de cada 10 en cuanto a los conocimientos. Y en lo que concierne a la puntuación global del presente estudio, se obtuvo un mayor porcentaje en el nivel «Muy insuficiente» e «Insuficiente», en cuanto a conocimientos y habilidades, aunque también hubo participantes con buenos resultados, pero estos fueron mínimos.

Entre los profesionales que mencionaron tener experiencia personal, casi la tercera parte obtuvo resultados del nivel «Bueno». Según Calderón et al.², este tipo de conocimiento que proviene de la experiencia se logra mediante las actividades del día a día. Como se muestra en su estudio, las enfermeras madres, que tuvieron la oportunidad de lactar, tendrían mayor afinidad y empatía con la paciente y las habilidades para ayudarlas, pues se relaciona con las experiencias propias y se construye una relación entre ambas.

A pesar de estos buenos resultados, los participantes que tienen hijos y experiencia personal en LM no obtuvieron resultados óptimos, ya que prevalece el nivel «Muy insuficiente» tanto en conocimientos como en habilidades, lo que nos demuestra que dichas características no son suficientes para tener un nivel aceptable, así como lo demostró el estudio de Ingram et al.⁴, donde reportan que tres cuartas partes del personal tenían hijos y el 95% de la población total habían amamantado al menos a un niño, sin embargo no hubo diferencias entre las actitudes, conocimientos y la experiencia propia de lactar.

Otro aspecto importante es la capacitación del personal sobre LM, ya que se encontró un nivel alto de capacitación del personal de enfermería, debido a que la mayoría de los profesionales ha recibido cursos de LM, sin embargo el nivel predominante es «Muy insuficiente» tanto en conocimientos como en habilidades. Tal como se menciona en el estudio de Camargo et al.⁵, el recibir ayuda del personal de salud durante la estancia hospitalaria puede brindar una ayuda eficaz para el fortalecimiento de la LM exclusiva, lo que significa que el personal de salud deber estar bien capacitado y respaldado por los conocimientos científicos y actualizados para cumplir con el reto de asegurar la lactancia exclusiva.

Cabe resaltar que a pesar de que se identificaron características favorables en relación con la LM (como el predominio de mujeres participantes, su experiencia personal en lactancia, el grado académico, donde fue mayoritario el porcentaje de licenciados, los cursos recibidos y la capacitación que mencionan tener, así como referir sentirse «Algo» preparados), no se vieron reflejadas en la evaluación para obtener niveles

aceptables en quienes actúan como autoridades en la atención madre e hijo.

Conclusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó que el nivel de conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería del Hospital de la Mujer en Aguascalientes se encuentra en un estado deficiente, donde predomina el nivel «Muy insuficiente».

Es necesario implementar estrategias andragógicas para elevar el número y la calidad de las capacitaciones; estas deberán ser periódicas y bajo el sustento de competencias de conocimientos, habilidades y socioafectivas que permita incidir a su vez en un proceso educativo para las usuarias que se encuentran amantando por medio de la siguiente estrategia:

Elaboración de talleres, basados en la evidencia e impartidos por profesionales debidamente capacitados y certificados donde se implementen estrategias basadas en programas nacionales e internacionales tales como «Iniciativa Hospital Amigo del Niño», «Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018» y «PROY-NOM-050-SSA2-2018⁶⁻⁸, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna», que ayuden al desarrollo de correctas habilidades, y conocimientos para fundamentar dichas acciones, además de la evaluación continua para valorar el progreso y compromiso de los profesionales con el fin de apoyar, proteger y promover la LM, pues los resultados obtenidos nos obligan a tomar acciones de mejora en este ámbito.

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.

Uso de inteligencia artificial para generar textos.

Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Lechosa Muñiz C, Cobo Sánchez JL, Herrera Castanedo S, Cornejo del Río E, Mateo Sota S, Sáez de Adana Herrero M. ECoLaE: Validation of a questionnaire on breastfeeding knowledge and skills for Nursing. *Aten Primaria*. 2020;52(6):373-80.
2. Bejarano HC, Henao Lopez CH, Giraldo Montoya DI. Conocimientos del personal de enfermería sobre lactancia materna. *Horiz Enferm*. 2019;30(2):115-27.
3. Sanchez Hernandez JO. Conocimientos y habilidades del médico familiar sobre la consejería en lactancia materna en la Unidad de Medicina Familiar no. 10 de la Delegación de Aguascalientes [tesis en Internet]. [Aguascalientes]: Universidad Autónoma de Aguascalientes, Centro de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina; 2016. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/494/408479.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Ingram J, Johnson D, Condon L. The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. 2011;266-75.
5. Camargo Figueroa FA, Latorre Latorre JF, Porras Carreño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2011;16(1):56-72.
6. Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 [Internet]. Gobierno de México [consultado: 2022 Jul 25]. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf
7. DOF. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2018 [consultado: 2022 jul 25]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018#gsc.tab=0
8. OMS, UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo del Niño. 2008 [Internet]. OMS, UNICEF [consultado: 2022 jul 25]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9974:2014-baby-friendly-hospital-initiative-bfni&Itemid=1068&lang=es

Capacitación a estudiantes de enfermería para la comunicación con pacientes que presentan discapacidad auditiva

Alejandra Rivera-Galván*, Mayra del C. Ortega-Jiménez, Ma. de Lourdes García-Campos, Ma. Esther Patiño-López y Ma. de Jesús Jiménez-González

División Ciencias de la Salud e Ingenierías), Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato, Celaya, Gto., México

Resumen

Introducción: Para una comunicación asertiva entre pacientes con discapacidad auditiva (DA) y el profesional de enfermería se requieren de estrategias comunicativas en el ámbito oral, verbal y de señas, que es necesario fortalecer desde la academia. La universidad debe incluir las competencias de comunicación oral, escrita y de señas en sus programas curriculares para generar adecuados procesos de comunicación y alcanzar los objetivos terapéuticos con los usuarios. **Objetivo:** Incrementar las herramientas del estudiante de enfermería para mejorar la comunicación en salud con las personas que tienen DA. **Materiales y métodos:** Se construyó una estrategia educativa, en cinco etapas: Fundamentación, se refiere a la compilación de la bibliografía disponible. Elaboración, organización de la información para la estrategia. Difusión, cuyo propósito es dar a conocer el proyecto. La implementación estuvo conformada por 13 sesiones sincrónicas *online* en las que se capacitó al estudiante en lengua de señas mexicana (LSM). La evaluación se realizó mediante una rúbrica. **Resultados:** El 75% de los estudiantes alcanzaron un dominio suficiente de la LSM y el 31.5% de los participantes no calificó con una puntuación suficiente en el dominio del vocabulario LSM de enfermería. **Conclusiones:** La implementación de un programa educativo de comunicación desde la formación contribuirá a la atención de calidad por la disminución de factores que deterioren la comunicación entre personal y usuarios con discapacidad auditiva.

Palabras clave: Lengua de señas. Barreras de comunicación. Educación en enfermería. Pérdida de la audición.

Training nursing students for communication with patients with hearing impairment

Abstract

Introduction: For an assertive communication between patients with hearing impairment and the nursing professional, communication strategies are required in the oral, verbal and sign fields, which need to be strengthened from the academy. The university must include oral, written and sign communication skills in its curricular programs to generate adequate communication processes and achieve therapeutic objectives with users. **Materials and methods:** An educational strategy was built in five stages: foundation, refers to the compilation of the available bibliography; preparation, organization of information for the strategy; dissemination, whose purpose is to publicize the project, implementation consisted of 13 online synchronous sessions in which the student was trained in Mexican sign language (LSM). Evaluation carried out using a rubric. **Results:** 75% of the students

*Correspondencia:

Alejandra Rivera-Galván
E-mail: aleriverag4994@gmail.com

Fecha de recepción: 26-01-2022
Fecha de aceptación: 02-05-2022

Disponible en internet: 03-10-2023
Rev Mex Enf. 2023;11(3):103-107
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Rivera-Galván A, Ortega-Jiménez MDC, García-Campos MADEL, Patiño-López MAE y Jiménez-González MADEJ: Capacitación a estudiantes de enfermería para la comunicación con pacientes que presentan discapacidad auditiva. *Rev Mex Enf.* 2023;11:103-107. 2339-7284 / © 2022 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

obtained sufficient mastery of the LSM and 31.5% of the participants did not qualify with a sufficient score in the mastery of the LSM nursing vocabulary. **Conclusions:** The implementation of an educational communication program from training will contribute to quality care by reducing factors that impair communication between staff and users with hearing disabilities.

Keywords: Sign language. Communication barriers. Nursing education. Hearing loss.

Introducción

Un pilar fundamental para llevar a cabo cuidados individualizados y certeros es por medio de las habilidades que se tengan en comunicación entre usuarios y personal de enfermería. La comunicación entre el profesional de enfermería y pacientes que sufren discapacidad auditiva (DA) suele ser compleja y hasta cierto punto problemática¹. La DA se conoce como la carencia o disminución de la facultad de oír, es una de las discapacidades más conocidas y frecuentes en el mundo². Las personas con este tipo de discapacidades suelen utilizar como medio de comunicación la lengua de señas, la lectura de labios, dibujos y mímica^{3,4}.

Para el 2021 se estimó que alrededor de 2.3 millones de personas tienen DA en México, el 50% son mayores de 60 años, el 34% tiene entre 30 y 39 años y cerca del 2% son niñas y niños⁵. El dato más actual encontrado del número de personas con discapacidad en la región noreste de Guanajuato es de 13,245 para 2020⁶ y para 2010 se contabilizaron alrededor de 1,457 personas con DA⁷.

En el sistema de salud y diversas instituciones donde se brindan diversos servicios públicos no se cuenta con profesionales capacitados para interpretar la lengua de señas, por ejemplo. Cabe destacar que no todas las personas con discapacidad cuentan con un familiar o persona de apoyo que ayude en la búsqueda de atención de salud⁸.

La comunicación con personas con DA representa un reto para las enfermeras cuando pretenden establecer comunicación y obtener información del paciente⁹. Para que la enfermera pueda brindar un tratamiento y cuidado adecuado, en aspectos tanto técnicos como humanos, es necesario conocer cómo se da el proceso de comunicación, en el acto de cuidar y ser cuidado, aclarando que una minoría de las enfermeras al tener contacto con personas con DA busca formas de establecer comunicación de acuerdo con la necesidad de ser comprendidos^{9,10}.

Las personas con DA han señalado que persiste un modelo médico inadecuado con percepciones erróneas de la discapacidad y diversos prejuicios hacia ellas y la falta de empatía por parte del personal de salud, provocando que estos pacientes sean

desatendidos en sus necesidades de salud, al no ser entendidos/comprendidos¹¹.

Ante la falta de recursos disponibles por parte del personal de enfermería para comunicarse con los pacientes con DA, se da lugar a sentimientos de inseguridad, impotencia, enfado e incidiendo en los cuidados enfermeros y en la recuperación de los pacientes¹, lo que desencadena en ocasiones que se generen actitudes discriminativas hacia esta minoría, contribuyendo a la violación de sus derechos humanos¹².

Se considera que la interpretación en lengua de señas mexicana (LSM) garantiza el acceso a derechos de las personas sordas y por ello es un ajuste obligatorio para promover la inclusión e igualdad¹¹.

Durante la formación universitaria no se enseña LSM ni otros sistemas de comunicación especial⁹, por lo que los profesionales de enfermería no cuentan con estrategias efectivas, siendo las más utilizadas, cuando no dispone de un intérprete, el vocalizar, hablar despacio, gesticular o escribir, sin embargo muchas veces estos esfuerzos no son eficientes¹.

Es importante la aplicación de estrategias para acabar con la falta de conocimientos, de información, de medios, de inexperiencia y de preparación para que se facilite la comunicación entre los estudiantes de enfermería con pacientes con DA, el enfermero no está habituado a tratar con estos pacientes y manejarse con ellos^{1,4,12}. Es necesaria la sensibilización desde la formación de los estudiantes de enfermería para que puedan brindar un trato digno e inclusivo a las personas con DA y derribar las barreras de comunicación entre paciente-enfermera y de esta manera ejercer los derechos humanos de estas personas¹³⁻¹⁷.

De acuerdo con los hallazgos de Barranco et al., los profesionales de enfermería requieren una formación en uso de herramientas de comunicación con personas con DA y sugieren la lengua de señas como la mejor¹⁸. Para hacer inclusiva la atención de enfermería es necesario el conocimiento de la lengua de señas, la cual se define como un sistema lingüístico o una variante de este que implica el uso de gestos, ademanes, señales, movimientos del cuerpo, manos y rostro para dar a entender lo que se está pensando o se quiere⁸.

Se han implementado proyectos para la mejora de la comunicación en salud entre estudiantes y profesionales de la salud y pacientes con DA, enfocados en la promoción de la salud de adultos mayores¹⁹. Proyectos enfocados en la sensibilización de los estudiantes y el aprendizaje de lengua de señas correspondiente al país donde se encuentran^{20,21}, y algunos de estos se han diseñado de forma virtual para un mayor alcance^{22,23}.

Por todo lo anterior expuesto, la docente con conocimiento de nivel intermedio quien labora en la institución educativa en cuestión diagnosticó el deterioro de la comunicación verbal entre estudiantes de enfermería y personas con DA, ya que de acuerdo con la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) este se presenta cuando hay una disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos, en este caso la LSM²⁴.

En el presente proyecto se buscó como objetivo general incrementar las herramientas del estudiante de enfermería para mejorar la comunicación en salud con las personas con DA. Lográndose por medio del diseño de una estrategia para la comunicación en salud entre estudiantes de enfermería y personas con DA, sustentado en la identificación de las estrategias de comunicación que utiliza el estudiante para comunicarse con un paciente con DA. Por ello, se realizó una medición presesiones y postsesiones del dominio sobre el vocabulario básico y de enfermería en LSM.

Material y métodos

Se describe a continuación cada una de las cinco etapas que constituye la metodología con la cual se construyó y aplicó la presente estrategia, así mismo se describen los materiales utilizados.

- Fundamentación: en esta etapa se preparó la propuesta de proyecto, mediante el análisis de la literatura revisada y documentos que justifican la aplicación de este en la institución seleccionada.
- Elaboración: Esta propuesta consta de 13 sesiones que se desarrollan en tres momentos: calentamiento, vocabulario y actividad de reforzamiento. También se elaboró el material que fue utilizado en las sesiones: presentaciones, vídeos, juego de lotería, formulario de datos sociodemográficos y métodos de comunicación con pacientes que presentan DA, así como una rúbrica de evaluación.

La rúbrica consta de siete ítems, que se califican como insuficiente (0-84) y suficiente (85-170). Consta de dos dominios: vocabulario general (abecedario, fórmulas

Tabla 1. Dominio de la lengua de señas mexicana (LSM) presesiones y postsesiones

	Presesiones		Postsesiones	
	f	%	f	%
Dominio general de la LSM				
Suficiente	0	-	12	75
Insuficiente	16	100	4	25
Dominio del vocabulario básico				
Suficiente	0	-	12	87.5
Insuficiente	16	12.5	4	12.5
Dominio del vocabulario en enfermería				
Suficiente	0	-	11	68.75
Insuficiente	16	100	5	31.25

sociales, números, emociones, colores, familia, tiempo, alimentos), que se califica con puntuaciones de insuficiente (0-66) y suficiente (67-133), y vocabulario de enfermería (partes del cuerpo, órganos, aparatos, sistemas, profesionales de la salud, materiales, signos y síntomas, enfermedades, preguntas e indicaciones), que se califica con puntuaciones de insuficiente (0-18) y suficiente (19-37). Se recopiló material como pictogramas y diccionarios de LSM, los cuales se proporcionaron a los estudiantes como complemento.

- Difusión: se adecuó la estrategia al formato solicitado por la institución educativa y se sometió como proyecto de Servicio Social Universitario (SSU) para los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO) y se solicitó la aprobación por parte de la Coordinación General de la institución.
- Implementación: se inició con la aplicación del formato de datos sociodemográficos y métodos de comunicación con pacientes que presentan DA, se evaluó mediante la rúbrica presesiones los conocimientos sobre LSM de los estudiantes, se programaron sesiones *online* en la plataforma Microsoft TEAMS en un turno matutino y vespertino, con lo cual se permitió una mayor flexibilidad de horario con los asistentes. Las sesiones tuvieron una duración de aproximadamente 1 a 1.5 horas, dependiendo del tema que se fuera a abordar, durante 13 días, así mismo se brindó acceso a vídeos pregrabados disponibles en la plataforma de YouTube.
- Evaluación: se aplicó la rúbrica postsesiones y se elaboró el informe de resultados. Los estudiantes obtuvieron una constancia de participación y 30 horas SSU después de la entrega del reporte correspondiente.

Tabla 2. Diferencia de medias en las calificaciones de la medición presesiones y postsesiones

	Media	DE	Puntuación mínima	Puntuación máxima	Diferencia de medias	DE
Puntuación general						
Presesiones	0.31	1.014	0	4	125.07	88.43
Postsesiones	125.38	40.663	52	167		

DE: desviación estándar.

Resultados

Para la implementación de esta estrategia educativa se contó con la participación de 16 estudiantes de LEO, nueve se inscribieron a las sesiones como parte de las actividades de su SSU y el resto fue aceptado por formar parte de la comunidad universitaria del programa de LEO.

La edad en años cumplidos de los participantes fue de 18 a 22 años (media: 19.44, desviación estándar [DE]: 1.094), el 75% de los estudiantes cursaban segundo semestre y el 87.5% eran mujeres. Se observó que el 37.5% eran estudiantes provenientes en su mayoría del municipio de Tierra Blanca, ubicado en la región noreste del Estado de Guanajuato. Se enlistaron las estrategias que el alumno ha utilizado para comunicarse con una persona con DA, observándose que la mímica es la estrategia más utilizada (62.5%) y los dibujos la menos utilizada (16.5%).

Fue medido el nivel de comunicación mediante la LSM utilizando la rúbrica presesiones, en la cual un 87.5% de los participantes obtuvieron una calificación de 0, lo cual indica un nulo conocimiento acerca de la LSM (Tabla 1). Una vez terminadas las sesiones se procedió a evaluar el dominio general de la LSM en sus dos dimensiones: dominio del vocabulario básico y dominio del vocabulario de enfermería.

Los resultados revelan que el 75% de los participantes logró adquirir un dominio suficiente de la LSM. En cuanto al dominio del vocabulario básico se observa que un 12.5% de los estudiantes no logró obtener una calificación suficiente y cinco personas no dominaron el vocabulario en enfermería (Tabla 1).

Para comprobar si la estrategia tuvo efecto se realizó una diferencia de medias (Tabla 2). Dado que las medias son mayores en la segunda medición, esto sugiere cambio en los conocimientos de los estudiantes para comunicarse con personas con DA, lo cual se puede deberse en gran parte a la estrategia.

Conclusiones y sugerencias

La realización de proyectos enfocados en la adquisición de competencias transversales durante la

formación de los profesionales de enfermería permitirá que estos se desenvuelvan de una mejor manera cuando ejerzan el cuidado de enfermería en la práctica clínica o comunitaria y en el ámbito laboral. En el caso de este proyecto se ha dotado a los estudiantes con los conocimientos básicos utilizables para disminuir el deterioro de la comunicación que pudiera surgir en la atención a pacientes con DA.

Los resultados arrojados por la aplicación de este proyecto son totalmente positivos, se logró capacitar a 16 estudiantes sobre el uso de la LSM en un nivel básico y para la utilización de pictogramas dando iniciativa a su elaboración de acuerdo con las necesidades que identifiquen los estudiantes durante su práctica.

Como recomendación se sugiere agregar sesiones con mayor número de vocabulario relacionado con el campo clínico, abordar de manera más completa la gramática de la LSM y realizar una evaluación a manera de entrevista y la participación de personas con DA para mejorar la capacidad de la comunicación y la práctica real para la validación del aprendizaje. Posiblemente si se complementa con más sesiones y se amplía el vocabulario podrían generarse intervenciones en LSM sobre promoción de la salud (alimentación, salud sexual y reproductiva, prevención de accidentes, etc.).

Se pretende diseñar las sesiones para que pueda tomarse de forma asincrónica y autogestiva, así pues, se puede ampliar la capacitación a profesores, comunidad universitaria y personal operativo de las instituciones.

Agradecimientos

A los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del Centro Interdisciplinario del Noreste quienes realizaron su Servicio Social 1.º componente asistiendo a este proyecto y a la Universidad de Guanajuato.

Financiamiento

El presente proyecto no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimos de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe 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.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

- Hernández Manjón N. El papel de los profesionales enfermeros en la comunicación ayudando a una minoría silenciosa [Internet]. Dicen, Diario Independiente de Contenido Enfermero; 10 de julio de 2018 [citado: 28 marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-papel-de-los-profesionales-enfermeros-en-la-comunicacion-ayudando-a-una-minoria-silenciosa-DDIMPORT-057839/>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Las discapacidades y la salud [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2020 [citado: 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-strategies.html>
- Revello L. Propuesta de un taller educativo de comunicación con pacientes que presentan discapacidad auditiva para los estudiantes del 8vo semestre de la escuela de enfermería Facultad de Medicina UCV [tesis de licenciatura en Internet]. [Venezuela]: Universidad Central de Venezuela; 2014. Disponible en: <http://www.repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/230>
- Fernández-Román I, López-Huguet L, Guillamón-Gimeno LI. Estrategias de comunicación en la interacción terapéutica en usuarios de edad avanzada en circunstancias de sordera. *Agora de Salud*. 2019;6(11):99-108.
- Secretaría de Salud. 28 de noviembre, día nacional de las personas sordas [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2021 [citado: 8 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/530-con-discapacidad-auditiva-2-3-millones-de-personas-instituto-nacional-de-rehabilitacion?idiom=es#:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20aproximadamente%202.3%20millones,ciento%20son%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Panorama socio-demográfico de México. Guanajuato [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2020 [citado: 16 marzo 2020]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197841.pdf
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED). Ficha básica, discapacidad, condición y tipo de discapacidad [Internet]. México: Sistema Nacional de Información Municipal (SNIM); 2010 [citado: 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.snim.rami.gob.mx>
- Maritano AP. México - Personal de salud capacitado en lenguaje de señas [Internet]. Diario Jurídico.com; 2019 [citado: 28 marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.diariojuridico.com/mexico-personal-de-salud-capacitado-en-lenguaje-de-senas>
- Loredo-Martínez N, Matus-Miranda R. Intervenciones de comunicación exitosas para el cuidado a la salud en personas con deficiencia auditiva. *Enferm Univ*. 2012;9(4):57-68.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Las discapacidades y la salud. Inclusión [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2020 [citado: 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-inclusion.html>
- Consejo para prevenir y eliminar la discriminación en la Ciudad de México (COPRED). Día Nacional de las Personas Sordas [Internet]. México: Consejo para prevenir y eliminar la discriminación en la Ciudad de México; 2020. Disponible en: <https://copred.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/dia-nacional-de-las-personas-sordas>
- Human Righth Watch (HRW). El lenguaje de señas, un componente clave para los derechos de las personas sordas. Comunicado de prensa [Internet]. Human Righth Watch; 2018 [citado: 28 marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2018/09/23/el-lenguaje-de-senas-un-componente-clave-para-los-derechos-de-las-personas-sordas>
- Coronado Y, Orozco S. Comunicación en salud, lengua de señas y mediación tecnológica: Relación médico-paciente en Barranquilla [tesis de pregrado en Internet]. Universidad de la Costa; 2020. Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/7844>
- Perea-Perea I. La relación terapéutica enfermera con pacientes sordos [tesis de posgrado en Internet]. [Madrid, España]: Universidad Autónoma de Madrid; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/687923>
- Acosta-Montelongo A. Percepción de la discapacidad auditiva entre estudiantes universitarios de ciencias de la salud [tesis de posgrado en Internet]. [La Laguna, España]: Universidad de la Laguna; 2018. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/11622>
- Alderete-Eliana V. Análisis de la comunicación entre enfermería y personas con discapacidad o limitaciones auditivas en el Hospital Dr. Lucio Molas [tesis de posgrado en Internet]. [La Palma, Argentina]: Universidad Nacional de la Palma; 2017. Disponible en: <https://repo.unlpam.edu.ar/handle/unlpam/1991>
- Santos AS, Freire-Portes AJ. Perceptions of deaf subjects about communication in Primary Health Care. *Rev Am Enfermagem*. 2019;27:e3127.
- Barrera-González MP. La discapacidad auditiva como cultura, un camino por recorrer desde la comunicación [tesis de pregrado en Internet]. [Colombia]: Pontificia Universidad Javeriana; 2017. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/35886>
- Barranco-Morente S, Ventura-Puertos PE, Coronado-Carvajal P. Estrategias de comunicación de los profesionales de enfermería con personas sordas o ciegas. *Index Enferm*. 2016;25(4):253-57.
- Segovia-Quñones M, Ponce-López V, Chaverío N, Gómez-Rodríguez E, Rodríguez-Martín D. Promoción de la salud en personas sordas mayores de la comunidad. *Revista UFG*. 2020;20:e30.66751.
- Santos-Rocha CA, da Silva-Carvalho AS, Ferreira-Rovberto AC, Parlatto de Oliveira EM, Martins-Melo I, Bezerra-Guerra L. Formación de profesionales de la salud y accesibilidad del sordo a la atención en salud: contribuciones del proyecto: "Comunica". *Interfases*. 2017;5(1):129-47.
- Ribalta-García E, Ribalta-García G. Diseño de un curso de lengua de señas para los colaboradores cubanos de la Salud [Internet]. Convención Internacional de Salud, Salud Cuba; 2018. Disponible en: <http://www.convencionssalud2017.sld.cu/index.php/convencionssalud/2018/paper/viewFile/1275/251>
- López-Alemán DS, López-Martínez YU, Valle-Medal ER. Programa virtual de estrategias de la comunicación de lenguaje de señas en el Instituto Politécnico de la Salud [tesis de pregrado en Internet]. [Colombia]: [Managua, Nicaragua]: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/14702/>
- Heather T, Kamitsuru S. NANDA Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones. 2018-2020. 11 ed. España: Elsevier; 2019.

Experiencia de Enfermería con adulto mayor institucionalizado

Francisco J. Arroyo-Cruz

Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Celaya, Gto., México

Resumen

Introducción: En México, uno de los Estados con mayor cantidad de adultos mayores es Puebla, en el cual el año 2019 habitaban 621,429 adultos mayores; esta cantidad fue mayor en un 20.8% respecto al mismo grupo en 2010. **Objetivo:** Narrar la experiencia de enfermería en el proceso de adaptación de un adulto mayor recién institucionalizado desde la perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. El proceso de institucionalización se entiende como el ingreso del adulto mayor a un asilo, este proceso plantea a la persona a una serie de desafíos que involucran la movilización de una gran cantidad de recursos psíquicos y emocionales en pro de la adaptación a un contexto que se revela como un microcosmos pautado por una legalidad y a un ritmo propio. Es precisamente en las instituciones donde el adulto mayor poco a poco pierde parte de su esencia como persona socialmente activa, al ser apartado de su núcleo familiar y su vivienda. **Conclusiones:** El personal de enfermería juega un papel muy importante en una institución, ya que el adulto mayor necesita de cuidados específicos, así como de apoyo emocional por la condición de institucionalización.

Palabras clave: Adulto mayor. Enfermería. Institucionalización.

Nursing experience with institutionalized elderly

Abstract

Introduction: In Mexico, one of the states with the largest number of older adults is Puebla. In 2019 there were 621,429 older adults, which was 20.8% more than the same group in 2010. **Objective:** To narrate the nursing experience in the adaptation process of a newly institutionalized older adult from the perspective of Barbara Carper's patterns of knowledge. The process of institutionalization is understood as the entry of the older adult into a nursing home, this process poses a series of challenges that involve the mobilization of a large amount of psychic and emotional resources in order to adapt to a context that is revealed as a microcosm governed by a legality and a rhythm of its own. It is precisely in institutions where the older adult gradually loses part of his essence as a socially active person, being separated from his family nucleus and his home. **Conclusions:** The nursing staff plays a very important role in an institution, since the older adult needs specific care, as well as emotional support due to the condition of institutionalization.

Keywords: Elderly. Nursing. Institutionalization.

Correspondencia:

Francisco J. Arroyo-Cruz.
E-mail: fj.arroyocruz@ugto.mx

Fecha de recepción: 22-07-2021
Fecha de aceptación: 11-12-2021

Disponible en internet: 03-10-2023
Rev Mex Enf. 2023;11(3):108-112
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Arroyo-Cruz FJ. Experiencia de Enfermería con adulto mayor institucionalizado. Rev Mex Enf. 2023;11:108-112. 2339-7284 / © 2021 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permaner. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En México, uno de los Estados con mayor cantidad de adultos mayores es Puebla, en el cual en 2019 habitaban un total de 621,429 adultos mayores, cifra mayor en un 20.8% respecto al mismo grupo poblacional en 2010¹. Para 2015, este grupo representó el 10.1% de la población total en la entidad, mientras que en 2010 era el 8.9%. De acuerdo con esto, se prevé su crecimiento en los próximos años como resultado de los efectos de la transición demográfica y el aumento en la esperanza de vida, lo que evidencia la necesidad de preparación por parte del personal de salud para atender a esta población².

Este aumento en la esperanza de vida, en conjunto con la consecuente dependencia funcional, pueden llevar a la familia a optar por trasladar a los adultos mayores a una institución, donde, si bien cumplen con la función de acoger a todos los adultos mayores que, por diferentes razones, no pueden estar con sus respectivas familias, es un lugar ajeno al cual no están acostumbrados, lo que lleva a un cambio total del entorno³. La familia cumple un papel importante en la vida de todas las personas y de igual manera en el cuidado y protección de los adultos mayores, pero la realidad nos muestra que en algunos casos estos adultos mayores son víctimas de abandono por parte de sus familias, ya que pueden ser considerados como una molestia dentro del grupo familiar, esta idea los lleva a buscar una institución que se haga cargo de ellos para su cuidado, lo que puede provocar en el anciano baja adaptación que los lleve a trastornos psicológicos y disminución de la calidad de vida⁴.

El proceso de institucionalización del adulto mayor, entendido como el ingreso del adulto mayor a un asilo, es un proceso complejo, que plantea a la persona a una serie de desafíos que involucran la movilización y demanda de una gran cantidad de recursos psíquicos y emocionales en pro de la adaptación a un contexto que se revela como un microcosmos pautado por una legalidad y a un ritmo propio⁵. Respecto a estos contextos, se encuentra que, si bien los centros residenciales o asilos responden, de cierta manera, a las demandas de las personas de edad avanzada, algunas veces actúan como factor predisponente a la disminución de autonomía del adulto mayor, produciendo en numerosos casos una dependencia a las formas de vida que son ofrecidas en esos contextos⁵.

Es precisamente en las instituciones donde el adulto mayor poco a poco pierde parte de su esencia como persona socialmente activa, al ser apartado de su núcleo

familiar y su vivienda, en la cual vivió gran parte de su vida y que sin duda guarda recuerdos e importantes experiencias, proceso por el cual atraviesa sin que nadie se dé cuenta⁶. En algunas ocasiones podría parecer que los asilos más que ser instituciones dedicadas a brindar cuidado de calidad al adulto mayor y/o fomentar su autonomía, son instituciones creadas con el fin de solo confinar a este grupo de la sociedad y que en su mayoría son rechazados y abandonados por sus familias, porque no quieren hacerse cargo de ellos por el grado de complejidad que implica cuidar a un adulto mayor⁷.

El personal de enfermería juega un papel muy importante en la institución, ya que el adulto mayor necesita de cuidados específicos, así como de apoyo emocional por la condición de institucionalización, el enfermero/a debe cumplir con ciertas características, dichas características son el asumir una actitud de dar y recibir para facilitar la relación enfermera paciente, además de mantener una actitud libre, flexible, cálida, neutral y despojada de comportamientos autoritarios, entonces, el personal de enfermería debe profundizar en la individualidad de cada adulto mayor para conocer la forma correcta de intervenir en cada caso independientemente^{8,9}.

Cuando el adulto mayor se encuentra institucionalizado ya no se desempeña completamente en sus diferentes roles, como el de padre o hermano, pierde su rol de trabajador y algunos de cónyuge, su interdependencia cambia al ser personas diferentes y extrañas con las cuales va a seguir teniendo sus relaciones interpersonales, en este aspecto la capacidad de afrontamiento y adaptación en el adulto mayor es baja debido a lo que ahora es un aislamiento. Su autoconcepto se afecta al ya no sentirse útil ni para la sociedad ni para su familia, lo que podría llevar a una baja adaptación a la situación de institucionalización, teniendo en cuenta que la decisión del traslado a estos establecimientos es por lo general irreversible¹⁰.

Experiencia de enfermería

La narrativa de enfermería que se comenta a continuación fue una experiencia real entre un alumno de la licenciatura en enfermería de octavo cuatrimestre y un adulto mayor recién ingresado a un asilo, esto sucedió en las últimas prácticas de la carrera referentes al cuidado del adulto mayor; como es bien conocido, cada práctica de la carrera de enfermería está orientada al cuidado de la persona en las diferentes etapas de la vida.

Se realizó una búsqueda de literatura para conocer las experiencias de diversos escritores¹¹⁻¹³ del área de enfermería, ellos han mencionado la utilidad del uso de los patrones del conocimiento de Barbara Carper en el cuidado a las personas, de acuerdo con lo que mencionan estos autores, los patrones del conocimiento permiten clasificar, clarificar, explorar y analizar las diversas situaciones donde se desarrolla la disciplina, favoreciendo con esto la implementación de un cuidado holístico. Mediante las relaciones interpersonales, las personas buscan la aceptación y pertenencia a pares, este proceso involucra el intercambio de ideas, pensamientos y sentimientos que los identifica como parte importante de un contexto, es importante mencionar que no se encontraron experiencias basándose en la perspectiva de estos patrones en una institución de adultos mayores en el contexto local, lo cual incrementa la importancia de abordarlo.

La enfermería basada en evidencia surge como el nuevo paradigma emergente, por ejemplo, por medio de los patrones del conocimiento, hacen parte de la enseñanza y de la práctica de enfermería, de tal forma que aumentan su complejidad y su diversidad epistemológica. Por lo tanto, cada patrón da una orientación de los problemas y las preguntas de la disciplina, reconociendo que los cambios son inherentes al desarrollo del conocimiento en enfermería.

Estas prácticas se realizaron en un asilo de la ciudad de Puebla, en este lugar conocí a un adulto mayor que por razones de privacidad se mencionará como F. S. Él era un hombre de 66 años, una persona independiente aún en comparación con otros adultos mayores de su edad. Cuando se tuvo la oportunidad de hablar con él, mencionó no tener enfermedades crónicas, no aparentaba necesitar muchos cuidados por parte del personal de apoyo del lugar.

El señor F.S. se notaba un poco aislado, no procuraba acercarse a las demás personas, cuando había actividades recreativas trabajaba solo, era complejo comprender completamente esa actitud, pero cuando existía la oportunidad de estar cerca de él era notorio que las demás personas le apodaban «el nuevo», por lo que se podía asumir es que era el último en haber ingresado a la institución hasta ese momento.

Cuando un estudiante ingresa al lugar a hacer prácticas profesionales, tiene la oportunidad de leer los expedientes de las personas residentes del asilo, entonces, se solicitó leer el suyo. Ahí se mencionaba que el señor F. S. efectivamente, había llegado al lugar dos meses atrás, lo habían abandonado en la puerta del lugar.

Conocer esos datos intensificó la oportunidad de apoyo hacia el señor F. S., debía haber una forma de ayudar a que se sintiera mejor, entonces se buscó la forma de pasar un poco más de tiempo con él. Al día siguiente, al terminar los deberes, era momento de las actividades recreativas, y, como ya había sucedido antes, él solo se sentó en una orilla a ver lo que las demás personas hacían, lo que se hizo fue intentar platicar con él y preguntarle cómo estaba, se notaba un poco aprensivo, tal vez por cómo eran los demás señores con él, sin embargo se continuó platicando con él, preguntándole de su día y sus gustos, poco a poco fue cambiando y empezó a platicar de mejor humor, ese día resultó productivo, a pesar de que no se hizo más que platicar y procurar hacerlo reír un poco.

Debieron pasar un par de días más de pláticas sobre temas que eran de interés para él, entonces se comenzó a contarle un poco sobre las cosas que consideraba agradables y las que me molestaban, tal vez de esa forma él se abriría un poco; exactamente fue así como sucedió, él comenzó a platicar sobre cómo era su relación con las demás personas que vivían ahí, le molestaba que le dijeran nuevo, porque eso no había sido su decisión, esto hacía que se alejara, ya que cuando se acercaba a un grupo ya establecido de amigos hacían bromas sobre él y eso lo hacía sentir mal, lo que dificultó el proceso de adaptación al nuevo lugar, eso solo sucedió al inicio de su estancia y decidió no hacerlo más. Esa era la causa de verlo siempre aislado, pero en ese momento le comenté que ahora tenía un nuevo amigo.

Se le apoyó para unirse a un grupo, se le comentó que si había comentarios se le iba a respaldar, que eso hacían los amigos, él solo sonrió, así pasaron los días, ahora llegaba directo a saludarlo y saber cómo estaba, conforme pasaban los días se notaba más a gusto con sus nuevos amigos, eso hacía sentir que estaba valiendo la pena la intervención, ya que las prácticas solo durarían un mes y sería difícil visitarlo muy seguido. Poco a poco el tiempo que pasábamos juntos fue siendo menor por estar con sus nuevos amigos, eso me hacía sentir muy bien, verlo contento y con gente que lo apoyaba. Así pasaron los días hasta que tuvimos que despedirnos temporalmente, él se quedó feliz y agradecido, le prometí visitarlo. Eso hice para saber cómo era su vida y si mejoraba la adaptación al proceso, siempre se mostró contento y muy gustoso de verme.

Esta experiencia es considerada desde la visión interacción recíproca, ya que está representada por el organicismo como forma de interpretar el mundo y los seres caracterizados por el cambio, la persistencia y

la interacción. El ser humano es holístico, integrado, organizado y no reducible a sus partes, lo que conlleva que enfermería brinde atención a las personas de una manera integral porque no solo cuidan un cuerpo enfermo físicamente, sino que reconocen la importancia e identifican los demás aspectos que pueden estar afectados, como el psicológico, social y espiritual¹⁴.

Patrones del conocimiento de Barbara Carper

Los patrones del conocimiento de Barbara Carper son indispensables en la educación de los estudiantes de enfermería, puesto que, con base en estos, el alumno pone en práctica sus conocimientos fundamentados en conocimientos teóricos, sin embargo los estudiantes de enfermería a menudo han informado que se sienten inadecuados para brindar atención al final de la vida^{15,16}.

El patrón de conocimiento empírico se aborda desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy, en el cual se define la adaptación como el proceso y el resultado por medio de la cual las personas con pensamientos y sentimientos en forma individual o grupal utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental; por su parte el afrontamiento se define como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad, con la intervención en la persona se logró modificar el ambiente y estado de ánimo para lograr esa adaptación¹⁷.

El patrón de conocimiento estético se expresa en el momento de apreciar esos pequeños detalles en la persona, lo que evidenciaba la necesidad de apoyo, ese alejamiento social, el personal de enfermería debe ser un buen observador para darle a la persona esa parte que necesita, el adulto mayor difícilmente va a acercarse a solicitar este tipo de ayuda, entonces nosotros como personal de salud debemos estar capacitados para comprender los comportamientos, mostrar empatía y así generar un cambio.

Por su parte, el patrón de conocimiento personal se logró cuando al observar la situación me cuestioné mis capacidades de apoyar, ese pensamiento de mí mismo, sobre lo que sabía, si lo que sabía hasta ese momento era suficiente para poder apoyar a la persona, ya que es importante que en este patrón si no se conoce uno mismo será difícil conocer a la otra persona y de esa manera poder darle esa atención y lograr la mejoría de la situación.

Por último, el patrón ético se logró al conocer la incomodidad de la persona y apoyarlo con esa situación, darle ese ánimo que necesitaba, mencionarle que podía tener amigos, y si alguien le hacía comentarios que le molestaran o le hicieran sentir mal yo lo apoyaría y hablaría con la persona para evitar ese mal momento con la finalidad de lograr la adaptación del señor F. S. a esta nueva situación de institucionalización¹⁸.

Limitaciones durante el proceso

Durante la estancia en esta institución de adultos mayores existieron distintas limitaciones que imposibilitaron conocer el fenómeno más a profundidad, por lo que se considera de importancia mencionarlas, por ejemplo, el tiempo limitado para conocer mejor la situación y conocer las historias de más adultos mayores; la experiencia como alumno sobre el cuidado de la persona mayor no era suficiente para dar un cuidado de mayor calidad. A pesar de estas limitantes se tuvo la oportunidad de abordar el fenómeno y conocer la situación, sin embargo, de no haber existido estas la experiencia habría sido más amplia.

Conclusión

Ante las evidencias de lo expresado por el señor F. S. sobre lo vivido en el asilo, y de las implicaciones en su estado, psicológico y social, y en la forma en cómo se relaciona consigo mismo y con los demás. Se considera de gran importancia que el personal de salud, en especial enfermería, retome esta experiencia para generar mejores intervenciones en el cuidado del adulto mayor. Es por esto por lo que la atención del adulto mayor amerita una mejor comprensión de las vivencias mediante la perspectiva del personal de enfermería, tomando en cuenta a familiares y con el personal que provee atención a los adultos mayores institucionalizados. Los patrones del conocimiento de Barbara Carper son de gran utilidad para que el personal de enfermería dé un mejor servicio a la población, en este escrito con énfasis al adulto mayor institucionalizado, ya que el proceso de adaptación es en muchos casos no se logra, lo que ocasiona alteraciones en esta población.

Financiamiento

El autor declara no haber recibido financiación para el desarrollo de este escrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. El autor declara que ha seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. El autor declara 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. Salgado LLL. Plan Estatal de Desarrollo, 2019-2024 [Internet]. Gobierno de México [citado: 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://ojp.puebla.gob.mx/index.php/programas/item/plan-estatal-de-desarrollo-2019-2024>
2. Coindreau-Frías F, Ramos-Bacco M, Barba-Marines A, Gutiérrez-Torres A, Barrera-Saldaña HA, Valero-Gómez J. Características del adulto mayor institucionalizado en el área metropolitana de Monterrey. *Salud Publica Mex.* 2018;60(6):738.
3. Hurtado Taborda LD, Castañeda Valderrama V, Ceballos Gómez JA, Escobar Torres AF. Adaptación del Adulto Mayor Institucionalizado según el modelo de Callista Roy: aportes a la discusión de resultados [Internet]. Colombia: Universidad Libre. Disponible en: <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/16058/ADAPTACION%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Buittoni IS. Calidad de vida del adulto mayor institucionalizado [Internet]. Argentina: Universidad de la Cuenca del Plata; 2019 [citado: 16 de septiembre de 2021]. Disponible en: http://dspace.ucp.edu.ar/xmlui/handle/DGB_UCP/295
5. Campo Torregroza E, Laguado Jaimes E, Martín Carbonell M, Camargo Hernández KC. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2018 [citado: 15 de julio de 2021];34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005
6. Sosa Huiman CS, Viera Vasquez MA. Cuidado enfermero para la trascendencia de la persona como ser humano. Servicio de Cirugía Hospital MINSA. Chiclayo 2018. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019.
7. Durán-Badillo T, Domínguez-Chávez CJ, Hernández-Cortés PL, Félix-Alemán A, Cruz-Quevedo JE, Alonso-Castillo MM. Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta Univ.* 2018;28(3):40-6.
8. Esquivel BO, Álvarez MA. Experiencia vivida del personal de enfermería al cuidado de las úlceras por presión en un asilo de Aguascalientes, México. CIAIQ2018 [Internet]. Congreso Ibero-Americano de Investigación Cualitativa (CIAIQ); 2018 [citado: 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1828>
9. Persona mayor institucionalizada. Plan de cuidados estandarizado al ingreso - Repositorio Institucional de Documentos [Internet]. España: Universidad de Zaragoza; 2017 [citado: 16 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/90451>
10. López Romero AL, Romero Cárdenas JA. Una mirada a la resiliencia desde la vejez y su desarrollo en los adultos mayores institucionalizados [Internet]. Colombia: Universidad Santo Tomás; 2021 [citado: 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/32127>
11. Enríquez-Quintero ID, López-Cisneros MA, Calixto-Olalde MG. Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. *Rev Enferm IMSS.* 2020;27(4):230-6.
12. Colmenares Robles ZC, Moya Plata D, Herrera IDV. Desde la enfermería basada en evidencia: patrones de conocimiento: mirando su narrativa: fenómeno del cuidado. *Cult Cuid Rev Enferm Humanid.* 2020;24(58):196.
13. Pachón Celis LK, Pinzón Rojas KE. Fundamentación de la práctica profesional de enfermería desde los patrones de conocimiento (revisión narrativa) [Internet]. Colombia: Universidad Antonio Ariño; 2021 [citado: 7 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://186.28.225.13/handle/123456789/1993>
14. Chanis LCR, Yolanda GW. Intersubjetividad e investigación en enfermería. *Enfoque Revista Científica de Enfermería.* 2018;22(18):22-8.
15. Carvalho LG, Hamilton HM, Burke ME, McDonald C, Griggs S. End-of-life nursing knowledge among nursing students. *J Nurs Educ.* 2020;59(3):154-7.
16. Terry L, Carr G, Curzio J. Expert nurses' perceptions of the relevance of carper's patterns of knowing to junior nurses. *ANS Adv Nurs Sci.* 2017;40(1):85-102.
17. Roy C, Andrews H. *The Roy adaptation model 3ra ed.* Pearson education; 2009.
18. Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enferm Cuid Humaniz.* 2018;7(1):27-42.

Experiencia de la consultoría de enfermería en el área de radio-oncología

Judith Ángel-López

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

Resumen

La consultoría en enfermería no es un tema joven, pero es de actual relevancia en el desarrollo de la profesión. De acuerdo con la experiencia, quienes proporcionan consultoría en enfermería deben ser profesionales guiados por un pensamiento crítico, ser reflexivos y tener interés por los planteamientos e interrogantes que, en consecuencia, lleven a partir de una valoración de enfermería a la búsqueda de soluciones y aplicación de cuidados encontrados en la mejor evidencia científica. Este artículo pretende visibilizar la participación en la construcción de un modelo de consultoría en una institución de 3.^{er} nivel de atención en el área de radio-oncología; se abordarán algunos aspectos de la experiencia, limitantes y retos que se tuvieron para asentar las bases de lo que hoy es la consultoría de esta especialidad. Es importante reconocer que el camino aún continúa, sin embargo se requiere de la participación de las nuevas generaciones nutrirlo y adaptarlo a los actuales contextos sociales, culturales, políticos, económicos y de salud. La consultoría de enfermería impulsa el posicionamiento de la profesión, haciendo visible la atención especializada de enfermería y el impacto que esta genera en el paciente con padecimientos hemato-oncológicos.

Palabras clave: Consultoría. Enfermería. Radio-oncología. Competencias. Calidad.

Nursing consultancy experience in the area of radio-oncology

Abstract

Nursing consulting is not a young topic, but it is currently relevant in the development of the profession. According to experience, those of us who provide nursing consulting must be professionals guided by critical thinking, be reflective, have an interest in the approaches and questions that, consequently, lead us from an assessment of nursing to the search for solutions and application of care found in nursing best scientific evidence. This article aims to make visible the participation in the construction of a consulting model in a 3rd level institution of attention in the area of Radiation Oncology, some aspects of the experience, limitations and challenges that were had to lay the foundations of what today is the consultancy of this specialty. It is important to recognize that the path still continues, however, the participation of the new generations is required to nurture it and adapt it to the current social, cultural, political, economic and health contexts. Nursing consulting promotes the positioning of the profession, making specialized nursing care visible and the impact it generates on patients with hemato-oncological conditions.

Keywords: Consulting. Nursing. Radiation oncology. Skills. Quality.

Correspondencia:

Judith Ángel-López
E-mail: judith.angell@incmnsz.mx

Fecha de recepción: 27-05-2022
Fecha de aceptación: 22-08-2022

Disponible en internet: 03-10-2023
Rev Mex Enf. 2023;11(3):113-118
www.incmsnz.mx

Cómo citar este artículo: Ángel-López J. Experiencia de la consultoría de enfermería en el área de radio-oncología. Rev Mex Enf. 2023;11:113-118. 2339-7284 / © 2022 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La consultoría en enfermería no es un tema joven en su totalidad, pero actualmente continúa siendo de relevancia en el desarrollo de la enfermería. Históricamente los oficios que precedieron a la enfermería profesional fueron las comadronas, parteras, practicantes en el uso de hierbas y remedios mágicos como las llamadas hechiceras, que de acuerdo con sus mejores experiencias empíricas, como parte de sus cuidados proporcionaban información sobre remedios y consejos para el autocuidado y recomendaciones para la familia en general.

En tiempos pasados, las mujeres sanadoras autónomas y sus cuidados fueron muchas veces la única atención médica al alcance de los pobres y de las propias mujeres. Las mujeres sanadoras representaban una visión y una práctica mucho más humana y empírica que favorecía a la mejoría de las personas¹.

La consultoría de enfermería se basa en la actuación coordinada en la que destacan el respeto a los derechos humanos, el trato amable, respetuoso y el acceso a la información oportuna, las cuales se proporcionan sin hacer diferencias raciales, socioeconómicas ni culturales, condiciones mórbidas o especiales; todas estas redituarán en la optimización de recursos institucionales y en incrementar la satisfacción del usuario².

La Real Academia de la Lengua (RAE) menciona que el concepto consultor o consultora es una persona experta en una materia sobre la que asesora profesionalmente y el aspecto profesional compete a la persona que trabaja en un área laboral específica y especializada, cuyo conocimiento ha adquirido por medio de la instrucción universitaria.

Según Hutchinson, en los últimos años diversas investigaciones a nivel mundial han examinado el perfil con el que debe contar la enfermera consultora, las competencias que debe alcanzar para el ejercicio de una práctica avanzada de la enfermería, como es el uso del conocimiento experto, habilidades complejas para tomar decisiones y desarrollo de competencias clínicas para la práctica de rol ampliado dirigido a poblaciones específicas.

Dentro de los programas académicos de especialización en nuestro país³ se considera en el perfil de egreso el «desarrollo de actividades de consultoría y asesoría especializada a personas y grupos en el ámbito de su competencia».

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermería define a la enfermera consultora y bajo la mirada de la práctica avanzada a una enfermera o enfermero que ha logrado una base de conocimiento experto, habilidades

para la toma de decisiones clínicas complejas y competencias para ejercer un papel extendido; características que son delineadas de acuerdo con el contexto del país en el que ha sido licenciada para ejercer profesionalmente, por lo cual se considera que su nivel de entrada debe ser la maestría⁴.

Antecedentes en México

Los registros más antiguos sobre consultoría de enfermería se tienen en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), en las memorias de algunos documentos, así como en algunos artículos médicos que lo registran; se han desarrollado en diversas áreas de especialidad de enfermería desde aproximadamente 1977, en áreas pioneras como: dolor y cuidados paliativos, heridas y ostomías, leucemias agudas, diabetes y geriatría. Sin embargo, en el devenir histórico y de acuerdo con las necesidades de atención y seguimiento de los pacientes fuera del área de hospitalización, se tuvo la necesidad de crear clínicas de atención de las especialidades antes mencionadas, las cuales hoy en día son lideradas por personal de enfermería.

En innegable que, en principio (en la experiencia institucional) no se visualizaba la función de la consultoría por parte de enfermería; las primeras enfermeras en ocupar estos puestos no contaban con estudios específicos de la especialidad, y los principales objetivos para las enfermeras fueron de asistencia a los médicos en los procedimientos y en la consulta médica.

Al paso de los años, las enfermeras fueron adquiriendo vastos conocimientos y experiencias en cada área, que les fue permitiendo atender asertivamente las necesidades que los usuarios externaban en un ámbito domiciliario. En algunos casos, incluso al no estar presente los médicos, eran las mismas enfermeras quienes dirigían y tomaban las mejores decisiones en los tratamientos, cuidados para los usuarios, asimismo proporcionaban información importante como consejos para el cuidado a los familiares y cuidadores primarios.

En México existen registros publicados sobre antecedentes que se remontan a 1997 de la consultoría en el primer nivel de atención en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMI-Gen). Asimismo para el 2002 se crearon Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) que desarrollan acciones de carácter preventivo y de rehabilitación para mejorar la salud mediante la consulta externa; estos programas fueron implementados para sus derechohabientes desde 2002⁵.

En 2008, el Hospital General de México inició con la consejería de enfermería por medio de intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas de mediano riesgo, personas con hipertensión arterial, insuficiencia renal y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en proyectos de investigación⁶.

En el año 2011 el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía implementó la consultoría de enfermería con el fin de beneficiar al enfermo por medio de la relación enfermera-paciente-familia. También favorece la adherencia terapéutica, previene y evita riesgos para la salud, mejora los estilos de vida y ayuda en la rehabilitación, utilizando el proceso enfermero⁵. En este instituto la consultoría ha tenido un desarrollo sostenido y potencial a lo largo de estos años, teniendo evidencia sobre su éxito y los alcances que se han logrado en estos 10 años al generar un modelo de atención de enfermería neurológica⁷.

La experiencia de consultoría oncológica a nivel mundial

La consultoría de enfermería oncológica a nivel mundial (donde obtenemos más evidencia) demuestra las ventajas de su implementación.

En una búsqueda por plataformas especializadas en enfermería oncológica, resalta la Sociedad Española de Oncología Radioterápica, donde encontramos una guía clínica con un plan diagramado sobre la consultoría de enfermería en el paciente sometido a radioterapia, resaltando sus intervenciones y los cuidados de enfermería⁸.

Así también se encuentran algunas investigaciones originales de China donde se resaltan las intervenciones de enfermería basadas en evidencia mediante la consultoría para el abordaje del paciente oncológico. En estos estudios se evidencia la utilidad de esta al obtener mejores resultados de apego a tratamiento, disminución de eventos adversos, mejora de la satisfacción y en general disminución de riesgos para el paciente cuando recibe estas intervenciones especializadas⁹⁻¹¹.

En una revisión sistemática, se analizó la efectividad y el contenido de la consultoría de enfermería en pacientes gineco-oncológicas, encontrando algunas diferencias sustanciales que pueden ampliar el panorama para quien emprende el camino de la implementación de la consultoría¹².

Hablando de América Latina, se encuentran algunos proyectos de maestría donde se realiza la propuesta/pilotaje de consultoría de enfermería para el paciente oncológico donde el objetivo principal es fomentar las

buenas prácticas de salud y autocuidado de la persona con cáncer, teniendo como resultados mejor apego al tratamiento y disminución de los problemas de salud por efectos adversos^{13,14}.

La experiencia en la construcción de un modelo de consultoría radio-oncológica

El INCMNSZ en el año 2012 atendía a sus usuarios con padecimientos oncológicos y hematológicos en la Unidad de Radio-Oncología (U-RO) para un abordaje ambulatorio. Dentro de esta unidad está el servicio de radioterapia externa, donde se encuentra uno de los aceleradores lineales más novedosos en Latinoamérica, el Truebeam de Varian. Asimismo, el área de quimioterapia ambulatoria, el consultorio de procedimientos hemato-oncológicos invasivos y la clínica de leucemias agudas.

La administración gerencial de enfermería consideró la inclusión de profesionales especializados en el ámbito de la oncología para generar planes y proyectos con el fin de satisfacer las necesidades de la población institucional, buscando la atención con calidad, calidez y cuidado humanizado que caracteriza al instituto. Sin embargo, por aquellos años eran muy escasas las enfermeras especialistas en oncología, aunque había otras colegas con experiencia de años y a quienes a manera de reconocimiento se menciona que su participación y experiencia fue muy importante en lo que fueron los incipientes pasos de la proyección de la consultoría radio-oncológica en la institución.

El equipo de trabajo analizó el proceso de atención ambulatoria, se establecieron y clasificaron los cuidados con base en las alteraciones de los pacientes, tanto por la propia enfermedad como las alteraciones presentadas a causa de los tratamientos.

La comisión que se tenía por parte de las autoridades de la institución fue la creación de un programa de trabajo para garantizar la atención radio-oncológica de calidad, por lo que mediante un diagnóstico situacional se identificaron áreas de oportunidad en la atención, así como también las fortalezas como equipo. Esta información permitió deconstruir para construir las bases de lo que sería el modelo de consultoría radio-oncológica.

La información analizada permitió al equipo de trabajo comprender las acciones y procesos que se debían mejorar durante la consulta, pero se identificó que un porcentaje importante de los pacientes no se apegaban a los cuidados por falta de conocimiento o por no comunicar las dudas al personal de enfermería; asimismo, identificó la importancia de la capacitación

y fortalecimiento en otras áreas como la tanatología, el trato humanizado, motivar y autorreflexionar sobre la empatía, el amor por la otredad, la comunicación, la espiritualidad, en general el cuidado humanizado, entendiéndose como el cuidado que requiere un valor personal y profesional encaminado al restablecimiento, conservación y autocuidado de la vida donde la relación terapéutica de la enfermera-paciente debe estar comprometida desde aspectos filosóficos, científicos y morales hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida de la persona².

Fue así como se fue dando forma al modelo que se consideró proyectar desde aquellos años y pese a que no se ha concluido tal y como se planeó, muchas de las bases que se asentaron siguen dando forma al modelo que caracteriza a la unidad y del cual se tiene satisfacción por ver los resultados benéficos en los pacientes.

Fue el 29 de enero del 2014 cuando se iniciaron las acciones de consultoría de enfermería en el servicio de radioterapia ambulatoria. La asistencia de pacientes aún era baja en comparación con la actualidad. La agenda de pacientes ascendía a 20 diarios en promedio y se encontraban en tratamientos avanzados o casi por finalizar. Un aspecto que en principio tuvo impacto fue la falta de familiaridad con la consultoría de enfermería por los técnicos radiólogos y físicos médicos del área, así como la falta de experiencia práctica en la radioterapia, lo que limitó en las primeras experiencias, la oportunidad de intervenciones como profesionales de enfermería. Sin embargo se ha tenido la actualización constante y el acercamiento al equipo multidisciplinario para obtener las herramientas necesarias en nuestra atención.

Las acciones dentro de la consultoría se basan en la valoración de los pacientes, por medio de los patrones funcionales, como modelo de enfermería establecido en la organización de enfermería, dicha valoración realizada desde el primer acercamiento del paciente al servicio, lo que permite proporcionar una adecuada educación de este dirigida a efectos secundarios del tratamiento y/o signos-síntomas de su patología de base, detección oportuna de efectos adversos y apego al tratamiento.

Asimismo, las intervenciones incluyen la instalación de accesos periféricos cuando se requiere, la administración de analgésicos, antieméticos y curación de heridas, por citar solo algunos procedimientos necesarios y derivados de la valoración.

Un aspecto importante ha sido la orientación formal por medio de una comunicación asertiva de los cuidados durante el tratamiento, detección oportuna de efectos adversos y la interconsulta a otras especialidades

(como la clínica del dolor, clínica de heridas y ostomías, y medicina interna) o al servicio de urgencias cuando el paciente ha acudido en condiciones que podrían poner en riesgo su vida.

A lo largo de esta experiencia se han fortalecido los procesos de comunicación oral y escrita, por medio de los registros electrónicos de enfermería con implementación del proceso atención de enfermería (PAE), sin embargo, también se han elaborado e integrado instrumentos de valoración con base en escalas validadas que se aplican al usuario afectado por alguna enfermedad oncológica.

A lo largo del tiempo se han fortalecido los elementos necesarios para llevar a cabo una consultoría exitosa en la unidad de radio-oncología, tal es el caso del mobiliario adecuado a las necesidades. El consultorio destinado para enfermería, el cual se encuentra equipado con un escritorio y su equipo de cómputo, una lámpara de pie, mesa de exploración, mesas mayo, baumanómetro, estetoscopio, saturómetro, gavetas para material y equipo. Esto ha permitido que se mejore la calidad en las intervenciones de enfermería, pues los pacientes pueden ser valorados minuciosamente en un entorno seguro, cómodo y propiciando el respeto y pudor, así como tener un espacio cerrado para poder expresar dudas e inquietudes.

Los instrumentos de valoración de calidad de vida

Respecto a las herramientas administrativas, uno de los instrumentos que se utilizan para realizar la valoración es el cuestionario de la *European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), Quality of Life of Cancer Patients (QLQ-C30)*, para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Es un instrumento europeo, traducido y validado en 81 idiomas, utilizado en más de 3,000 países¹⁵.

Dicho instrumento consta de 30 preguntas básicas y el resto se enfocan en la patología o tratamiento que esté llevando el paciente en ese momento como el cáncer de mama, próstata y pulmón (por mencionar algunos ejemplos). Se responde en escala Likert y conforme transcurre el tratamiento se identifica qué áreas tienen disminución de la calidad de vida para incidir en ellas. Dicho instrumento nos permite tener información que derive en un análisis más profundo respecto a la respuesta de los pacientes en tratamiento con radioterapia externa y la modificación de su calidad de vida, sin embargo una de las grandes debilidades es que antes de ser considerado oficialmente tiene que pasar por un proceso de autorización del organismo internacional.

Los registros de enfermería

Fue indispensable construir y diseñar el formato de la hoja de enfermería para el paciente en radioterapia. Esta hoja de enfermería ha permitido documentar la evidencia de las intervenciones realizadas en los pacientes, pues en ese momento el expediente electrónico aún no era implementado en un cien por ciento en el instituto.

La hoja de valoración de enfermería ha sido estructurada con base en los patrones funcionales de Marjory Gordon (modelo institucional). Cabe mencionar que esta adecuación de la hoja de enfermería en el área de radioterapia fue revisada y aprobada por las autoridades del instituto y requirió un arduo proceso de análisis para llevarse a cabo. Asimismo, fue importante mantener comunicación con el equipo multidisciplinario sobre los cambios presentados en el proceso de la atención de enfermería en el servicio, de tal forma que los médicos indicaban como parte de la atención de primera vez, programar al paciente a su valoración de enfermería, que conforme al orden de los patrones funcionales e identificando alteraciones, con sus consecuentes intervenciones, haciendo énfasis en la educación del paciente respecto a su cuidado, prevención de riesgos, detección oportuna de otras enfermedades o efectos adversos al tratamiento, manejo y apego a medicamentos, entre otros temas.

Por lo anterior, recientemente se ha fortalecido la estructura de elaboración del PAE en las notas de enfermería con sesiones académicas continuas y evaluaciones formativas.

La experiencia pandémica por COVID-19

Por gestiones administrativas y la consecuente pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se interrumpieron actividades de consultoría, los espacios físicos fueron solicitados por otros departamentos debido a la reconversión del instituto, el personal operativo vulnerable se fue de resguardo y se integró personal de otras áreas. Algunos pacientes por temor al contagio dejaron de asistir a sus tratamientos y solo hubo pocos ingresos de pacientes por iniciar su tratamiento.

Lo anterior limitó la asignación de un profesional de enfermería debidamente capacitado en la consultoría, la interrupción duró aproximadamente 10 meses. Para marzo de 2021 se reiniciaron operaciones, no sin antes hacer un análisis del programa de trabajo, se recuperó el espacio físico asignado y se reestructuró la forma de trabajo, así como la documentación de la atención de

los pacientes en las hojas físicas de enfermería diseñadas para este fin y en el expediente electrónico.

Algunas limitantes para la consultoría

A seis años de operación de la consultoría de enfermería se han tenido muchos retos y complicaciones, pero también muchas satisfacciones que están pendientes de documentar, como el impacto positivo y manejo terapéutico de los pacientes. Se ha logrado la integración de un equipo con las competencias necesarias para la atención y la sensibilización de los profesionales de otras disciplinas respecto al trabajo de enfermería.

En esta experiencia adquirida hasta ahora en la consultoría de enfermería se han tenido algunas limitantes, sobre todo profesionales, pues, aunque inicialmente se contaba con personal especializado en enfermería oncológica, las necesidades administrativas y personales han requerido el movimiento de ellos, llegando ahora a un 20% del personal especializado en la plantilla del servicio.

La falta de familiarización de otros gremios (médicos, administrativos y técnicos) con la consultoría ha limitado la ejecución, se ha tenido que trabajar en la concienciación de la importancia del trabajo de enfermería y sobre todo los resultados que se reflejan en los pacientes es lo que ha ganado la credibilidad de la importancia de nuestras intervenciones.

Es necesario que el equipo que colabora en la U-RO mantenga la visión de la importancia de la consultoría para poder permanecer vigentes, trabajar siempre en mejora de los procesos y diseñar un modelo de atención.

Conclusiones

La experiencia hasta el momento ha reflejado que la atención especializada de enfermería genera impacto positivo en el cuidado al paciente, se sabe principalmente porque los pacientes lo mencionan como un grado de satisfacción, asimismo porque en la mayoría de los casos los pacientes realizan su autocuidado siguiendo la guía de enfermería, este hecho ha mejorado la cultura de autocuidado e identificando asertivamente los efectos secundarios y datos de alarma. Esto se alinea con la evidencia analizada, donde se demuestran las ventajas y se apoya la implementación de la consultoría por personal especializado de acuerdo con la población que se atiende.

Con el tiempo y hablando de esta experiencia, se ha visto la necesidad de que los profesionales de enfermería

desempeñen esta función, se han tenido ocasiones en que los mismos pacientes preguntan por la atención y solicitan su continuidad (p. ej., cuando algunas incidencias y prestaciones propias del personal de enfermería tienen que ser otorgadas). Las médicas a cargo del servicio han externado la necesidad de las intervenciones de enfermería y se ha logrado el respeto y reconocimiento de esta labor por los técnicos radiólogos del servicio.

La implementación de la consultoría en radioterapia ha permitido iniciar el camino hacia la práctica avanzada, se ha mejorado el posicionamiento de enfermería dentro de la unidad con el equipo multidisciplinario y nuestros pacientes.

Es claro que el camino no se ha recorrido en su totalidad, aún queda mucho por precisar, se carece aún de procesos de investigación formales que permitan evidenciar el impacto positivo hacia la calidad de vida de los pacientes atendidos, así como el apego a los tratamientos y cuidados recomendados para tener en casa; se trabajará en los proyectos pendientes para poder seguir construyendo las bases, lograr las publicaciones de resultados y continuar con la mejora de la metodología hasta lograr un modelo de atención del paciente oncológico.

Consideraciones finales

Sin duda es necesario poder contar con más evidencia científica, por lo cual se tiene visualizado seguir trabajando en líneas de investigación que favorecerán el cuidado de enfermería, el impacto en la calidad de vida de los usuarios de las instituciones de salud, así como el posicionamiento de la disciplina de enfermería.

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

La autora declara no tener conflicto de intereses, el tema destaca la experiencia en la contribución en las bases de la consultoría de enfermería en una de las instituciones de salud más reconocidas de México.

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.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Ehrenreich B, English D. Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. Edición original de 1973. EE. UU.: Glass Mountain Pamphlet the Feminist Press; 2006.
2. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, Cruz-Ruiz MC. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Rev Enferm Herediana*. 2016;9(2):133-42.
3. UNAM Posgrado. Programa único de especializaciones en Enfermería. México; 2021. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/portalE-NEO2020/posgrado/especialidades/>
4. Morán-Peña L. La enfermería de práctica avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enfermería Universitaria*. 2018;14(4).
5. Nava Galán MG, Valdez Labastida R, Zamora Ruiz PE. Modelo de consultoría en enfermería neurológica. *Rev Neurol (Mex)*. 2012; 11(1):6-13.
6. Castro Serralde E, Padilla Zarate MP, Solís Flores L. Consejería personalizada en Enfermería en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2009;72(4):228-30.
7. Valdez Labastida R, Zamora Ruiz P, Reyes Chávez BE, López Cantera G. Consultoría de enfermería, una estrategia de cuidado avanzado. *Rev Enf Neurol (Mex)*. 2017;16(3):159-66.
8. Tejeda Alfonso R, Meroño Fernández J, Lengo Cabezas M, Roncero Barreda P, Rodríguez Arranz C, Casado Rebollo G, et al. Nuevas tecnologías y cuidados en oncología radioterápica. *Sociedad Española de Oncología Radioterápica*; 2012. Disponible en: https://seor.es/wp-content/uploads/2020/03/guia_cuidados_radio_onco.pdf
9. Zhang T, Lu J, Fan Y, Wang L. Evidence-based nursing intervention can improve the treatment compliance, quality of life and self-efficacy of patients with lung cancer undergoing radiotherapy and chemotherapy. *Am J Transl Res*. 2022;14(1):396-405.
10. Wang X, Lai Q, Tian Y, Zou L. Effect of evidence-based nursing intervention on upper limb function in postoperative radiotherapy patients with breast cancer. *Medicine*. 2020;99:11.
11. Pang L, Wang Y, Xing Y, Zhao C. Application effects of whole course high-quality nursing on patients with liver cancer during radiotherapy. *Iran J Public Health*. 2019;48(10):1777-85.
12. Raphaelis S, Kobleider A, Mayer H, Senn B. Effectiveness, structure, and content of nurse counseling in gynecologic oncology: a systematic review. *BMC Nursing*. 2017;16:43.
13. Little LE, Vargas RK. Proyecto: Creación de una consulta de enfermería oncológica especializada en la unidad de quimioterapia del Hospital Calderon Guardia [tesis de maestría en Internet]. [Costa Rica]: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio; 2020. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81890/19-11-2020%20V10-Eloisa%20y%20Katherine%20Revisi%C3%B3n%20%281%29%20%281%29%20-%20copia.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
14. Estrada AV. Efectividad de la consejería de enfermería en el autocuidado del paciente y familia en el servicio de quimioterapia ambulatoria del HNERM, en el año 2017 [tesis de maestría en Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/4201/PAGS00106E93.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. EORTC Quality of life. Questionnaires [Internet]. EORTC Quality of life [citado: 21 junio de 2022]. Disponible en: <https://qol.eortc.org/questionnaires/>