

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

AÑO 12 - NÚMERO 1 - Enero-Abril 2024

www.incmnsz.mx

Autora: Lucille Wong

DÍA MUNDIAL DEL RIÑÓN 2024



Elaborada por: EEN Baca García Brenda Guadalupe, EEAE Citalhua Hernández Guadalupe, EEN Delgado Hernández Alba Maxine, LE Rivera Castillo Erika Guadalupe.

¿Qué es?

El Día Mundial del Riñón (DMR) es una campaña mundial destinada a crear conciencia sobre la importancia de nuestros riñones y cómo crear un acceso equitativo a la atención para las personas que viven con enfermedad renal para mejorar su calidad de vida y retrasar la progresión de la enfermedad, **este año lo celebramos el 14 de marzo.**

Epidemiología

- La Enfermedad Renal Crónica (ERC), es responsable de 2,4 millones de muertes anuales a nivel mundial.
- En México se ha estimado una prevalencia de enfermedad renal de 12.2 por ciento y una tasa de 51 defunciones por cada 100 mil habitantes.
- En 2022, en México, realizaron 577 trasplantes provenientes de donadores vivos o fallecidos.

¿Sabías qué?

- Las principales causas de ERC son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica.
- Si un riñón deja de funcionar, el otro riñón empieza a aumentar de tamaño para realizar el trabajo de ambos.
- En la actualidad la ERC es la 8º causa de muerte.

Las 8 reglas de oro para tu salud renal

1. Mantenerse en forma y activo.
2. Mantener un control regular de los niveles de glucosa en sangre.
3. Monitorear tu presión arterial.
4. Comer saludablemente y mantener tu peso bajo control.
5. Mantener una ingesta de líquidos saludables.
6. NO fumar.
7. NO automedicarse.
8. Checar tu función renal si tienes uno o más factores de alto riesgo.

Referencias bibliográficas

- <https://www.worldkidneyday.org/>
- <https://acortar.link/JcYljj>
- <https://acortar.link/V4DpER>

Salud Renal Para Todos

Avancando un acceso equitativo a atención y práctica farmacológica óptima



UNIDAD METABÓLICA, INCMNSZ



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

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

Número 1 • Año 12 • Enero-Abril 2024 • 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

La obra presentada en la portada de la Revista pertenece al Acervo Artístico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, gracias al apoyo de la Lic. Palmira de la Garza, coordinadora de Arte y Cultura.

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.: 10114AMEX241

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Índice

EDITORIAL

Tejiendo bienestar: explorando las intersecciones entre salud mental y enfermería

Victoria R. Rojas-Lozano y Oliva López-Sánchez1

ARTÍCULOS ORIGINALES

Ideación suicida en semestres avanzados de estudios de enfermería y su relación con niveles moderados de depresión

Erendida V. Tórrez-Zermeño, Daniela S. Ortiz-Delgado, Ma. Luisa de Luna-Noriega, Ma. Isabel Muñoz-Martín-del Campo y Karla P. Mauricio-Reyes4

Entornos laborales generadores de depresión, *burnout* y riesgo de suicidio por COVID-19 en personal de salud de Yucatán

Karina Casco-Gallardo, Josué Medina-Fernández, Verónica Pacheco-Chan y Débora Canté-Hernández9

Relación entre síndrome de *burnout* académico y rendimiento académico en estudiantes de enfermería de una universidad pública

Ignacio Grajales-Alonso, Ericay B. Martínez-Ramos, Elizabeth Cortés-Bohórquez y Francisco R. Ordaz-Zurita 15

Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de personas que viven con diabetes *mellitus* 2

Patricia Rivera-Vázquez, Flor E. Carbajal-Mata y Gabriela Maldonado-Guzmán 23

BUENAS PRÁCTICAS

Síndrome de Sjögren (SS). Educación e intervenciones a usuarios hospitalarios. Estudio de caso, síndrome de Sjögren

Berenice Piña-Juárez 28

ARTÍCULO DE PERSPECTIVA

Intervenciones de enfermería emocional al adulto mayor recién jubilado en México

Bryan R. Reyes-Medina y Raúl F. Guerrero-Castañeda 37

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

Weaving wellbeing: exploring the intersections between mental health and nursing

Victoria R. Rojas-Lozano y Oliva López-Sánchez1

ORIGINAL ARTICLES

Suicidal ideation in advanced semesters of nursing studies and its relation with moderate levels of depression

Erendida V. Tórriz-Zermeño, Daniela S. Ortiz-Delgado, Ma. Luisa de Luna-Noriega, Ma. Isabel Muñoz-Martín-del Campo y Karla P. Mauricio-Reyes4

Relationship of depressive symptoms and *burnout* syndrome with suicide risk in health personnel in Yucatan

Karina Casco-Gallardo, Josué Medina-Fernández, Verónica Pacheco-Chan y Débora Canté-Hernández9

Relationship between academic *burnout* syndrome and academic performance in nursing students at a public university

Ignacio Grajales-Alonso, Ericay B. Martínez-Ramos, Elizabeth Cortés-Bohórquez y Francisco R. Ordaz-Zurita 15

Results of an educational intervention to improve self-care in people living with diabetes

Patricia Rivera-Vázquez, Flor E. Carbajal-Mata y Gabriela Maldonado-Guzmán..... 23

GOOD PRACTICES

Sjögren's syndrome (SS). Education and interventions for hospital users. Case study, Sjögren's syndrome

Berenice Piña-Juárez 28

PERSPECTIVE ARTICLE

Emotional nursing interventions for recently retired older adults in Mexico

Bryan R. Reyes-Medina y Raúl F. Guerrero-Castañeda..... 37

Tejiendo bienestar: explorando las intersecciones entre salud mental y enfermería

Weaving wellbeing: exploring the intersections between mental health and nursing

Victoria R. Rojas-Lozano^{1*} y Oliva López-Sánchez²

¹Estancia de Investigación posdoctoral; ²Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

La salud mental es un problema mundial de salud pública. De acuerdo con el *World Mental Health Report. Transforming mental health for all*, elaborado por la *World Health Organization* (WHO) en 2022, se estima que 970 millones de personas en el mundo estaban afectadas por un trastorno mental en 2019, el 82% de las cuales estaban en países de ingresos bajos y medianos. Para dimensionar lo anterior, dicho organismo internacional mencionó que «las personas con trastornos mentales graves mueren una media de 10 a 20 años antes que la población general, la mayoría de las veces por enfermedades físicas prevenibles»¹.

El reporte arriba citado también documentó que las mujeres representaron el 54.4% y los hombres el 47.6% del 13% de la población mundial que vivían con algún trastorno mental en 2019. De los trastornos más comunes hasta este año, 301 millones vivían con ansiedad y 280 con depresión, siendo la primera la más usual a edades tempranas y la segunda en la adultez y vejez, con una mayor prevalencia en mujeres en comparación con hombres. En el caso de la etapa más temprana de la vida, se calculó que el 3.6% de la niñez de 10 a 14 años y el 4.6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad. También se calculó que el 1.1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2.8% de los de 15 a 19 años padecen depresión².

Después de ajustar las cifras por la pandemia de COVID-19, las estimaciones iniciales mostraron un incremento en trastornos depresivos con un salto de 256 millones y de 374 millones en ansiedad¹. Cifras mayores para países de ingresos bajos y medios, para mujeres, personas jóvenes y para profesionales sanitarios. Bajo este contexto una población que es fundamental nombrar es la correspondiente al campo de la salud, que ha sido una de las poblaciones con más altos desafíos de salud mental durante la pandemia.

El personal sanitario y el estudiantado de esta área (para evitar cacofonías) han sido históricamente una población con altos riesgos de padecer problemas de salud mental. Con la pandemia estos problemas aumentaron como consecuencia de la incertidumbre que representaba la atención de un virus que se desconocía, el incremento del trabajo, el número de contagios y de muertes del personal; y en el caso del estudiantado por la propia migración de una educación presencial a una remota de emergencia y toda la gama de problemáticas que esto desveló y ocasionó.

De acuerdo con lo anterior, diferentes investigaciones ofrecieron un diagnóstico sobre los desafíos en materia de salud mental que atravesaba esta población. Documentaron, por ejemplo, que los principales problemas de salud mental del estudiantado de enfermería fueron la depresión (52%), el miedo (41%), la ansiedad

***Correspondencia:**

Victoria R. Rojas-Lozano
E-mail: vicra.rojas@iztacala.unam.mx

Fecha de recepción: 03-11-2023
Fecha de aceptación: 06-11-2023
DOI: 10.24875/ENF.M24000020

Disponible en internet: XX-XX-XXXX
Rev Mex Enf. 2024;12(1):1-3
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Rojas-Lozano VR, López-Sánchez O. Tejiendo bienestar: Explorando las intersecciones entre salud mental y enfermería. *Rev Mex Enf.* 2024;12:1-3.

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/>).

(32%), el estrés (30%) y los trastornos del sueño (27%)³; y en el caso del personal sanitario, mediante una revisión sistemática que incluyó 59 estudios con una muestra de 54,707 participantes de al menos 34 países distintos, documentaron que el porcentaje de trabajadores de la salud con ansiedad osciló entre el 9 y 90%, con una mediana del 24%; el de depresión entre el 5 y 51%, con una mediana del 21%; los problemas del sueño entre el 34 y 65%, con una mediana del 37%, y la angustia entre el 7 y 97%, con una mediana del 37%⁴.

Este primer número de 2024 de la *Revista Mexicana de Enfermería*, editada por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, está dedicado a la salud mental que involucra al personal de enfermería en dos importantes sentidos: por un lado, se plantean las afectaciones emocionales y mentales como la depresión, la ideación suicida, el *burnout* y sus efectos en los escenarios académicos formativos y de labor hospitalaria durante la pandemia de COVID-19, y por el otro se plantean los desafíos profesionales y de formación para este último gremio.

Respecto al primer nodo temático podemos señalar que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) declaró que el personal de la salud en América Latina mostró afectaciones importantes en la salud mental debido a la sobrecarga laboral durante la pandemia de COVID-19, destacando los altos niveles de depresión e ideación suicida y malestares psicológicos diversos⁵. Además, en el informe de la Organización Panamericana de la Salud titulado *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES)* en 11 países de la región se mostró que entre 14.7% y 22% de los equipos de salud entrevistados en 2020 se presentaron síntomas de episodios depresivos, mientras que un 5 a 15% del personal reportó ideas suicidas⁶.

Un estudio en la *American Nurses Association* reportó que el personal de enfermería piensa más en el suicidio con respecto a otros profesionales de la salud⁷. De acuerdo con esta investigación, la ideación suicida fue relacionada con el *burnout* y la depresión, siendo las enfermeras las que presentan mayores riesgos y probabilidades de suicidarse respecto de las mujeres médicas⁸. Los factores de riesgo fueron las asimetrías socioculturales de género, las largas horas de trabajo y la falta de autonomía en escenarios laborales extenuantes, conflictos, acoso laboral, sexual, violencia física y verbal de parte de colegas y población usuaria no resueltos.

En este sentido tres de los artículos de este número aportan datos sobre la situación del personal de enfermería en México. Además, permiten plantearnos una serie de interrogantes fundamentales de cara a su intervención y prevención.

En el artículo *Ideación suicida en semestres avanzados de estudios de enfermería y su relación con niveles moderados de depresión* se plantea la importancia de evaluar la salud mental de los estudiantes de enfermería y sus posibles razones, y se abre la necesidad de programas de atención emocional y apoyo psicológico en entornos universitarios para prevenir problemas de salud mental. El segundo artículo, *Entornos laborales generadores de depresión, burnout y riesgo de suicidio por COVID-19 en personal de salud de Yucatán*, nos remite a no dejar fuera la influencia que la pandemia de COVID-19 tuvo en la salud mental del personal sanitario y la importancia de su atención en relación con el impacto en la calidad de la atención médica para los trabajadores de la salud. En el tercer trabajo, *Relación entre síndrome de burnout académico y rendimiento académico en estudiantes de enfermería de una universidad pública*, se profundiza sobre los factores que contribuyen al síndrome de *burnout* académico en estudiantes de enfermería, enfatizando la importancia de la gestión del estrés y el equilibrio entre la vida académica y personal en el rendimiento de los estudiantes.

El segundo nodo del número es relativo a los desafíos profesionales y de formación en materia de intervenciones para los profesionales de enfermería. En ese sentido, lo primero que hay que resaltar es que incluso antes de la pandemia de COVID-19, solo un pequeño porcentaje de las personas que la necesitaban tenían acceso a la atención. Lo segundo es que frente a los datos de prevalencia de salud mental y sus factores de riesgo, resulta contradictorio la poca evidencia sobre intervenciones o apoyos psicológicos que utilizaron los profesionales y estudiantado de la salud como producto de su exposición a situaciones estresantes y la nula existencia de evaluaciones de sus respectivos efectos⁹.

Lo anterior nos invita a cuestionar dos puntos: primero, la forma en la que el personal de salud y en particular el de enfermería gestiona sus propios estados psicosociales y emocionales como individuos; y segundo, el lugar que ocupa en la atención hospitalaria la formulación en intervenciones educativas como estrategia para el autocuidado y cuidado emocional del usuario. Esto incluye el desarrollo de una amplia gama de habilidades, tanto técnicas como emocionales, dentro de las que destacan escucha activa, comunicación asertiva y apoyo en la gestión emocional para derivar, por ejemplo, a aquellas personas que requieren servicios especializados en salud mental o para promover

prácticas de cuidado entre la población con enfermedades crónicas.

De acuerdo con lo anterior, el artículo *Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de personas que viven con diabetes mellitus 2* plantea la eficacia de las intervenciones educativas de enfermería en la gestión de enfermedades crónicas como la diabetes para abrir la posibilidad de pensar sobre cómo se pueden implementar intervenciones similares en otros contextos de atención médica. En el trabajo *Síndrome de Sjögren. Educación e intervenciones a usuarios hospitalarios* se hace evidente la relevancia de la educación de enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y poco comunes, como dicho síndrome. La investigación lanza algunas pistas acerca de cómo se puede aplicar el modelo de Virginia Henderson en la atención de pacientes con enfermedades crónicas y la importancia de la comunicación efectiva y la empatía en la atención de pacientes. Finalmente, la investigación *Intervenciones emocionales de enfermería dirigidas al adulto mayor recién jubilado, en México* ofrece un panorama escasamente considerado en la atención enfermera que es una realidad social: la transición a la jubilación y su impacto emocional en los adultos mayores donde se destaca el papel de las enfermeras y enfermeros en la identificación y apoyo de las necesidades emocionales de los adultos mayores recién jubilados.

En suma, los seis trabajos aquí presentados son una importante entrada de ida y vuelta que coloca al personal de enfermería en una dialéctica de salud mental y formación profesional en beneficio de su propio cuidado tanto en su formación como en el sistema de la salud. Sin embargo, será relevante seguir investigando y promoviendo la atención de salud mental en el ámbito de la enfermería. Agradecemos a las autoras y los autores cuyos trabajos integran este número sus valiosas contribuciones. Sin duda, la temática es de primerísima importancia por los datos epidemiológicos que ofrece de un sector esencial de nuestra población, al mismo tiempo que sugiere estrategias para sortear la problemática.

Invitamos a la lectura de cada uno de los artículos para obtener información detallada sobre cada tema, además de instar a una revisión que, si bien reconoce la necesidad de intervenciones educativas para dar apoyo emocional a esta población, también requiere una problematización que considere (para evitar la cacofonía intervención- intervenciones) la dimensión *psi*¹⁰ desde un enfoque sociocultural, económico y político.

Financiamiento

Las autoras declaran que para el desarrollo del presente escrito no recibieron financiamiento.

Conflicto de intereses

Las autoras 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 en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, los autores han reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

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. World Health Organization. World Mental Health Report. Transforming mental health for all [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [consultado: 2 nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Mulyadi M, Tonapa SI, Luneto S, Lin WT, Lee BO. Prevalence of mental health problems and sleep disturbances in nursing students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract.* 2021;57:103228.
4. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res.* 2020;293:113441.
5. Organización de las Naciones Unidas. América Latina: El personal de la salud muestra elevados niveles de depresión y pensamiento suicida debido a la pandemia [Internet]. Organización de las Naciones Unidas; 2022 [consultado: 2 nov 2023]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/01/1502562>
6. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
7. Kelsey EA, West CP, Cipriano PF, Peterson C, Satele D, Shanafelt T, et al. Original research: Suicidal ideation and attitudes toward help seeking in U.S. nurses relative to the general working population. *Am J Nurs.* 2021;121:24-36.
8. Olsson M, Cosgrove CM, Wall MM, Blanco C. Suicide risks of health care workers in the US. *JAMA.* 2023;330:1161-6.
9. Robles Mendoza AL, López Sánchez O. Estrés y ansiedad en estudiantes de educación superior en condiciones pandémicas. Una intervención psicológica. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 2022;4(1):472-86.
10. Rose N. *Governing the soul: The shaping of the private self.* London: Free Association Books; 1996.

Ideación suicida en semestres avanzados de estudios de enfermería y su relación con niveles moderados de depresión

Erendida V. Tórrez-Zermeño*, Daniela S. Ortiz-Delgado, Ma. Luisa de Luna-Noriega,
Ma. Isabel Muñoz-Martín-del Campo y Karla P. Mauricio-Reyes

Departamento de Enfermería, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, Ags., México

Resumen

Objetivo: Identificar en estudiantes de enfermería el nivel de depresión y su relación con la presencia de ideaciones suicidas que permita estimular la creación de programas de atención emocional durante el tiempo de formación universitaria.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo relacional, transversal y no experimental, con 199 estudiantes universitarios de enfermería elegidos aleatoriamente. **Resultados:** Dentro de la población estudiada el 9% presenta depresión leve y pese a que no se encontró una asociación significativa entre los casos de depresión con una ideación suicida, un alto porcentaje de los alumnos (30%) presentó deseos de morir de un nivel que va de débil a fuerte, mientras que un 13% presentó deseos de vivir con un nivel débil. **Conclusión:** La presencia de ideación suicida es un problema multifactorial y mayormente presentado en jóvenes universitarios que cursan semestres avanzados del programa de estudios. Aunque la depresión no es un factor estadísticamente asociado, existe presencia de niveles moderados de depresión.

Palabras clave: Depresión. Ideación suicida. Estudiantes. Enfermería. Universidad.

Suicidal ideation in advanced semesters of nursing studies and its relation with moderate levels of depression

Abstract

Objective: To identify the level of depression in nursing students and its relationship with the presence of suicidal ideations to stimulate the creation of emotional care programs during university training. **Methodology:** A relational, cross-sectional and non-experimental quantitative study was carried out with 199 randomly chosen university nursing students. **Results:** Within the population studied, 9% presented mild depression and although no significant association was found between cases of depression with suicidal ideation, a high percentage of the students (30%) presented wishes to die at a level ranging from weak to strong, while 13% presented wishes to live at a weak level. **Conclusion:** The presence of suicidal ideation is a multifactorial problem and mostly occurs in young university students who take advanced semesters of the study program. Although depression is not a statistically associated factor, there is the presence of moderate levels of depression.

Keywords: Depression. Suicidal ideation. Students. University. Nursing.

*Correspondencia:

Erendida V. Tórrez-Zermeño
E-mail: vt758662@gmail.com

Fecha de recepción: 15-06-2022

Fecha de aceptación: 24-10-2022

DOI: 10.24875/ENF.22000015

Disponible en internet: XX-XX-XXXX

Rev Mex Enf. 2024;12(1):4-8

www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Tórrez-Zermeño EV, Ortiz-Delgado DS, Luna-Noriega MALDE, Muñoz-Martín-del Campo MAI, Mauricio-Reyes KP. Ideación suicida en semestres avanzados de estudios de enfermería y su relación con niveles moderados de depresión. Rev Mex Enf. 2024;12:4-8. 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la depresión suele presentarse mediante tristeza, pérdida de placer, desinterés, culpabilidad, falta de autoestima y de concentración, afectando así a alrededor de 300 millones de habitantes en el mundo¹. En México se estima que el 9.2% de la población ha sufrido depresión. En el 2017, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en Aguascalientes se reportó que el 32.5% de la población mayor a 12 años presentó pensamientos depresivos y un 66.9% ha sufrido el padecimiento algunas veces al año².

La ideación suicida es una etapa que actúa como predictor para consumar el suicidio; se define como aquellos pensamientos impertinentes y constantes sobre la muerte autoinfligida, sobre las maneras en que se idealiza morir y sobre los medios que se requieren para lograrlo³. En el año 2021, en Aguascalientes (México), la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA) brindó atención a 2,315 personas del Estado; de estas, el 59.6% fueron atendidas por tener ideación suicida, asimismo el 911 reportó que fueron atendidas por el área de psicología 1,025 llamadas por ideación suicida en el mismo año⁴.

La depresión es un trastorno que se encuentra en las personas que manifiestan deseos suicidas, como lo reporta un estudio mexicano sobre la depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. Dicho estudio menciona que la depresión es un factor de riesgo para la presencia de comportamientos suicidas, se encontró que los jóvenes con depresión tienen un riesgo 16 veces mayor de presentar pensamientos suicidas⁵.

En Colombia se reportó una alta proporción de adolescentes (79%) con niveles bajos a leves de sintomatología depresiva (depresión no significativa) y un 21% presentó de manera predominante ideas suicidas y niveles de moderados a altos de depresión y su relación significativa con la ideación suicida ($p < 0.0001$). Se demostró una relación fuerte y significativa entre la severidad de la ideación suicida y la puntuación obtenida de depresión (correlación de Pearson: 0.711, $p = 0.000$)⁶. Astocondor Altamirano et al. señalan la misma asociación entre la depresión e ideación suicida en estudiantes universitarios en un grado medio-alto (razón de prevalencia [RP]: 7.1; intervalo de confianza del 95%: 3.8-13.2)⁷.

Siabato Macías et al. encontraron que los factores asociados a la ideación suicida en universitarios principalmente fueron los trastornos del estado de ánimo como principal factor de riesgo⁸. Alonso Polo et al. identificaron en una comunidad de estudiantes una elevada proporción de síntomas depresivos asociada a determinados semestres del programa educativo^{9,10}.

Por lo anterior es relevante identificar los trastornos e identificar los signos de riesgo en nuestra comunidad estudiantil y en particular universitarios; desde las universidades y colegios podemos contribuir en la disminución de este problema que va tomando mayor magnitud. El presente artículo puede ser la base de la reflexión que lleve a las autoridades escolares a la implementación de un programa de identificación y seguimiento de depresión para poder intervenir de manera oportuna y ofrecer ayuda para contrarrestar la presencia de ideación suicida y evitar que se llegue al suicidio consumado.

El objetivo del presente artículo es identificar los niveles de depresión y la presencia de ideaciones suicidas que permita estimular la creación de programas de atención emocional durante el tiempo de formación universitaria.

Material y métodos

Estudio cuantitativo, relacional, transversal, no experimental, realizado en una universidad pública del Estado de Aguascalientes. Participaron 199 estudiantes de la licenciatura de enfermería de primer a octavo semestre, que fueron seleccionados por medio de un muestreo aleatorio estratificado; se obtuvo el cálculo del tamaño de la muestra mediante el cálculo de muestra por estratos a fijación proporcional. La aplicación del instrumento de recolección de datos se aplicó fuera de los periodos de exámenes con la finalidad de no generar a estrés o algún factor que predispusiese a un resultado erróneo.

Se tuvo una reunión informativa con los estudiantes para invitarlos a participar y explicarles de manera clara y concisa el propósito de esta investigación, también se explicó el consentimiento informado, el cual se firmó para poder proceder a la aplicación de los instrumentos de manera virtual.

Los criterios de estudio fueron: ambos sexos, de todos los semestres, edad a partir de 17 años en adelante y que desearan participar luego de presentar el consentimiento informado. Cabe mencionar que la investigación fue sometida para autorización y se autorizó por la academia de investigación del Departamento

de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud. Posterior a ello se aplicaron de manera asincrónica los siguientes instrumentos:

- Escala de autoevaluación para la depresión de Zung validada con un Cronbach de 0.88. Esta escala mide el nivel de depresión y cuenta con 20 ítems y está compuesta por cuatro dimensiones (afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica). La primera dimensión cuenta con dos ítems, la segunda con ocho, la tercera con dos y la cuarta con ocho, con opciones de respuesta tipo Likert politómicas elegibles, cada opción con un puntaje determinado, poco tiempo puntúa 1, algo de tiempo puntúa 2, una buena parte del tiempo 3 y la mayor parte del tiempo 4. El puntaje mínimo obtenido son 20 puntos, mientras que el máximo son 80, con puntos de corte que van:
 - < 50 puntos para personas sin depresión.
 - De 50 a 59 puntos para personas con depresión mínima.
 - De 60 a 69 puntos para personas con depresión moderada.
 - > 70 puntos para personas con depresión severa.
- La Escala de ideación suicida de Beck es una escala heteroaplicada, para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse, cuenta con 19 ítems y un alfa de Cronbach de 0.89, está compuesta por cuatro dimensiones (actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado). Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que se puntúa de 0-2 que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total. El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando que a mayor puntuación mayor es el riesgo de suicidio. En los casos en que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sean de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, para la cual en este estudio se aplicó referida al momento presente.

Para la aplicación de este instrumento, todas las investigadoras recibieron una capacitación previa para poder aplicarlo de la manera más precisa. Los resultados se analizaron con las medidas de tendencia central y dispersión mediante el programa estadístico SPSS versión 22.

Resultados

Se realizó un estudio en el que participaron 199 estudiantes de la licenciatura de enfermería de una universidad pública de Aguascalientes, en un rango de edad de 17 a 28 años, donde la edad promedio fue de 20 años.

De acuerdo con el análisis la población en estudio, el 8.5% (17 casos) presentó depresión leve y en una persona (0.5%) se identificó depresión moderada y el resto 91% (181 personas) no presentaron ningún nivel de depresión. Con respecto a la presencia de ideación suicida, el 38.2% (76 personas) presentan de manera débil ideas suicidas y el 2% (4 personas) una ideación suicida fuerte, el resto del grupo (119 personas) no presentó esta condición.

De acuerdo con la escala de depresión de Zung, el 9% de los estudiantes (con depresión de leve a moderada) mencionaron sentirse decaídos y tristes la mayor parte del tiempo; de estos mismos, el 7.5% sintió ganas de llorar e irrumpió en llanto la mayor parte del tiempo y el 15.1% tuvo problemas para dormir por la noche. Entre los estudiantes existe un sentimiento de sentir que, al morir, los demás estarían mejor (76 estudiantes).

Con base en la escala de ideación suicida, el 1% muestra que no tiene ningún deseo de vivir, el 13.1% tiene un deseo débil de vivir, mientras que el 2.5% (5 estudiantes) tienen un deseo de moderado a fuerte de morir y el 26.6% (53 estudiantes) tienen un deseo débil de morir. Solamente dos estudiantes tienen deseo moderado a fuerte de realizar un suicidio activo y tres estudiantes tienen más razones de morir que de vivir. Del resto de estudiantes con niveles bajos de depresión, ninguno de ellos manifestó detener alguna ideación suicida.

Otro aspecto relevante es la relación de depresión leve en mayor prevalencia en el 5.º y 7.º semestre del programa de licenciatura, asimismo el nivel débil de ideación suicida se encuentra más presente entre el 1.º, 3.º y 5.º semestre, aunque ha de aclararse que no existió una correlación estadística entre las variables depresión e ideación suicida (Tabla 1).

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que no existe una correlación significativa

Tabla 1. Correlación de ideación suicida y depresión

	Nivel de depresión	Nivel de ideación
Nivel de depresión		
Correlación de Pearson	1	-0.002
Sig. bilateral		0.993
n	199	199
Nivel de ideación		
Correlación de Pearson	-0.001	1
Sig. bilateral	0.993	
n	199	199

Fuente: Base de datos investigación, 2022.

entre el nivel de depresión y la ideación suicida ($r: -0.11$), al igual que Coffin Cabrera et al. en su investigación mencionan que existe una correlación negativa moderada entre ambas variables ($r: -0.404$; $p < 0.05$), también mencionan que no hubo diferencias significativas en depresión ($t(231) = -1.262$; $p > 0.05$) ni en ideación ($t(238) = 0.436$; $p > 0.05$)⁹, por lo que para nuestra población en estudio, la depresión no es un factor predisponente para la ideación suicida.

El 91% de los estudiantes de nuestra población no presentó síntomas de depresión, sin embargo cuatro estudiantes presentaron ideación suicida fuerte y el 38.2 presentaron ideación suicida leve. En una investigación similar (Ramón-Pérez) se encontró una proporción menor, el 86.4% no presentaron depresión y solo un caso con ideación suicida¹¹.

Un estudio realizado en Sonora reportó que los jóvenes que manifestaron tener pensamientos suicidas presentaron depresión hasta en un 81.1%⁶. Siabato-Macías et al. refirieron que en universitarios un alto nivel de ideación suicida se presentó hasta en un tercio de la población estudiada y con un nivel de depresión moderada⁸. La presente investigación difiere de los resultados presentados en otras investigaciones debido a que en nuestra población en estudio el 40% manifiesta ideación suicida sin necesidad de padecer depresión, ya que esta se detectó solo en el 9% de los estudiantes, los factores de riesgo para ideación suicida pueden ser multicausales y no están asociados significativamente a la depresión, aunque sí presentan una prevalencia entre el 5.º y 9.º semestre del plan académico.

De acuerdo con nuestro análisis del nivel de depresión presentada por semestre cursado en el plan educativo, a medida que el alumno avanza disminuyen los niveles de depresión hasta llegar al último semestre, caso presentado también en la investigación de Alonso Polo et al.⁹; en tanto, la ideación suicida se puede

presentar desde los primeros semestres y predomina entre el 5.º y hasta el 9.º, similar al estudio de Guillermo Ceballos. Cabe destacar que la depresión o la presencia de ideación suicida prevalecen y se conjuntan en el 5.º semestre, siendo el estudio que coincide con nuestros resultados y difieren del resto¹².

En el presente estudio no hubo relación con los factores sociodemográficos en cuanto al género, la mayor parte pertenece al género femenino, aun así, no se encontró relación significativa entre esta variable y otras, lo que concuerda con los resultados de Ceballos-Ospino et al., quienes afirman que el género no influye en la depresión o ideas suicidas, respecto a la edad en esta misma investigación mencionan que los rangos de edad no están asociados a los niveles de depresión o ideación suicida¹³.

Pese a que la presente investigación no encontró una relación significativa entre la depresión y la ideación suicida, la depresión es un trastorno que debe ser identificado cualquiera que sea su nivel para prevenir que sea un factor desencadenante de la ideación suicida en mayor o menor proporción.

Conclusión

La presente investigación permitió conocer la presencia de depresión en alumnos de los primeros semestres del plan educativo, así como identificar una proporción importante de estudiantes con ideación suicida que pese a que no tuvieron una significancia estadística sí es un tema relevante para dar continuidad en las instituciones educativas a nivel medio superior y superior.

La aportación de la presente investigación radica en dos sentidos, en primer sentido en que las instituciones educativas construyan un plan educativo que identifique y atienda oportunamente el trastorno de la depresión o ideación suicida en casos más alarmantes, asimismo analizar la carga de trabajo o las condiciones de los semestres intermedios del plan educativo para contribuir a aminorar algún factor condicionante para los temas descritos en esta investigación.

Finalmente, en el compromiso con la sociedad, las universidades y colegios, deben de proveer de recurso humano saludable para la atención a la salud, lo contrario contribuye un riesgo para la atención de calidad de las personas que demandan la atención de enfermería en la sociedad. Se considera relevante sugerir el desarrollo de otras investigaciones de esta índole y proponer el análisis de otras variables como la deserción escolar o el aprovechamiento que puedan influir

en la incidencia de ideación suicida que permita proponer acciones de prevención o canalizar a los especialistas, con el fin de determinar los factores que influyen por parte de aquellos que se pueden controlar como los académicos.

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. OMS. Depresión [Internet]. OMS; 2017 [citado: 22 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es>
2. Comejo F. En Aguascalientes la principal causa de suicidio es la depresión [Internet]. Com.mx. Ultra Noticias MX; 2019 [citado: 21 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.ultranoticias.com.mx/aguascalientes/item/43658-en-aguascalientesla-principal-causa-de-suicidio-es-la-depresion.html>
3. Musitu Ochoa G. Adolescencia y familia: nuevos retos en el siglo XXI. México: Trillas, 2013. Print. [citado: 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/adolescencia-familia-13.pdf>
4. Aguascalientes Gobierno del Estado. Prevención del suicidio [Internet]. Aguascalientes: Instituto de planeación del Estado de Aguascalientes; 2021 [citado: 18 feb 2021]. Disponible en: https://www.aguascalientes.gob.mx/cplap/Docs/SEIEG/Infografias/PrevSuicidio_21.pdf
5. Cubillas-Rodríguez MJ, Román-Pérez R, Valdez-Elba A, Galaviz-Barreras AL. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. Salud Ment. 2012;35(1):45-50.
6. Carvajal G, Virginia CV. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. Colombia Médica [Internet]. 2011;42(2):45-56. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/3121>
7. Astocondor-Altamirano JV, Ruiz-Solsol LE, Mejía CR. Influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana. Horiz Med. 2019;19(1):53-8.
8. Siabato-Macias EF, Salamanca-Camargo Y. Factores asociados a ideación suicida en universitarios. Psychol Av Discip. 2015;9(1):71-81.
9. Alonso-Polo JD, Castaño-Castrillón JJ, Ceron-Rosero YE, Dávila-Mejura LM, de la Rosa AJ, de la Rosa-Marrugo PE, et al. Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia), 2014: Estudio de corte transversal. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2015;15(1):9-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273840435002.pdf>
10. Coffin-Cabrera N, Álvarez-Zúñiga M, Marín Coria A. Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. Psicología Iztacala [Internet]. 2011 [citado 15 de junio de 2023];14(4). Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/28911>
11. Pérez-Abreu MR, Gómez-Tejeda JJ, Tamayo-Velázquez O, Iparraquirre-Tamayo AE, Besteiro-Arjona ED. Alteraciones psicológicas en estudiantes de medicina durante la pesquisa activa de la COVID-19. Medisan. 2020;24(4):537-48.
12. Suárez-Colorado Y, Ceballos-Ospino GA. Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. CES Psicología. 2012;5(2):88-100.
13. Ceballos-Ospino GA, Suárez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega LM, González KE, Sotelo-Manjarres AP. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes en adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary. 2015;12(1):15-22.

Entornos laborales generadores de depresión, *burnout* y riesgo de suicidio por COVID-19 en personal de salud de Yucatán

Karina Casco-Gallardo, Josué Medina-Fernández*, Verónica Pacheco-Chan y Débora Canté-Hernández

Departamento de Ciencias de la Enfermería, División Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, Chetumal, Q. Roo, México

Resumen

Objetivo: Determinar la relación de los síntomas depresivos, el síndrome de *burnout* y la ideación suicida en entornos laborales altamente estresantes por la presencia de COVID-19 para trabajadores de en hospitales de Yucatán. **Métodos:** Estudio descriptivo-correlacional. La muestra estuvo constituida por 138 participantes de personal de la salud de hospitales de segundo nivel de atención públicos y privados. Se aplicó un cuestionario conformado por tres secciones: a) Inventario de depresión de Beck (BDI); b) Escala de Ideación suicida de Beck, y 3) *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS). **Resultados:** Existe una correlación positiva entre síntomas de depresión, el riesgo medio de presentar síndrome de *burnout* con la ideación suicida. El 46% de los trabajadores presentaron síntomas depresivos. **Conclusiones:** El entorno laboral en la atención de la salud es generador de estrés, sin embargo, con la presencia del COVID-19 la proporción de estrés y síntomas depresivos es mayor en el personal de salud en comparación con estudios sobre estrés previos a la pandemia. Tras la pandemia surgieron nuevos factores sociales y laborales que aumentan el riesgo de trastornos depresivos y *burnout* potenciales para ideación suicida, por lo que existe la necesidad de incorporar atención mental como parte del seguimiento de la salud de los trabajadores y el análisis de entornos laborales desfavorables.

Palabras clave: Personal de salud. Depresión. Agotamiento psicológico. Suicidio.

Relationship of depressive symptoms and burnout syndrome with suicide risk in health personnel in Yucatan

Abstract

Objective: To determine the relationship of depressive symptoms, burnout syndrome and suicidal ideation in highly stressful work environments by the presence of COVID-19 for workers in hospitals in Yucatan. **Methods:** Descriptive-correlational study. The sample consisted of 138 participants of health personnel from second level public and private hospitals. A questionnaire consisting of three sections was applied: a) Beck Depression Inventory (BDI); b) Beck Suicidal Ideation Scale, and c) Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS). **Results:** There is a positive correlation between symptoms of depression, the average risk of presenting burnout syndrome and suicidal ideation. Forty-six percent of the workers presented depressive symptoms. **Conclusions:** The work environment in health care is a generator of stress, however, with the presence

*Correspondencia:

Josué A. Medina-Fernández

E-mail: josue.medina@uqroo.edu.mx

Fecha de recepción: 15-09-2022

Fecha de aceptación: 12-12-2022

DOI: 10.24875/ENF.22000026

Disponible en internet: XX-XX-XXXX

Rev Mex Enf. 2024;12(1):9-14

www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Casco-Gallardo K, Medina-Fernández J, Pacheco-Chan V y Canté-Hernández D. Entornos laborales generadores de depresión, *burnout* y riesgo de suicidio por COVID-19 en personal de salud de Yucatán. *Rev Mex Enf.* 2024;12:9-14. 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/>).

of COVID-19 the proportion of stress and depressive symptoms is higher in health care personnel compared to studies on stress prior to the pandemic. After the pandemic, new social and occupational factors emerged that increase the risk of depressive disorders and burnout potential for suicidal ideation, so there is a need to incorporate mental health care as part of the monitoring of the health of workers and the analysis of unfavorable work environments.

Keywords: Health personnel. Depression. Psychological exhaustion. Suicide.

Introducción

Los profesionales de la salud tienen como objetivo alcanzar metas de autocuidado, prevención y mantenimiento de la salud y calidad de vida de sus pacientes. El personal de salud es reconocido como cuidador permanente en el proceso asistencial, sin embargo, a partir de la pasada pandemia existe un aumento en las estadísticas del diagnóstico de estrés que afecta a la salud física, mental y emocional e incluso puede llevar a la depresión, ansiedad y suicidio¹.

La Organización Internacional del Trabajo estableció que el estrés es una respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas, los recursos y capacidades de un individuo para hacer frente a exigencias laborales. El personal de salud presenta rasgos importantes de una cultura que destaca el estrés por la incertidumbre clínica y el temor al fracaso en la atención que brinda, es decir, que si no se logra una regulación de emociones, el cuidado hacia los pacientes puede ser un gran generador de estrés, aunque también es la fuente de gratificación más importante de este personal.

Los trabajadores de la salud a menudo tienen grandes dificultades para buscar y recibir ayuda para ellos mismos y son quienes presentan mayores proporciones de estrés, depresión e incluso de síndrome de *burnout*. El profesional del área de la salud es estresado y desgastado directamente por convivir y trabajar con enfermos y los sentimientos que se derivan de este proceso, por lo que busca mecanismos de defensa (conscientes o no) para salir resiliente y disminuir el impacto negativo del sufrimiento de otros. Sin embargo, no siempre esos mecanismos son eficientes para el afrontamiento y el trabajador puede desencadenar alteraciones del humor manifestadas por depresión, irritabilidad o la presencia de *burnout*².

A partir de la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), el mundo experimentó una crisis de salud pública global sin precedentes, así como una alta presión para el sistema sanitario. De hecho, la elevada morbilidad (644 millones) y mortalidad (6.64 millones)³ y las probables oleadas adicionales que van apareciendo están teniendo un grave impacto en el funcionamiento

del sistema como: racionamiento o cese de servicios rutinarios, reasignación de áreas clínicas, redistribución del personal a entornos clínicos desconocidos, escasez de equipos de protección personal, amplias responsabilidades, y riesgo constante de denuncias por negligencia^{4,5}, con recursos y servicios médicos puestos al máximo de su capacidad debido a demandas sin precedentes, especialmente para los servicios de urgencias.

El personal de salud está más expuesto a una presión abrumadora, con el consiguiente estrés psicológico. Tal y como se refiere en publicaciones recientes, el personal médico afirma estar agotado física y mentalmente, debido a los dilemas éticos y las lesiones morales por el tormento de las decisiones de vida o muerte que deben tomarse rápidamente y sin el apoyo de protocolos de atención óptimos, el dolor de perder a pacientes y colegas, y el riesgo de infección para ellos mismos y sus familias^{6,7}.

En el aspecto laboral estos padecimientos repercuten en una inadecuada calidad en la atención que puede acompañarse de la presencia de errores y por lo tanto poner en riesgo a los usuarios de los servicios de salud. Por ello se requiere conocer sobre aspectos de salud mental que permitan detectar dichas alteraciones entre amigos, colegas y compañeros para poder brindar una atención de calidad a los pacientes, así como contribuir a un adecuado clima laboral⁸.

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes. Este término se ha empleado para designar tanto un estado afectivo normal (tristeza) como un síntoma, un síndrome y una o varias enfermedades. La alta prevalencia de síntomas depresivos en los trabajadores de atención de salud es motivo de preocupación, por las repercusiones laborales, como discapacidad, disminución de la productividad y casos de suicidio y las repercusiones en la atención, que pueden manifestarse por medio de negligencia profesional, errores de prescripción y resultados adversos de salud². Se estima que la prevalencia mundial de depresión es del 5.8% en hombres y 9.5% en mujeres; en México, del 2.5% para hombres y 5.8% para mujeres. En el caso

de la ansiedad, las prevalencias a nivel internacional y nacional son del 16 y 8.1%, respectivamente⁵.

El síndrome de *burnout*, otro trastorno en trabajadores de salud, se define como un síndrome de estrés crónico en aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia. Se caracteriza por un proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal. La diferencia entre el estrés simple y el síndrome de *burnout* es que mientras el primero puede desaparecer tras un periodo adecuado de descanso y reposo, el *burnout* no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso. Sus efectos sobre la salud aparecen a nivel físico, emocional, conductual y social. El deterioro se caracteriza por irritabilidad, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, susceptibilidad aumentada y déficit en la memoria. En el plano psicosomático, además de las perturbaciones del sueño, se dan cefaleas, dolores musculares, disfunciones sexuales y menstruales, además de aumentar el riesgo de suicidio¹.

Según la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*⁴, el riesgo de suicidio es toda situación en que existe el peligro de que el individuo se autoinflija lesiones que pongan en peligro su vida. Para llegar a esto existe un largo proceso en el cual se van presentando y acumulando diversos factores de riesgo, físicos, conductuales, emocionales y psicológicos, entre otros. Si estos se logran detectar a tiempo puede cambiar el riesgo que existe del suicidio en la persona, y mejorar su calidad de vida. Asimismo, las tasas de suicidio de los profesionales de salud en EE.UU., Inglaterra y otros países son más altas que las de la población general y las de otras profesiones¹.

Debido a lo anterior el presente artículo tiene como objetivo determinar la relación de los síntomas depresivos, síndrome de *burnout* e ideación suicida en entornos laborales altamente estresantes por la presencia de COVID-19 para trabajadores en hospitales de Yucatán.

Material y métodos

Estudio descriptivo-correlacional en una muestra de 138 trabajadores de salud que laboran en hospitales públicos y/o privados del Estado de Yucatán a finales del 2020. Los criterios de inclusión fueron ser profesionales de la salud con un año de experiencias clínicas y presentar una vigencia laboral en un hospital público

o privado. Los criterios de exclusión fueron ser personal administrativo, manual y de intendencia, y los criterios de eliminación fueron que los participantes no aceptaran firmar el consentimiento y formularios incompletos.

La recolección de datos fue mediante un cuestionario que incluyó los instrumentos:

- Inventario de depresión de Beck (BDI)⁹, que evalúa la presencia de los principales síntomas de la depresión. Está conformado por 21 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que van de cero a tres, distribuidas en 21 categorías de síntomas o actitudes (cada una corresponde a una manifestación de la depresión). Puntúa con los siguientes intervalos: 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada, y 29-63, depresión severa. Fue validado en población mexicana por Jurado et al. (1998), quienes confirmaron que posee buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.87).
- Escala de ideación suicida de Beck¹⁰, que cuantifica y evalúa la recurrencia consciente de pensamientos suicida. Es un instrumento conformado por 19 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos); se divide en cuatro secciones: características relativas a la actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, plan de intento de suicidio y realización del intento planeado. Posee un alfa de Cronbach de 0.89, y puntúa de 0 a 38: a mayor puntuación, mayor gravedad.
- *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)*, que mide la frecuencia e intensidad del síndrome de *burnout* en trabajadores de la salud. Es un instrumento conformado por 22 reactivos tipo Likert de seis opciones (puntuación de 0 a 6) distribuidas en tres dominios: despersonalización (DP), realización personal en el trabajo (PA) y agotamiento emocional (EE). Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.658 para toda la escala, con un 41.6% de varianza explicada. En la determinación por dimensiones se obtuvieron las siguientes puntuaciones de alfa de Cronbach: EE 0.835, DP 0.407 y PA 0.733. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33¹¹.

La recolección de datos fue hecha por la plataforma Google Forms, mediante la difusión en redes sociales y aplicación electrónica. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se consideraron aspectos personales de los participantes como: edad, sexo, Estado donde labora, profesión y si labora en hospital público o privado. Para la aplicación se solicitó previamente la firma del consentimiento informado.

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes, medias (\bar{x}), desviación estándar (DE), valor máximo y valor mínimo. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, tras lo cual se emplearon pruebas no paramétricas. Así mismo se utilizó estadística inferencial, como la correlación de Spearman (r). Todo ello con el *software* de procesamiento estadístico SPSS v.25.

Se consideraron los aspectos éticos basados en lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud¹² en materia de investigación, donde se aplicó el artículo 13 del capítulo 1, título segundo, tratando con respeto y protegiendo su bienestar, explicándole de forma clara el objetivo del estudio y de toda actividad o procedimientos realizados en la investigación.

Resultados

La muestra estuvo constituida por un 64% (89) de hombres y un 36% (39) de mujeres; la media de edad fue de 29.15 años, DE 8.4929 años, con un valor mínimo y valor máximo de 19 y 63 años respectivamente. Con respecto al hospital donde laboran, el 67% (93) es en hospital público y un 33% (45) en hospital privado. En relación con la ocupación que desempeñan en el hospital, la mayoría son médicos (48.2%, 67), seguido del personal de enfermería (35.3%, 49) y el personal de psicología (6.5%, 9), el resto se distribuían entre trabajadores sociales, químicos, rehabilitadores, nutriólogos y odontólogos (9%).

De la población estudiada se encontró que el 46% presentan síntomas mínimos de depresión, un 15% con depresión leve y el 39% entre depresión moderada a grave. Cabe destacar que hubo presencia de síndrome de *burnout* en índice alto en el 37% (52 personas), seguido del 55% con índice medio (77 personas) e índice bajo en el 7% (10 personas).

La descripción de las variables síntomas depresivos, síndrome de *burnout* y riesgo de suicidio se puede observar en la [tabla 1](#). En el MBI-HSS se obtuvo una \bar{x} : 61.108 y DE: 22.67, en el BDI se obtuvo una \bar{x} : 16.13 y DE: 12.57, y en la escala de ideación suicida de Beck una \bar{x} : 6.04 y DE: 5.98. Los resultados nos indican que en la población en estudio hay un riesgo medio de síndrome de *burnout*, con un bajo índice de depresión y en la escala de ideación suicida.

Se encontró una correlación positiva entre: mayor puntaje en el MBI-HSS con mayor puntaje en el BDI (r : 0.531; p = 0.000), y mayor puntaje en la escala de ideación suicida de Beck (r : 0.265; p = 0.000). Esto indica que hay una conexión positiva entre

Tabla 1. Descripción de las variables síntomas depresivos, síndrome de burnout y riesgo de suicidio

	\bar{x}	DE	Mín.	Máx.
Síntomas depresivos	16.130	12.5738	0	56
Síndrome de <i>burnout</i>	21.007	15.2432	0	54
Cansancio emocional	7.432	7.0104	0	29
Despersonalización	32.669	12.4239	0	48
Realización personal	61.108	22.6772	0	110
Riesgo de suicidio	6.043	5.9829	0	29

\bar{x} : media; DE: desviación estándar; Mín.: valor mínimo; Máx.: valor máximo.

experimentar más agotamiento laboral (según el MBI-HSS) y tener niveles más altos de síntomas depresivos (según el BDI). En otras palabras, cuando el agotamiento en el trabajo es mayor, es probable que también lo sean los sentimientos asociados con la depresión. Además, se encontró una relación similar entre el agotamiento laboral y los pensamientos relacionados con el suicidio (medidos por la escala de ideación suicida de Beck). Aunque esta conexión no es tan fuerte como la primera, sugiere que a medida que el agotamiento laboral aumenta, también podría haber un aumento en la propensión a pensamientos suicidas (Tabla 1).

En resumen, estos resultados respaldan la idea de que el agotamiento laboral está vinculado tanto con la depresión como con la ideación suicida. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar el agotamiento en el trabajo no solo desde la perspectiva laboral, sino también en términos de impacto en la salud mental.

Discusión

Este estudio, teniendo como contexto la pandemia de COVID-19, reveló que el 46% del conjunto de la población en estudio presenta depresión leve, a diferencia de otros estudios en México donde la depresión se presentó en un 10%, particularmente en médicos¹³. De acuerdo con otras investigaciones¹³ en un mismo contexto pandémico, la presencia de depresión fue similar en una población de trabajadores de la salud en China, que fue del 50.4%; lo anterior puede explicar un aumento de depresión ante la incertidumbre de la pandemia, los tratamientos de salud y el exceso de carga laboral y contagio, mismo que constituyó un riesgo para su propia vida¹.

El riesgo medio que constituyó para síndrome de *burnout* destacó puntajes desfavorables para cansancio y despersonalización entendida como el desarrollo

Tabla 2. Correlación entre las variables de estudio

Variable	1	2	3	4	5	6	7
Edad	1						
Depresión de Beck	$r = -0.183$ $p = 0.031$	1					
Cansancio emocional	$r = -0.213$ $p = 0.012$	$r = 0.713$ $p = 0.000$	1				
Despersonalización	$r = -0.256$ $p = 0.012$	$r = 0.595$ $p = 0.000$	$r = 0.705$ $p = 0.000$	1			
Realización personal	$r = -0.148$ $p = 0.084$	$r = -0.428$ $p = 0.000$	$r = -0.226$ $p = 0.008$	$r = -0.199$ $p = 0.019$	1		
Síndrome de <i>burnout</i>	$r = -0.272$ $p = 0.001$	$r = 0.531$ $p = 0.000$	$r = 0.857$ $p = 0.000$	$r = 0.714$ $p = 0.000$	$r = 0.199$ $p = 0.019$	1	
Riesgo de suicidio	$r = -0.291$ $p = 0.001$	$r = 0.471$ $p = 0.000$	$r = 0.412$ $p = 0.000$	$r = 0.221$ $p = 0.009$	$r = -0.160$ $p = 0.161$	$r = 0.265$ $p = 0.000$	1

r: correlación de Spearman; p = grado de significancia (< 0.05).

de actitudes negativas e insensibles en su desempeño laboral. Sin embargo, esta población presentó un puntaje favorable para la realización personal, muy probablemente, pese al cansancio y las actitudes negativas, habría algún grado de satisfacción personal-profesional por contribuir a brindar atención que repercutiera en la vida de los pacientes u otros factores sobre la demanda laboral, factores externos propios del hospital, situaciones personales, etc.¹. En el trabajo presentado por Duarte et al. en 2020¹⁴ en trabajadores de salud portugueses durante la pandemia, estos presentaron depresión y niveles altos de agotamiento personal en un 52.5% (1,055) y alto agotamiento laboral en un 53.1% (1,066). Nuestra población destaca en un alto nivel de realización personal que pueda estar asociado a una resiliencia psicológica.

Se encontró una correlación positiva entre la presencia de riesgo medio para presentar el síndrome de *burnout* con síntomas depresivos y riesgo de suicidio en el conjunto de la población. Estos resultados son similares a los presentados en comunidad de enfermería, en un hospital de alta especialidad en el Estado de México: las profesiones tanto de enfermería como medicina presentan las más altas proporciones de constante estrés durante la jornada laboral, lo que puede orillar a presentar síndrome de *burnout*, manifestado por síntomas depresivos y desencadenar un riesgo de ideación suicida¹⁵.

De acuerdo con la literatura, los trabajadores de la salud italianos durante la pandemia también presentaron un agotamiento asociado a la ansiedad, depresión

y los síntomas de estrés postraumático en particular, el agotamiento laboral (*burnout*) tenía una gran asociación con la ansiedad, la depresión y los síntomas de estrés postraumático¹⁶.

En esta investigación destacaron las alteraciones en trabajadores de enfermería y médicos por ser los de primera línea durante la pandemia, pero también por ser los de mayor proporción en las plantillas laborales a diferencia de otras profesiones, sin embargo se sabe que el hecho de ser trabajador de la salud nos expone a un alto riesgo de *burnout*, estrés, depresión y otros trastornos, por lo que se sugiere investigar sobre otros profesionales de la salud y determinar los riesgos y las acciones que puedan contribuir a una resiliencia y mejoras en la calidad de vida de los trabajadores de la salud.

Conclusión

El síndrome de *burnout*, los síntomas depresivos y las ideas suicidas son en sí trastornos característicos en trabajadores de la salud. De acuerdo con lo encontrado en esta investigación y en comparación con otras investigaciones de la época pandémica por COVID-19 y bajo el mismo contexto, dichos trastornos se elevaron hasta en un 30% en los médicos y enfermeras principalmente.

El contexto de la pandemia marcó el inicio de nuevos factores sociales y laborales asociados al incremento del riesgo de *burnout*, con efectos asociados sobre la calidad de la atención y la eficiencia del sistema.

Con el presente artículo se pretende reflexionar sobre la necesidad de una atención mental continua dirigida al trabajador de salud en la primera línea de atención que permita identificar, diagnosticar y prevenir o reducir los trastornos mentales generados por la exigencia ante las nuevas demandas de atención, si bien serán cambiantes con el paso del tiempo, y ante el nuevo surgimiento de eventos mundiales como los suscitados recientemente por la COVID-19.

La recomendación clave es asumir los retos que impone la emergencia y agregar competencias en materia de salud, bienestar y ciencias del comportamiento mediante investigaciones a largo plazo rigurosamente planificadas y comunicadas para orientar el necesario cambio cultural y la mejora de los sistemas de salud pública.

Por ello, se recomienda seguir con las investigaciones de las variables del estudio y abordar a más áreas y personal de los hospitales, ya que la información está más concentrada en el personal médico y de enfermería, dejando rezagadas a otras áreas del personal de salud, donde no se encuentra tanta información específica.

El número de suicidios en trabajadores y recientemente en estudiantes del área de la salud va en aumento, instituciones académicas y laborales de salud deben de sumar esfuerzos para la construcción de programas de atención y seguimiento. El abordar la salud mental en trabajadores desde su formación profesional garantizará una adecuada atención médica, saludables entornos de trabajo y clima laboral, así como satisfacción de la atención por parte de usuarios y pacientes.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con 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

- Muñoz-Salvador J, Cruz-López DE, León-de la Cruz LG. Incidencia de ansiedad, depresión y el grado del síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del Hospital Juan Graham Casasús. *Salud en Tabasco*. 2020;26:30-7.
- de Vargas D, Vieira Dias AP. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de Sao Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;9:19-25.
- Arroyo-Marioli F, Bullano F, Kucinskis S, Rondón-Moreno C. Tracking R of COVID-19: A new real-time estimation using the Kalman filter. *PLoS One*. 2021;16(1):e0244474.
- Elghazally SA, Alkarn AF, Elkhayat H, Ibrahim AK, Elkhayat MR. Burnout impact of COVID-19 pandemic on health-care professionals at assiut university hospitals, 2020. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5368.
- Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(4):e0238666.
- The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020;395(10228):922.
- Søvold LE, Naslund JA, Kousoulis AA, Saxena S, Qoronfle MW, Grobler C, et al. Prioritizing the mental health and well-being of health-care workers: An urgent global public health priority. *Front Public Health*. 2021;9:679397.
- Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999;15(2):196-217.
- Melipillán Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Valdivia Peralta M. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Ter Psicol*. 2008;26(1):59-69.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52.
- Olivares-Faúndez VE., Mena-Miranda L, Jélvez-Wilke C, Macía-Sepúlveda F. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBIHSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*. 2014;13(1):145-59.
- Ley General de Salud [Internet]. México: Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación; 7 feb 1984. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0
- Pérez Cruz E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex*. 2006;22(4):282-6.
- Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1885.
- Trejo-Lucero H, Torres-Pérez J, Valdivia-Chávez M. Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México. *Arch Inv Mat Inf*. 2011;3(1):44-7.
- Conti C, Fontanesi L, Lanzara R, Rosa I, Doyle RL, Porcelli P. Burnout status of Italian healthcare workers during the first COVID-19 pandemic peak period. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(5):510.

Relación entre síndrome de *burnout* académico y rendimiento académico en estudiantes de enfermería de una universidad pública

Ignacio Grajales-Alonso*, Ericay B. Martínez-Ramos, Elizabeth Cortés-Bohórquez y Francisco R. Ordaz-Zurita

Sistema de Universidades Estatales del Estado de Oaxaca, Facultad de Enfermería, Universidad de la Sierra Sur, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oax., México

Resumen

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el síndrome de burnout académico y el rendimiento académico en estudiantes de noveno semestre de ambos sexos de la Licenciatura en Enfermería de una universidad pública del Estado de Oaxaca. **Método:** El estudio fue descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue de 159 participantes. El muestreo fue aleatorio simple. Se utilizó el instrumento *Maslach Burnout Inventory-Student Survey* para medir el *burnout*, y para el rendimiento académico se aplicó la escala MEDMAR. La ética del estudio consideró la declaración de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud. El análisis se procesó por medio del paquete estadístico SPSS versión 20. **Resultados:** No se evidenció relación entre las variables ($r: 0.044$; $p = 0.586$). **Conclusión:** Las variables contextuales y propias de la comunidad de estudiantes han propiciado la no aparición del síndrome de *burnout* y la óptima percepción del estudiante sobre su rendimiento académico en la universidad de tiempo completo donde han recibido su formación profesional.

Palabras clave: *Burnout*. Rendimiento académico. Universitarios.

Relationship between academic burnout syndrome and academic performance in nursing students at a public university

Abstract

Objective: Determine the relationship that exists between academic burnout syndrome and academic performance in ninth semester students of both sexes of the Bachelor's Degree in Nursing at a public university in the State of Oaxaca. **Method:** The study was descriptive, correlational and transversal. The sample was 159 participants. Sampling was simple random. The Maslach Burnout Inventory-Student Survey instrument was used to measure burnout, and the MEDMAR scale was applied for academic performance. The ethics of the study considered the Declaration of Helsinki and the Regulations of the General Health Law. The analysis was processed using the SPSS version 20 software. **Results:** No relationship was evident between the variables ($r: 0.044$; $p = 0.586$). **Conclusion:** The contextual and own variables of the student community have led to the non appearance of burnout syndrome and the optimal perception of the student about their academic performance at the full time university where they have received their professional training.

Keywords: Burnout. Academic performance. University students.

*Correspondencia:

Ignacio Grajales-Alonso
E-mail: nacho7774@hotmail.com

Fecha de recepción: 01-12-2022
Fecha de aceptación: 28-03-2023
DOI: 10.24875/ENF.22000038

Disponible en internet: XX-XX-XXXX
Rev Mex Enf. 2024;12(1):15-22
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Grajales-Alonso I, Martínez-Ramos EB, Cortés-Bohórquez E, Ordaz-Zurita FR. Relación entre síndrome de burnout académico y rendimiento académico en estudiantes de enfermería de una universidad pública. Rev Mex Enf. 2024;12:15-22. 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/>).

Introducción

La educación se considera un derecho fundamental de cualquier país. En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 3.^o estipula que la Federación, el Estado y sus Municipios impartirán y garantizarán la enseñanza en todos los niveles académicos. Sin embargo, la educación superior ha sido delegada al Estado, en donde las autoridades federales y locales tienen la responsabilidad de establecer políticas apropiadas para fomentar la inclusión, la permanencia y la continuidad educativa en los términos que las leyes lo señalen. Asimismo, proporcionarán los medios de acceso a este contexto educativo, para los aspirantes que cumplan con los requisitos dispuestos por las instituciones de educación superior¹.

Es así que la educación a nivel superior es uno de los pilares para el desarrollo personal y profesional, además de generar en los estudiantes habilidades, conocimientos y actitudes que les ayudarán a desenvolverse eficazmente en el ámbito laboral². Asimismo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) enfatiza que mediante la instrucción académica universitaria se adquieren destrezas y competencias profesionales indispensables para las ocupaciones laborales³. Por lo tanto, una de las preocupaciones actuales de las Instituciones de Educación Superior (IES) es el procurar un óptimo rendimiento académico (RA) en los estudiantes, ya que se ha considerado como el principal indicador de éxito escolar, eficiencia y calidad educativa. Se puede deducir que las IES deben de estar pendientes de que los estudiantes mantengan un buen rendimiento, con el propósito de evitar la aparición de algunos indicadores: el abandono o deserción escolar, fracaso académico, bajo rendimiento, reprobación, rezago y la eficiencia terminal, que impacten negativamente en la calidad educativa e institucional, así como en la formación profesional del estudiante⁴.

Empero, lograr este cometido no es nada sencillo debido a que el RA, en su esencia, es una variable compleja y multicausada difícil de definir, por lo que comúnmente diversos autores lo han conceptualizado teóricamente en términos numéricos y otros en términos subjetivos. En cuanto al aspecto cuantitativo, Cerchiario, Paba, Tapia y Sánchez (2006), citados por Ferrel⁵, señalan que esta variable puede entenderse «como las calificaciones obtenidas por los estudiantes por medio de las evaluaciones, lo que indica la calidad y cantidad de conocimientos adquiridos, además de

medirse mediante un promedio». En el caso de Torres y Rodríguez (2006), citados por Lamas⁶, lo definen como «el nivel de conocimiento demostrado en un área o materia medido por el promedio escolar».

Sin embargo, lograr o mantener un buen desempeño académico no está fácil, lo que puede generar estrés en los estudiantes. Montoya⁷ expone que la transición entre el nivel medio superior al superior puede ser abrumadora, puesto que las exigencias propias del cambio ameritan una mayor responsabilidad y un desempeño sobresaliente ante el estudio, generando problemas de adaptabilidad y vulnerabilidad en los escolares manifestadas por conductas de riesgo como la aparición de depresión y desasosiego, entre otras.

De igual forma, Comella⁸ argumenta que el paso del nivel medio superior a la universidad representa cambios personales, académicos y sociales, generando nuevas exigencias que incrementan la sensación de estrés al adquirir más responsabilidades que eran poco habituales. Teóricamente, estos cambios generados por el rol universitario ameritan el desempeño de actividades que requieren esfuerzo de manera sistemática, además de permanecer largas horas en clase y de estudio, realización de bastos proyectos, tareas y, en algunos casos, relaciones conflictivas con los docentes y compañeros de formación. Asimismo, Huayhua⁹ enfatiza que los universitarios se enfrentan a una responsabilidad mayor debido a las altas exigencias para realizar diversas actividades escolares como: sustentar trabajos grupales, presentar informes, llevar a cabo prácticas, trabajos de investigación y exámenes. Por su parte, Osorio¹⁰ comenta el hecho de lidiar con factores interpersonales que no son ajenos a presentarse a pesar de ser externos al contexto institucional y que generan estrés, como el escaso apoyo de la familia.

Al respecto, Medina y Martell¹¹ proponen ciertas variables contextuales y propias del estudiante que moldean el RA. En las primeras se abordan aspectos familiares en el que se desarrolla el estudiante y los escolares caracterizados por las condiciones en las que se encuentra la institución educativa. Las segundas comprenden la personalidad y perfil humano como rasgos propios del estudiante, y su perfil escolar que considera la conducta acerca de su vida estudiantil. Los autores ponen de manifiesto que estos factores en algún momento pueden afectar el rendimiento, ya que en algún momento los estudiantes pueden llegar a percibir la formación universitaria como algo altamente estresante, lo que puede conllevar la aparición del síndrome de *burnout* académico (SBA)¹².

Previo a la identificación del SBA como concepto teórico, en los años 70 Freuderberger (1974) dio origen al *burnout* como un estadio manifestado por los profesionales de la salud, abarcando una combinación de cansancio emocional crónico, fatiga física, pérdida de interés por el trabajo, baja realización personal y deshumanización en el cuidado y atención a los pacientes. De igual manera, Maslach (1976) lo definió «como un estado de estrés crónico producido por el contacto de los profesionales de la salud con los pacientes, que lleva a la extenuación del profesional y a un distanciamiento emocional con sus pacientes, junto con dudas acerca la capacidad para realizar efectivamente su labor»¹³. Posteriormente, se estudió en otros gremios como militares y trabajadores industriales, ampliándose en 1995 a estudiantes universitarios¹⁴.

Encaminado al gremio estudiantil, los trabajos teóricos de Pines et al. consideran que el síndrome surge de la presunción de que los estudiantes presentan presiones y sobrecargas propias de su compromiso académico¹⁵, y se define «como una condición del estudiante caracterizada por la sensación de no poder dar más de sí mismo, una actitud de crítica negativa, desvalorización, pérdida del interés, de la trascendencia y del valor de los estudios y dudas crecientes acerca de la propia capacidad para realizarlos»¹⁶.

Asimismo, es un fenómeno considerado como una respuesta negativa a diversos estresores académicos reflejadas por tres dimensiones: agotamiento emocional (AE), cinismo (C) y baja autoeficacia académica (BAA). En consecuencia, el agotamiento favorece un efecto de cansancio por el excesivo estudio en los alumnos que los vuelve incapaces de hacer frente a diferentes situaciones académicas; el C produce una actitud de distanciamiento y frustración ante el estudio, y la baja autoestima asume una percepción de ser incompetente en sus actividades académicas por falta de creatividad y difícil concentración. Lo anterior deja en manifiesto que el *burnout* académico impactaría desfavorablemente no solo en el rendimiento escolar, sino en la salud psicológica y quizá física del estudiante¹⁷. Maldonado, Hidalgo y Otero (2000), citados por Ferrel¹⁵, argumentan que un nivel de estrés considerable modifica negativamente el sistema cognitivo, motor y fisiológico, trayendo como consecuencia la disminución del RA, evidenciado por reprobación y bajas calificaciones durante el periodo de exámenes.

De acuerdo con la literatura científica disponible, no se han identificado abordajes que señalen la relación entre las variables antes descritas específicamente en estudiantes de enfermería, sin embargo existe

evidencia de la presencia de *burnout* académico en esta población. Un estudio descriptivo realizado por Bolaños y Blanco¹⁸ con una muestra de 289 estudiantes de enfermería mostró que un 18.8% presentó el síndrome y que la mayoría (65.4%) se encontraba en riesgo. Además, el 60% podría padecer alteraciones de cualquiera de sus tres dimensiones (AE, C o despersonalización y alteraciones en la realización personal). La población sin presencia del síndrome en el primer año fue del 32.2%, seguida por la de quinto año con un 29.1%.

Reynoso et al.¹⁹ realizaron un estudio descriptivo sobre la presencia de síndrome de *burnout* en 33 alumnos de enfermería de quinto semestre. Encontraron que el 12% presenta *burnout* severo, el 70% *burnout* moderado y el 18% no lo tienen. En relación con las dimensiones, el 81% tiene un alto AE. En la dimensión de despersonalización el 87% se ubican en el nivel medio y el 13% se encuentra en el nivel alto. Para la realización personal se observó que un 10% la considera tener baja. Huayhua⁹ realizó un estudio correlacional en estudiantes de clínica odontológica para determinar la relación del síndrome de *burnout* sobre el RA. Encontraron que el AE tiene influencia en el rendimiento ($r: 0.330$; $p = 0.000$); la despersonalización de igual manera ($r: 0.380$; $p = 0.000$) y la realización personal por consiguiente ($r: 0.267$; $p = 0.000$).

A pesar de no encontrar evidencia sobre estudios de correlación entre las variables de estudio en estudiantes de enfermería, los educandos no están ajenos al fenómeno de interés debido a que la formación de este gremio se caracteriza por una exigente preparación profesional con el objetivo de desarrollar competencias de alta complejidad. En este sentido, la institución en donde se abordó el estudio se caracteriza por ser de tiempo completo, los estudiantes permanecen más de 8 horas diarias en el campus²⁰. Todo ello, en conjunto, pudiera generar estrés¹⁴. Así, se afirma que los estudiantes pueden llegar a padecer SBA, pues el tener la responsabilidad de otras vidas a su cuidado llega a generar altos niveles de estrés, además de la exigencia de obtener notas académicas aprobatorias²¹. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar la relación que existe entre el SBA y el RA en estudiantes de noveno semestre de ambos sexos de la Licenciatura en Enfermería de una universidad pública del Estado de Oaxaca.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional y transversal. La población de interés contempló

estudiantes de noveno semestre de enfermería de una universidad pública del Estado de Oaxaca. El tamaño de la muestra se estableció mediante la fórmula de poblaciones finitas considerando un nivel de confianza del 95% y un error permisible del 5%, lo que arrojó un total de 159 participantes, quienes firmaron un consentimiento informado. Las unidades muestrales fueron integrándose por un muestreo aleatorio simple. El contexto académico parte de un modelo educativo de tiempo completo estableciendo algunas actividades particulares de carácter obligatorio como: el cumplimiento de horas de clubes, biblioteca, programas de lectura con la finalidad de no perder la beca de estudio. De igual manera, se exige cubrir siete niveles de idioma inglés que no forman parte del plan de estudios pero que son requisito para la titulación y la acreditación de un examen TOEFL como parte de esta.

En relación con la carrera de enfermería, cuenta con un plan de estudios de 10 semestres presenciales y a partir del segundo semestre se contemplan prácticas clínicas en laboratorios de simulación donde se construyen escenarios de cuidado clínico asemejados a la realidad, prácticas comunitarias en el Estado, y hospitalarias dentro y fuera de este, además de cursar otras asignaturas correspondientes a cada semestre, lo que hace evidente una carga importante de actividades académicas. Específicamente, en noveno semestre se cursan las materias de Tanatología y Cuidados paliativos, Gestión y liderazgo en Enfermería, Seminario de tesis I (donde se desarrolla la enfermería basada en la evidencia), Seguridad e higiene en el trabajo y prácticas de dicha asignatura, en donde los estudiantes tienen que buscar y gestionar directamente en una empresa para realizar dichas actividades²⁰. Se utilizó el instrumento *Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS)*¹⁶ para medir el SBA. Está formulado por 15 ítems distribuidos en tres subescalas: a) AE; b) despersonalización-C, y c) realización personal-auto eficacia académica. Para el AE se consideran los ítems 1, 2, 10, 11 y 12; en cuanto a la despersonalización los reactivos 3, 8, 13 y 14, y en la subescala de realización personal los ítems 4, 5, 6, 7, 9 y 15. Todos puntúan en escala Likert que va desde 0 (nunca) a 6 (siempre). La medición del *burnout* se estableció mediante puntos que permitieron el análisis de las subescalas. Cada una se convirtió a índices considerando lo siguiente: si el agotamiento y la despersonalización-C es igual o mayor a 50, y la realización personal es menor a 50, el estudiante presenta el síndrome. El instrumento obtuvo un alfa de

Cronbach de 0.71, y por subescalas de 0.89 (AE), 0.77 (C) y 0.87 (eficacia académica).

Para medir el RA se aplicó la escala MEDMAR en su tercera versión, la cual consta de 51 reactivos con respuestas tipo Likert de cinco puntos (0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = ni en desacuerdo ni de acuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo). El rango de la escala es de 0 a 204. La escala contempla dos apartados, el primero concentra datos demográficos (sexo, edad, lugar de hermano que ocupa, parejas en el último año y promedio escolar); el segundo integra dos dimensiones e indicadores distribuidos de la siguiente manera: a) la dimensión de variables contextuales, que contempla indicadores de factores familiares (reactivos 49 al 51) y escolares (reactivos 1 al 9), y b) la dimensión de variables propias del estudiante, que contiene indicadores de personalidad/perfil humano (reactivos 30 al 48) y perfil escolar (reactivos 10 al 29). La evaluación de cada uno de los indicadores se determinó por medio de los índices estadísticos, en una escala de 1 a 100, clasificándolo en 1 a 25 deficiente, 26 a 50, bueno, 51 a 75, muy bueno y 76 a 100, excelente; así mismo, para la variable general de RA, calificándola como a menor puntaje menor RA¹¹. La confiabilidad del instrumento reportó un alfa de Cronbach de 0.9.

La recolección de la información se realizó en las instalaciones de la universidad, proporcionando a los participantes los instrumentos, los cuales fueron autoaplicables. Los investigadores estuvieron en todo momento para esclarecer alguna duda. La ética del estudio consideró la Declaración de Helsinki, que establece los principios éticos para investigación médica en seres humanos, y para garantizar la confidencialidad de la información se hizo mediante la firma de un consentimiento informado por los participantes que accedieron de manera voluntaria²². Igualmente se abordó lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud Título Quinto Capítulo V Fracción I, donde se establece que los estudiantes pueden retirarse del estudio cuando lo decidan sin afectar su situación escolar o sanciones impuestas por alguna autoridad; y Fracción II, que especifica que los resultados no serán utilizados en perjuicio de estos²³. La investigación se encuentra registrada ante el Instituto de Investigación Sobre la Salud Pública de la institución con clave IISSP/ECA/03/2016.

El análisis se procesó mediante el paquete estadístico SPSS versión 20. Se aplicaron medidas de tendencia central (media y mediana) y de variabilidad

(desviación estándar [DE]), para las variables numéricas, y frecuencias y proporciones para las categóricas. Para la comprobación de la hipótesis, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y con base en el resultado obtenido se empleó el estadístico paramétrico de Pearson²⁴. La representación de los resultados se realizó por medio de Microsoft Excel Office 10.

Resultados

La muestra fue de 159 participantes. La media de la edad fue de 22.82 años (DE: 1.5; 21-35). El 79.9% de los estudiantes fueron mujeres y el 20.1% hombres. Un 61.6% no cuenta con beca escolar. En relación con el lugar que ocupa entre hermanos en el entorno familiar, se obtuvo una mediana de 2.00, es decir, que el 50% de los encuestados ocupa el lugar 2 entre sus hermanos y el número de hermanos que ocupa mostró una media de 4.05 (DE: 2.1; 1-12). La calificación media lograda por los estudiantes fue de 7.58 (DE: 0.645; 9-6).

El análisis de las dimensiones del *burnout* académico muestra no cumplir con la condición teórica para determinar la presencia de este al establecerse el hecho, de obtener altas puntuaciones en agotamiento y C y bajas en eficacia académica (Tabla 1). Sin embargo, un mínimo porcentaje lo presentó (3.1%).

El RA lo perciben como bueno (12.6%) y muy bueno (87.4%). Referente a las variables contextuales se observó en un 22.6% (36) como bueno, muy bueno 70.4% (112) y excelente 6.9% (11). Para las variables propias del estudiante se percibió con un 13.8% (22) en calidad de bueno, el 85.5% (136) muy bueno y un 0.6% (1) de manera excelente. Se realizaron índices de 0 a 100 en relación con las medias de percepción del RA, donde resalta ser muy aceptable de acuerdo con las variables contextuales y propias del estudiante (Tabla 2).

Para determinar la normalidad de las variables principales se aplicó la prueba de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 3).

La determinación de la relación entre las variables estudiadas se realizó por medio de la prueba de Pearson, obteniendo una r de 0.044 ($p = 0.586$), como se muestra en la figura 1.

Además, se relacionaron las subdimensiones del *Inventory-Student Survey* con los indicadores del instrumento MEDMAR encontrando significancia estadística entre las variables contextuales y el AE ($r: -0.225$;

Tabla 1. Descripción del *Maslach Burnout Inventory-Student Survey* (MBI-SS), por dimensiones

Dimensión	f	%	\bar{x}	DE
Agotamiento emocional			38.6	22.1
Sí	51	32.1		
No	108	67.9		
Despersonalización/cinismo			18.3	17.1
Sí	13	8.2		
No	146	91.8		
Realización personal			69.7	17.2
Sí	140	88.1		
No	19	11.9		

DE: desviación estándar; f: frecuencia; \bar{x} : media.
Elaboración propia.

Tabla 2. Clasificación de medias e indicadores del rendimiento académico*

Dimensiones/indicadores	Promedios	DE
Variables contextuales	59.24	10.604
Familiars	77.20	19.965
Escolares	53.30	11.763
Variables propias del estudiante	57.64	6.725
Personalidad	66.29	10.365
Perfil escolar	49.43	7.087

*Instrumento aplicado: MEDMAR sobre rendimiento académico
DE: desviación estándar.

Tabla 3. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Índice (variables)	K-S	Valor de p
Rendimiento académico	0.620	0.818
Síndrome de <i>burnout</i> académico	0.994	0.262

Elaboración propia.

$p = 0.004$), despersonalización ($r: -0.183$; $p = 0.021$) y relación personal ($r: 0.219$; $p = 0.005$), como se muestra en la tabla 4.

Discusión y conclusiones

La hipótesis establecida fue la existencia de una relación entre el SBA y el RA en estudiantes de enfermería de noveno semestre de una universidad pública, sin embargo no se encontró una relación entre las variables que pudiera respaldar nuestra hipótesis. En cuanto a la presencia del SBA, fue mínima la presencia

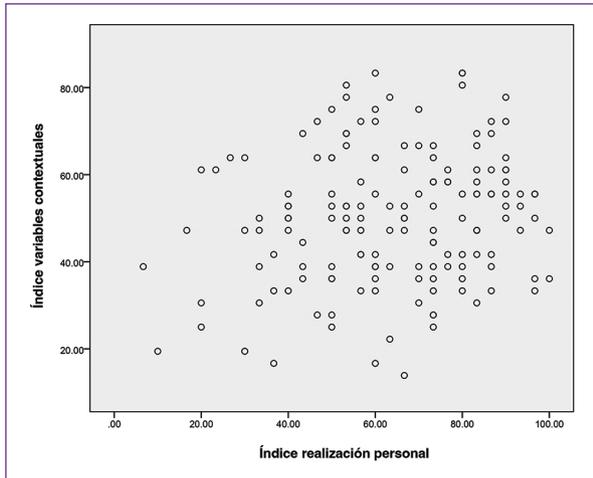


Figura 1. Relación entre rendimiento académico y síndrome de *burnout* académico.

Tabla 4. Relación de las subdimensiones del *Inventory-Student Survey* con las dimensiones de la escala MEDMAR

	Variables contextuales		Variables propias del estudiante	
	r	p	r	p
Agotamiento emocional	-0.225	0.00*	-0.050	0.527
Despersonalización	-0.183	0.02*	-0.087	0.277
Realización personal	0.219	0.00*	0.263	0.001*

*p < 0.005.
Elaboración propia.

y donde sobresale la dimensión de realización personal del estudiante. En cuanto al RA, la percepción del estudiante fue óptima en la universidad de tiempo completo donde recibió su formación y las variables contextuales y propias del estudiante han propiciado la no aparición del síndrome.

El contexto del campus posee algunas características que pudieran hacer que se considerase estresante, es decir, el ser de tiempo completo, permanecer más de 8 horas en la escuela derivado de la realización de prácticas clínicas, cumplimiento de talleres para no perder una beca escolar y cubrir horas de inglés necesarias para el proceso de titulación sin ser consideradas como parte del plan de estudios, pudieran detonar el desarrollo del *burnout* académico en los estudiantes, como lo señala Uribe¹⁴, quien comenta que el asistir a clases teóricas de larga duración y a

prácticas clínicas en laboratorios de simulación genera una carga horaria superior a 8 horas, lo que puede ocasionar estrés, factor que puede contribuir al *burnout*. Sin embargo, bajo este contexto académico los alumnos de esta población no presentaron nivel alguno desfavorable del SBA, quizá las actitudes y aptitudes personales de los estudiantes les han permitido adquirir una postura didáctica adecuada a cada exigencia académica, además poseen una personalidad derivada de la psique y de la experiencia que les da confianza en sí mismos, tenacidad, persistencia y adquisición de conocimientos, entre otros, evitando así la aparición del síndrome.

Como se mencionó al inicio del presente trabajo, el RA contempla la dimensión de las variables contextuales como: las condiciones en las que se encuentra la institución educativa y aquellas relaciones familiares en donde se desenvuelve el estudiante, estas variables se relacionaron con la dimensión de realización personal (r: 0.219, p = 0.005). Si se considera que la realización personal estuvo presente con valores altos (Med: 69.7), esto explicaría desde la percepción del estudiante el contar con una estabilidad familiar y que las condiciones de la institución han sido las propicias para su formación disciplinaria evitando en cierta medida estrés y, con ello, el fracaso escolar. Este suceso es un caso contrario a lo que comenta Osorio¹⁰, ya que en su estudio encontró que, por lo general, los estudiantes enfrentan dificultades interpersonales ajenas al contexto académico que les generan estrés derivado de un mínimo sustento y apoyo familiar.

Podemos concluir mencionando que la relación que pueda existir entre el SBA y el RA está suscitada a los recursos propios de los estudiantes para forjar una adaptación a las exigencias del sistema institucional al que pertenecen. De igual manera, se puede considerar al promedio académico como un indicador del rendimiento escolar positivo en esta población de estudio, el cual es de 7.58, que si bien no indica una excelencia, puede reflejar un esfuerzo para una adaptación al sistema educativo. El haber abordado a un semestre próximo a concluir la carrera universitaria pudo haber generado en ellos un cambio de paradigma encaminado a la próxima conclusión de las múltiples exigencias académicas que tuvieron durante su formación. Esto probablemente fue un factor determinante para no encontrar una relación general entre las variables de estudio.

Voicu et al.²⁵ encontraron que en la mayoría de los estudios longitudinales han sido capaces de demostrar que su prevalencia aumenta aproximadamente un

29.7% durante el primer año, un 36.9% durante el segundo año y durante los dos últimos años aumentó un 41%. En contraste con este resultado, el realizado por Bolaños et al.¹⁸ en estudiantes de enfermería mostró que la población sin presencia del síndrome en el primer año fue del 32.2%, seguida por la de quinto año con un 29.1%. Esta última evidencia marca la tendencia a disminuir la presencia del *burnout* en semestres avanzados, lo que puede concordar con el presente trabajo al considerar que en el noveno semestre solo se encontró un 3.1%. Se puede comentar que los estudiantes mientras más avanzan, se adaptan a las situaciones académicas en donde tienen mucho que ver los aspectos familiares en el que se desarrolla el estudiante y los escolares caracterizados por las condiciones en las que se encuentra la institución educativa y los referentes a la personalidad y perfil humano como rasgos propios del estudiante, y su perfil escolar, que considera la conducta acerca de su vida estudiantil, como proponen Medina et al.¹¹.

Finalmente, es necesario enfatizar que no se ha encontrado una vasta evidencia de la relación entre las variables en el contexto educativo y, por lo tanto, a partir de los resultados obtenidos pueden ser un detonante para que en futuros abordajes se consideren algunas otras variables como otros semestres académicos para establecer acciones que mantengan un equilibrio en las tareas académicas durante la formación en la carrera, y en la institución otorgando los recursos necesarios para el desarrollo estudiantil⁴.

Financiamiento

Sin financiamiento.

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. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada DOF 09-08-2019 [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2019. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5567623&fecha=09/08/2019#gsc.tab=0
2. Barreto-Trujillo FJ, Álvarez-Bermúdez J. Clima escolar y rendimiento académico en estudiantes de preparatoria. *J Int of Good Conscience*. 2017;12(2):31-44.
3. OECD. Higher Education in Mexico. Labour Market Relevance and Outcomes. Paris: OECD Publishing; 2019.
4. Ordaz-Monroy AA, García-Robelo O. El estudio del rendimiento académico en nivel universitario. Aproximaciones al estado del conocimiento [Internet]. VIII CLABES, Panamá, 14-16 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://revistas.utp.ac.pa/index.php/clabes/article/view/1962/2900>
5. Ferrel BLF, Ferrel OFR, Bracho PKJ. Impacto del síndrome de burnout académico en el bajo rendimiento y la salud mental en estudiantes universitarios. *Rev Digital Conocimiento Inv Edu* [Internet]. 2018 [citado:];2(6):45-53. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343294587_Impacto_del_Sindrome_de_Burnout_Academico_en_el_Bajo_Rendimiento_y_la_Salud_Mental_en_Estudiantes_Universitarios
6. Lamas H. Sobre el rendimiento escolar. *Propósitos y Representaciones*. 2015;3(1):313-86.
7. Montoya-Restrepo IA, Uribe-Arévalo AE, Uribe-Arévalo AJ, Montoya-Restrepo IA, Rojas-Berrio SP. Burnout académico: impacto de la suspensión de actividades académicas en el sistema de educación pública en Colombia. *Panorama* [Internet]. 2021 [citado:];15(29). Disponible en: <https://journal.poligran.edu.co/index.php/panorama/article/view/2319>
8. Comella A, Casas-Baroy JC, Comella-Company A, Galbany-Estragués P, Pujol R, Marc-Amengual JM. Burnout y rendimiento académico: efecto de la combinación de la actividad laboral remunerada e iniciar los estudios de grado universitario. *Retos*. 2021;41:844-53.
9. Huayhua-Vargas KY. Influencia del síndrome de burnout en el rendimiento académico de los estudiantes de la clínica odontológica. *Rev Cient Inv Andina*. 2017;1(17):245-53.
10. Osorio-Guzmán M, Parrello S, Prado-Romero C. Burnout académico en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. *Enseñ Inv Psicol*. 2020;1(2):27-37.
11. Medina-Gual L, Martell-Ibarra FM. Evaluación integral del rendimiento escolar en educación superior instrumentos de evaluación [Internet]. 1.ª Reunión Internacional de Evaluación en Educación Media Superior y Superior. Veracruz, 17-19 septiembre de 2008. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/269635331_Evaluacion_integral_del_rendimiento_escolar_en_educacion_superior_un_instrumento_de_evaluacion
12. Ruvalcaba-Ledezma JA, Canales-Hernández CA, Trejo-Fuentes AP, Muller-Sanjuan A, Mendoza-Gardeazábal AS, Reynoso-Vázquez J. El síndrome de burnout como factor influyente en el rendimiento académico del estudiante universitario. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo* [Internet]. 2017;5(10). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/CSA/article/view/2542>
13. Hederich-Martínez C, Caballero-Domínguez C. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *Rev CES Psicol*. 2016;9(1):1-15.
14. Uribe TMA, Illesca PM. Burnout en estudiantes de enfermería de una universidad privada. *Inv Ed Med*. 2017;234-41.
15. Garcés de los Fayos E. Burnout en niños y adolescentes: Un nuevo síndrome en psicopatología infantil. *Psicothema*. 1995;7(1):33-40.
16. Schaufeli W, Martínez I, Marques-Pinto A, Salanova M, Bakker A. Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2002;33(5):464-81.

17. Puertas-Neyra K, Mendoza TG, Cáceres LS, Falcón PN. Síndrome de burnout en estudiantes de medicina veterinaria. *Rev Inv Vet Perú*. 2020;31(2):e17836.
18. Bolaños N, Rodríguez N. Prevalencia del síndrome de burnout académico en el estudiantado de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica*. 2016;31:1-19.
19. Reynoso J, Jiménez-Sánchez RC, Arias-Rico J, Flores-Chávez OR, Revoreda-Montes CA, Ruvalcaba-Ledezma JC. Síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 2021;10(19):32-7.
20. Seara VM. Un nuevo modelo de universidad. *Universidades para el desarrollo*. 2.ª Ed. León, Oaxaca: Universidad Tecnológica de la Mixteca Huajuapán de León, Oax.; 2010.
21. Balsera M, Chavasco G, López R, Pérez A, Sánchez M, Villena C. Estudio del burnout en estudiantes de la Universidad de Granada. Influencia moduladora de variables de inteligencia emocional y clasificación por cursos. *ReiDoCrea*. 2016;5(2):27-32.
22. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Universidad de Navarra, Centro de Documentación de Bioética; 12 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf?1>
23. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 6 de enero de 1987. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
24. Pallant J. *SPSS Survival Manual* (2nd. ed.). Nueva York, NY, EE.UU.: McGraw-Hill; 2006.
25. Voicu A, García-Villarroya B, Sacristán-López P, Tosaus-Catalán P. Burnout académico en estudiantes de enfermería: una revisión bibliográfica. *Rev Sanitaria Inv [Internet]*. 2021 [consultado:];6(2). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/burnout-academico-en-estudiantes-de-enfermeria-revision-bibliografica>

Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de personas que viven con diabetes *mellitus* 2

Patricia Rivera-Vázquez^{1,2*}, Flor E. Carbajal-Mata¹ y Gabriela Maldonado-Guzmán¹

¹Cuerpo Académico Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Tamaulipas; ²Dirección de capacitación y desarrollo, Subsecretaría de Enfermería y Dirección adjunta de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Tamaulipas. Ciudad Victoria, Tamps., México

Resumen

Objetivo: Mostrar el efecto de una intervención educativa de enfermería sobre la adherencia al tratamiento y mejoras en los niveles de glucemia capilar en un grupo de personas que viven con diabetes tipo 2 de la Ciudad Victoria, Tamaulipas. **Método:** Estudio de intervención, con 29 personas con diagnóstico de diabetes tipo 2, asistentes a un comedor comunitario. Se utilizó la cédula de datos e instrumento *Summary of Diabetes Self-Care Activities*. Los datos recolectados se analizaron por medio del programa SPSS V.23 mediante estadística descriptiva e inferencial con prueba de rangos de Wilcoxon. **Resultados:** La muestra estuvo constituida en su mayoría por mujeres con un promedio de edad de 61 años. Se encontraron cambios favorables de los valores de glucosa en el pretest y posttest a la intervención. En cuanto al nivel de adherencia al tratamiento y autocuidados con la intervención educativa, se logró pasar de una adherencia nivel medio a un nivel alto y en el post ningún paciente se ubicó en adherencia baja. **Conclusión:** La intervención educativa personalizada y a bajo costo permitió obtener un efecto positivo en la adherencia al tratamiento, el pretest permitió construir el programa educativo basado en las necesidades personales de autocuidado, asimismo lograr mejores niveles de glucemia capilar en la población en estudio.

Palabras clave: Adherencia terapéutica. Diabetes tipo 2. Enfermería. Intervención educativa.

Results of an educational intervention to improve self-care in people living with diabetes

Abstract

Aim: To show the effect of a nursing educational intervention on treatment adherence and improvement of capillary blood glucose levels in a group of people living with type 2 diabetes in Ciudad Victoria, Tamaulipas. **Method:** Intervention study, with 29 people diagnosed with type 2 diabetes, who attended a community kitchen. The data sheet and the Summary of Diabetes Self-Care Activities instrument were used. The data collected were analyzed through the SPSS V.23 program using descriptive and inferential statistics with the Wilcoxon rank test. **Results:** The sample was composed mainly of women with an average age of 61 years. Favorable changes were found in glucose values in the pretest and posttest of the intervention. In terms of the level of adherence to treatment and self-care with the educational intervention, it was possible to go from a medium level of adherence to a high level, and in the post no patient was in low adherence. **Conclusion:** The personalized and low-cost

*Correspondencia:

Patricia Rivera-Vázquez
E-mail: parivera@docentes.uat.edu.mx

Fecha de recepción: 07-07-2022
Fecha de aceptación: 21-11-2022
DOI: 10.24875/ENF.22000017

Disponible en internet: XX-XX-XXXX
Rev Mex Enf. 2024;12(1):23-27
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Rivera-Vázquez P, Carbajal-Mata FE, Maldonado-Guzmán G. Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de personas que viven con diabetes *mellitus* 2. Rev Mex Enf. 2024;12:23-27.
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/>).

educational intervention allowed us to obtain a positive effect on treatment adherence, the pretest allowed us to build the educational program based on personal self-care needs and also achieve better levels of capillary blood glucose in the study population.

Keywords: Therapeutic adherence. Type 2 diabetes. Nursing. Educative intervention.

Introducción

La Federación Internacional de Diabetes (FID) menciona que la diabetes *mellitus* es una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante¹. Actualmente las cifras son preocupantes para la comunidad en salud debido a que mundialmente se estima que para el año 2040 habrá 642 millones de personas viviendo con la enfermedad. Se dice que cada 10 segundos son diagnosticadas tres personas y que cada 6 segundos muere una persona por motivos de diabetes.

Según datos de la Federación Mexicana de Diabetes, México está en el 6.º lugar de personas que viven con diabetes en el mundo, el 50% de ellos no son conscientes de su enfermedad². La mayoría de estas personas se encuentra en un rango productivo de edad, entre los 40 y 59 años; este hecho representa una gran pérdida económica al año, por las incapacidades que puede generar, así como los costos de la atención². Los Estados con mayor prevalencia de la enfermedad son Tamaulipas y la Ciudad de México, así como algunos Estados del noreste del país.

La diabetes *mellitus* tipo 2 es la causante del 3% de la mortalidad en el país, la cuarta causa de muerte prematura en mujeres y la octava en hombres, donde de una de cada 10 personas se encuentra entre 35 y 64 años de edad. Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes la convierten en una patología con morbilidad asociada, ya que es la primera causa de inclusión de pacientes en hemodiálisis, de ceguera en adultos, de amputaciones no traumáticas en miembros inferiores, y multiplica entre dos y cuatro veces la cardiopatía isquémica y la trombosis cerebral³.

Ante las cifras alarmantes de esta enfermedad, es necesario conocer el apego al tratamiento en los pacientes, debido a que el mal control metabólico favorece severas complicaciones que deterioran la calidad de vida y la longevidad de estas personas, al considerar que a nivel mundial se afirma que la mitad de los pacientes no cumplen con el tratamiento y que menos del 30% cambian sus hábitos o estilos de vida⁴.

Esta investigación plantea que una vez teniendo el diagnóstico por parte del paciente es importante conocer el nivel de adherencia al tratamiento; este entendido como: la conducta de una persona al seguir indicaciones

sobre toma de medicamentos, dieta y/o realización de cambios en su estilo de vida, que corresponde a las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención a la salud, en este caso por enfermería.

La adherencia involucra no solo aspectos cognitivos y sensoriales del paciente, sino otros factores como son la cultura, las creencias, el contexto económico relacionado con el tratamiento y el acceso a los sistemas de salud, así como la relación entre el médico, el paciente y la familia⁵. Este comportamiento implica compromiso y responsabilidad de las personas con el cuidado y mantenimiento de su salud, por lo que la adherencia es un factor importante susceptible de ser modificable y que compromete los resultados en los tratamientos instaurados^{5,6}.

Al respecto, la consulta de enfermería cumple un importante rol asistencial para el control de los factores de riesgo al fomentar la adquisición de habilidades dirigidas al control del padecimiento, aceptar la enfermedad, modificar la dieta y realizar ejercicio, para mejorar la calidad de vida con un enfoque holístico⁶. En la consultoría por medio del Proceso de atención de Enfermería (PAE), se puede valorar al usuario para crear las mejores estrategias para que la persona lleve el seguimiento del tratamiento y construya su propio autocuidado mediante la educación. Así como la evaluación de dichas estrategias que generen un impacto positivo en los niveles de glucemia capilar.

Metodología

Estudio de intervención, de tipo descriptivo-correlacional realizado con 29 personas con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, de edad y sexo indistinto, usuarios de un comedor comunitario en Ciudad Victoria, Tamaulipas, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por disponibilidad y quienes aceptaron participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

Para la recolección de datos sobre la adherencia al tratamiento se utilizó el instrumento *Summary of Diabetes Self-Care Activities*⁷, traducido al español en el 2008 por Vincent, McEwen y Pasvogel. Compuesto de cinco dimensiones integradas con 14 ítems. Los

ítems 1-4 valoran adherencia dietética, 5 y 6 la adherencia respecto a la actividad física, el 7 y 8 el control de la glucosa, 9 y 10 cuidado de los pies, el 11 el consumo de tabaco y 12-14 el consumo de medicamentos. Los resultados muestran adherencia baja cuanto se obtiene de 0 a 30 puntos, adherencia media de 31 a 60 puntos y adherencia alta cuando se cuenta con 61 a 92 puntos.

El registro de la glucemia capilar fue realizado por el personal de enfermería, en una cédula expreso.

La recolección de los datos se realizó en dos momentos: antes del programa de intervención y al término de este. Para ello se visitó dos veces por semana a las personas, durante seis meses. Para la aplicación del programa de intervención se contó primeramente con la aceptación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en Cd. Victoria, así como de los responsables administrativos del comedor comunitario. El programa de intervención educativa se llevó a cabo en 10 sesiones de 2 horas de duración. Las sesiones estandarizadas sobre temas referentes a: comer y beber bien, autocuidado de la salud, actividad y ejercicio, apoyo familiar como factor de adherencia al tratamiento, control de la glucosa y cuidado de los pies, entre otros. Dichas sesiones fueron dirigidas por las tres enfermeras responsables del proyecto con la colaboración de tres estudiantes de especialidad en enfermería.

Las sesiones se desarrollaron por medio de exposición oral de los temas utilizando recursos audiovisuales y práctica activa con utilización de recursos materiales relacionados que facilitarían una mejor comprensión con énfasis en procesos de prevención, el hecho de integrar a las personas a las actividades prácticas propició una mejor motivación y con ello alcanzar el objetivo deseado.

La información obtenida fue capturada en base de datos elaborada expreso utilizando el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 23. Las variables de estudio se analizaron por medio de estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes, para conocer la asociación entre las variables adherencia al tratamiento y glucemia capilar se utilizó estadística inferencial, con la prueba de rangos de Wilcoxon.

El estudio fue considerado como «investigación sin riesgo», acorde a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en México^{8,9}.

Resultados

De los 29 participantes, adultos que viven con diabetes mellitus tipo 2, el 86.2% (25) son mujeres y el 13.8% hombres (4). Cuentan con una edad media de 60.9 años, con una mínima de 30 y máxima de 83. En un rango de 53 años y desviación estándar (DE) 13.53 años.

En el pretest en conjunto se tuvo una glucosa media de 208.38 mg/dl, con un mínimo de 83 mg/dl y una máxima de 484 mg/dl. DE 115.54 mg/dl. En la valoración postest se observó una glucosa media de 146 mg/dl. Mínima de 100 mg/dl, máxima de 420 mg/dl en un rango de 320 mg/dl. DE 67.09 mg/dl. Cabe mencionar que las personas detectadas con glucosa mayor a 400 mg/dl fueron canalizados para atención médica al centro comunitario adjunto.

Al analizar el nivel de adherencia se identificó en la valoración pretest adherencia baja en 4 personas (13.8%), adherencia media en 18 (62.1%) y adherencia alta en 7 (24.1%). Durante el postest se observó mejoría, ya que se encontró adherencia media en 19 personas (65.5%) y adherencia alta en 10 (34.5%) (Tabla 1).

La efectividad de la intervención educativa fue medida mediante la prueba de rangos de Wilcoxon, donde se observó que los niveles de glucosa capilar de 9 (31%) personas mejoraron al finalizar la intervención ($Z = -3.330$; $p = 0.001$). Respecto al nivel de adherencia 9 (31%) de los participantes mostraron mejoría, 16 (55%) se mantuvieron en el mismo nivel y solo 4 (14%) personas quedaron en rango negativo ($Z = -1.615$; $p = 0.106$) (Tabla 2).

Discusión

De acuerdo con el objetivo de esta investigación, el programa de intervención generó una respuesta favorable en la adherencia al tratamiento, así como en la mejora de los niveles de la glucemia capilar en esta población. Existen investigaciones publicadas que han impulsado programas de intervención realistas que repercutan en el control de la enfermedad y con ello en la calidad de la atención, ya que similar a lo expuesto en la literatura^{10,11}, son las mujeres adultas con una edad media de 60.9 años quienes participan de manera activa en los programas de intervención.

Estudios reportan el efecto positivo de las intervenciones educativas de enfermería sobre los parámetros bioquímicos de pacientes con diabetes con media preintervención de 164 mg/dl, y postintervención de 149 mg/dl de glucosa¹¹, algunos informan mejoría significativa en la

Tabla 1. Adherencia al tratamiento en los participantes en la intervención (n = 29). Datos recogidos con la Cédula *Summary of Diabetes Self-Care Activities*

Nivel de adherencia	Baja	Media	Alta
Preintervención	4	18	7
Postintervención	0	19	10

Tabla 2. Prueba de rangos de Wilcoxon glucosa/nivel de adherencia de las personas que viven con diabetes *mellitus* tipo 2 participantes en la intervención (n = 29)

	n	Rango promedio	Suma de rangos
Glucosa capilar			
Rangos negativos	20	18.58	371.50
Rangos positivos	9	7.06	63.50
Empates	0		
Total	29		
Nivel de adherencia			
Rangos negativos	4	6.00	24.00
Rangos positivos	9	7.44	67.00
Empates	16		
Total	29		

glucemia en ayuno y posprandial ($p = 0.002$)^{12,13}, similar a lo encontrado en nuestro estudio.

En relación con la adherencia al tratamiento, se describe que un 56% de las personas con diabetes tipo 2 pertenecientes a instituciones de salud presentan una buena adherencia al tratamiento^{14,15}, similar a lo observado en el presente estudio, donde el 86.2% contaba con adherencia media y alta al inicio de la intervención de enfermería. Del mismo modo, se han aplicado modelos que promueven la autoeficacia mediante programas educativos en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 en atención primaria de salud, en los cuales se ha reportado que tanto antes como después de una intervención ocurre en un nivel mínimo de adherencia al tratamiento farmacológico, un nivel medio a la adherencia a la dieta y adherencia al ejercicio físico, con un nivel medio-alto¹⁶.

Contrario a lo reportado en la literatura en investigaciones realizadas en adultos mayores en los que existen variables asociadas a la adherencia al tratamiento, se considera que un 69.33% son no adherentes al tratamiento de diabetes *mellitus*¹⁷, ya que en el presente estudio se observó un 86.2% de adherencia al tratamiento, es decir, solo un 13.8% no ejecutan las

recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria. Sobre las intervenciones de enfermería para favorecer el apego al tratamiento dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, supone una mejoría en la utilización correcta de los fármacos^{18,19} y, como consecuencia, una mejora del control metabólico, donde según resultados reportados en la literatura se produce un cambio de desfavorable a favorable adherencia en el 10.9% de los casos^{20,21}, contrario a lo sucedido en la intervención realizada, donde se observó que el 31% de los pacientes pasaron de baja a media y alta adherencia.

Conclusión

La investigación realizada permitió alcanzar el objetivo establecido al determinar el efecto de la intervención de enfermería desarrollado mediante un programa educativo personalizado y de bajo costo, basado en las necesidades de autocuidado de las personas que viven con diabetes *mellitus* tipo 2 asistentes a un comedor comunitario, al lograr una efectividad positiva respecto a la glucemia capilar del grupo ($Z = -3.330$; $p = 0.001$). A pesar de ello, solamente 9 (31%) participantes mostraron mejoría respecto a su nivel de adherencia ($Z = -1.615$; $p = 0.106$). Los resultados obtenidos muestran no solo el impacto de la educación para fomentar el autocuidado de la salud, como una función primordial de enfermería en la que el control de la enfermedad por medio del monitoreo continuo de la glucosa de forma sencilla y económica favorece la prevención de complicaciones crónicas en las personas que viven con diabetes que son atendidas en el primer nivel de atención a la salud.

Financiamiento

Proyecto financiado por el Programa de Fortalecimiento de Cuerpos Académicos de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, UAT-CA-155, con clave 511-6/17-7382.

Conflicto de intereses

Las autoras 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 para la redacción de este manuscrito, ni para la creación de pies de tablas y/o leyendas de figuras.

Bibliografía

- Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes. La carga mundial. 7.ª Edición. [Internet]. Bélgica: Federación Internacional de Diabetes; 2015 [actualizado: 2019; citado: 15/12/2020]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf
- Federación Mexicana de Diabetes. Estadísticas en México 2018 [Internet]. México: Federación Mexicana de Diabetes; revisado 2019 [citado: 15/12/2020]. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2016 [actualizado diciembre 2019; citado: diciembre 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=5354512712E9FF31420CA66A81829425?sequence=1>
- Escandón N, Azócar B, Pérez C, Matus V. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: su relación con calidad de vida y depresión. *RDP*. 2015;26(101):125-38.
- Ramos Y, Morejón R, Gómez M, Reina M, Rangel C, Cabrera Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Finlay*. 2017;7(2):89-98.
- Mendinueta DA, Valderrama-Cadavid ZA, Trout G, Paredes M. Enfoque de enfermería en la atención primaria de diabetes y corazón como herramienta fundamental para la prevención, cuidado y promoción. *Duary*. 2017;14(1):79-90.
- Vincent D, McEwen MM, Pasvogel A. The validity and reliability of a Spanish version of the summary of diabetes self-care activities questionnaire. *Nurs Res*. 2008;57(2):101-6.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México [Internet]. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión; 2014 [consultado: noviembre 2020]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Norma Oficial Mexicana 012 SSA3-2012. Establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud; 2012 [consultado: 15/02/2021]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- Ávila H, Meza S, Frías B, Sánchez E, Vega C, Hernández MA. Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Cult Cuid*. 2006;10(20):141-6.
- Guzmán-Priego CG, Baeza-Flores G, Atliano-Jiménez D, Torres-León JA, León-Mondragón OJ. Efecto de una intervención educativa sobre los parámetros bioquímicos de pacientes diabéticos de un servicio médico institucional. *Aten Fam*. 2017;24(2):82-6.
- Slattery D, Choudhary P. Clinical use of continuous glucose monitoring in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2017;19(S2):S55-S61.
- Lara- Luque R. Efecto de una intervención educativa enfermera en el manejo de la diabetes gestacional. *Metas Enferm*. 2016;19(1):14-20.
- Larkin AT, Hoffman C, Stevens A, Douglas A, Bloomgarden Z. Determinants of adherence to diabetes treatment. *J Diabetes*. 2015;7(6):864-71.
- Asante E. Interventions to promote treatment adherence in type 2 diabetes mellitus. *Br J Community Nurs*. 2013;18(6):267-74.
- Pisano-González MM, González Pisano AC. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin*. 2014;24(1):59-66.
- Ramos RY, Morejón SR, Gómez VM, Reina SME, Rangel DC, Cabrera MY. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Finlay*. 2017;7(2):89-98.
- Lozano-del Hoyo ML, Armalé-Casado MJ, Martes-López C, Risco-Otaola-Iauruchi MC, Martínez-Menjón C, Bescos-Pérez C. Eficacia de la intervención enfermera en la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. *Metas Enferm*. 2013;16(6):21-6.
- Zenteno -López MA, Tzontehua-Tzontehua I, Gil-Londoño E, Contreras-Arroyo S, Galicia-Aguilar R. Continuidad de los cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enfermería Universitaria*. 2016;13(2):130-7.
- Medina A, Ellis Acosta EJ, Ocampo DF. Impacto de un programa personalizado de educación en pacientes diabéticos tipo 2. *Acta Med Col*. 2021;39(3):258-63.
- Gack L, Araujo E, Nascimento M, Calcalho W. Consulta de enfermería a portadores de diabetes mellitus e hipertensión arterial: La Integración de la educación y la práctica de cuidados de la salud. *Ciencia y Enfermería*. 2010;16(2):17-24.

Síndrome de Sjögren (SS). Educación e intervenciones a usuarios hospitalarios. Estudio de caso, síndrome de Sjögren

Berenice Piña-Juárez

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

Resumen

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad infrecuente, que se presenta en un porcentaje del 1-3%, predomina en las mujeres (9:1) con una edad entre 40 y 60 años; en jóvenes suele asociarse con otros trastornos autoinmunitarios. Esta enfermedad multisistémica consiste en una infiltración linfocítica progresiva de las glándulas exocrinas del organismo, que causa sequedad ocular (xeroftalmia) y bucal (xerostomía). **Objetivo:** Proponer un plan de cuidados de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson sobre el padecimiento de SS a una mujer en el servicio de urgencias, que permita al personal de salud brindar educación y atención integral de calidad. **Método:** Desarrollo de un proceso de atención de enfermería, haciendo énfasis en plan de cuidados en una persona con SS, basándonos en la taxonomía NANDA, NOC, NIC. **Conclusión:** El SS es un proceso crónico y progresivo que no tiene cura, es complicado de manejar por las múltiples manifestaciones que presenta. Por ello el proceso de atención de enfermería, en conjunto con el plan de cuidados, juega un papel fundamental para controlar y brindar bienestar al usuario que acude a urgencias y que es referido a su domicilio para continuar con su autocuidado, con la finalidad de que este pueda mejorar su estado de salud.

Palabras clave: Síndrome de Sjögren. Xerostomía. Xeroftalmia. Cuidados de enfermería.

Sjögren's syndrome (SS). Education and interventions for hospital users. Case study, Sjögren's syndrome

Abstract

Introduction: Sjögren's syndrome (SS) is a rare disease that occurs in a percentage of 1-3%, predominantly in women (9:1) with an age between 40 and 60 years; in young people it is usually associated with other autoimmune disorders. This multisystemic disease consists of a progressive lymphocytic infiltration of the exocrine glands of the body, causing dry eyes (xerophthalmia) and mouth (xerostomia). **Objective:** To propose a nursing care plan based on the Virginia Henderson model on the condition of SS to a user in the emergency department, which allows health personnel to provide education and comprehensive quality care. **Method:** Development of a nursing care process, with emphasis on nursing care plan in a person with SS, based on NANDA, NOC, NIC taxonomy. **Conclusion:** SS is a chronic and progressive process that has no cure and is complicated to manage due to the multiple manifestations it presents. For this reason, the nursing care process, together with the care plan, plays a fundamental role in controlling and providing well-being to the hospitalized user, with the aim of improving his or her state of health.

Keywords: Sjögren's syndrome. Xerophthalmia. Xerostomia. Nursing care.

Correspondencia:

Berenice Piña-Juárez
E-mail: bere_pj@hotmail.com

Fecha de recepción: 17-05-2023
Fecha de aceptación: 14-07-2023
DOI: 10.24875/ENF.23000019

Disponible en internet: XX-XX-XXXX
Rev Mex Enf. 2024;12(1):28-36
www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Piña-Juárez B. Síndrome de Sjögren (SS). Educación e intervenciones a usuarios hospitalarios. Estudio de caso, síndrome de Sjögren. Rev Mex Enf. 2024;12:28-36.
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/>).

Introducción

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad que se presenta en un porcentaje del 1-3% en la población, predomina principalmente en mujeres y en particular aquellas que padecen de alguna enfermedad reumática y/o lupus eritematoso sistémico¹⁻³, de edades entre 40 y 60 años, aunque puede observarse en todas las edades, incluida la infancia. La prevalencia del SS primario es del 0.5 al 1.0%. Además del síndrome primario, el 30% de los pacientes con enfermedad reumática de origen autoinmunitario presenta un SS secundario⁴. De acuerdo con la literatura publicada, la aparición de SS es en la relación mujer: hombre 9:1, con mayor prevalencia en personas de entre 51 a 60 años, la manifestación clínica más común fue la xerostomía⁵.

En México, una investigación entre la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán encontró en bases de datos de expedientes entre 2001 y 2016 60 casos con el síndrome, en una edad promedio de 55 años. La mayoría de las pacientes no tenían antecedentes de consumo de tabaco o alcohol. La enfermedad autoinmune más frecuente en las mujeres estudiadas fue la artritis reumatoide⁶.

El SS es una enfermedad autoinmunitaria crónica y de lenta progresión caracterizada por una infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas que produce al final xerostomía, sequedad ocular y de piel, asimismo los pacientes pueden presentar sequedad en genitales, pero si no tienen el diagnóstico de SS no recibe nombre de xerostomía, a la sequedad que presentan en genitales.

Entre las enfermedades del tejido conectivo el SS es la segunda en prevalencia después de la artritis reumatoide⁷. «Estos pacientes presentan alteraciones en la cantidad y calidad de saliva y lágrimas, generando síntomas de sequedad ocular y oral. Su etiología es desconocida y la patogenia del daño glandular se atribuye fundamentalmente a la acción citotóxica de las células del infiltrado mononuclear que mayoritariamente corresponden a linfocitos T CD4+ y T CD8+, linfocitos B, células asesinas naturales o *natural killer* y macrófagos, como otras enfermedades autoinmunes. Estos pacientes tienen anticuerpos séricos, sin embargo, al presente no se le ha atribuido ninguna acción patogénica definida. Algunos de los anticuerpos detectados son Ro/SSA, anti-La/SSB, antinucleares y factor reumatoide, que también están presentes en otras enfermedades autoinmunes»⁴.

El paciente lo describe como dificultad para deglutir el alimento, incapacidad para hablar sin interrupciones, sensación de quemazón, intensificación de caries dental. A la exploración se observa mucosa bucal seca eritematosa y pegajosa. Hay atrofia de las papilas filiformes del dorso de la lengua y la saliva de las glándulas principales es turbia y no puede recogerse.

Por otra parte, los pacientes suelen referir sequedad ocular, que se percibe como una sensación de arenilla bajo los párpados, sensación de quemazón, acumulación de secreción espesa en forma de hebras en el ángulo interno de los ojos, menor producción de lágrimas, enrojecimiento, picor y fatiga ocular, así como aumento de fotosensibilidad. Esto se presenta específicamente porque hay una destrucción del epitelio conjuntival que cubre la córnea y el globo ocular (queratoconjuntivitis seca)^{2,8-10}.

Con menos frecuencia se presenta afectación de otras glándulas exocrinas, como menor secreción de las glándulas mucosas de la pared superior e inferior del árbol respiratorio, lo cual origina sequedad en la nariz, la faringe y tráquea (xerotráquea). De forma adicional, la disminución de la secreción de las glándulas exocrinas del tubo digestivo produce atrofia de la mucosa esofágica, gastritis atrófica y pancreatitis subclínica. Se identifica también sequedad en la piel y dispareunia por sequedad de los genitales externos. Las manifestaciones extraglandulares (generales) aparecen en el 33% de los pacientes con SS. Estas son artralgias, o artritis, fenómeno de Raynaud, linfoadenopatías, afección pulmonar, vasculitis, afección renal, afección hepática, linfomas, neuropatía periférica, miosis^{2,6}.

Por lo anterior, se presenta un estudio de caso de una mujer con diagnóstico de SS que es atendida en el servicio de urgencias y donde se construye un plan de cuidados de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, que permitió al personal de salud brindar educación y atención integral de calidad.

Presentación del caso

Mujer de 69 años de edad, ama de casa, practicante de la religión católica, residente de la Ciudad de México y grado de estudios bachillerato. En los antecedentes médicos presenta hipotiroidismo subclínico, diabetes *mellitus* tipo 2, obesidad grado 1, depresión, ansiedad, neumonía grave por COVID-19, con secuela de neuropatía periférica tras COVID-19, probable trastorno funcional digestivo, disfagia, osteoporosis.

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería. Riesgo de infección¹²

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
00004. Riesgo de infección r/c alteración de las defensas secundarias (enfermedades crónicas)	Evitar posibles infecciones que puedan comprometer la salud de la persona	6550 Protección de las infecciones
Resultados de enfermería NOC 1902 control de riesgo ¹³ Puntuación diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Indicadores 190201 Reconoce factores de riesgo 190204 Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas 190208 Modifica estilos de vida para reducir el riesgo		Actividades Observar signos y síntomas de infección sistemática y localizada Observar grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones Inspeccionar existencia de enrojecimiento, calor extremo de las membranas mucosas Proporcionar cuidados adecuados de la piel y en mucosas Obtener muestras para realizar cultivo, si es necesario Fomentar ingesta de líquidos Fomentar ingesta nutricional suficiente Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar Fomentar aumento de movilidad y ejercicios, si procede Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito Instruir al paciente y familiares acerca de los signos y síntomas de infección, y cuándo debe de informar de ellos al cuidador Enseñar al paciente y familiar a evitar infecciones Garantizar la seguridad del agua mediante hipercloración ¹⁴
Puntuación global Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	1 2 3 4 5	
Evaluación. De acuerdo con las intervenciones se logró llevar a la paciente de sustancialmente comprometida a levemente comprometida		

Adaptada de North American Nursing Diagnosis Nanda Internacional, 2009¹², Moorhead et al., 2009¹³ y McCloskey Dochterman et al., 2009¹⁴

Tabla 2. Diagnóstico de enfermería. Deterioro de la mucosa oral¹⁰

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
00045 Deterioro de la mucosa oral r/c falta o reducción de la salivación m/p xerostomía (boca seca), malestar oral	Mantener una adecuada higiene bucal para evitar cualquier tipo de infección	1710 Mantenimiento de la salud bucal
Resultados de enfermería NOC 1100 Higiene bucal ¹¹ Puntuación diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Indicadores 110001 Limpieza de la boca 110003 Limpieza de las encías 110004 Limpieza de la lengua 110010 Humedad de la mucosa oral y de la lengua		Actividades Observar el color, brillo y presencia de mucosa oral Animar y ayudar a la paciente a lavarse la boca Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis Recomendar cepillo dental de cerdas suaves Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, encías y lengua Recomendar una dieta saludable y una ingesta adecuada de agua ¹² «Se recomienda no fumar ni beber alcohol, evitar los ambientes secos por aire acondicionado o calefacción, así como lugares con polvo y humo de tabaco, los alimentos o bebidas ricas en azúcares y con cafeína, y los fármacos anticolinérgicos. Se deben aconsejar protectores labiales, sorbos de agua frecuentes con gotas de limón, higiene bucal constante (cepillado de dientes frecuente, utilización de hilo dental a diario, dentífricos para bocas secas, elixires fluorados, cápsulas con gel de vitamina E por las noches), masticar chicle sin azúcar y revisiones por odontólogo cada 6 meses» ¹⁵
Puntuación global Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	1 2 3 4 5	
Evaluación. Se observó mejoría de la mucosa oral de la paciente, gracias al apego de las intervenciones. Logrando aumentar puntuación a 4		

Adaptada de Díez Morrondo et al., 2010¹⁰, Míguez, 2021¹¹, North American Nursing Diagnosis Nanda Internacional, 2014¹² y Sorlí et al., 2009¹⁵.

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería. Deterioro de la integridad tisular¹⁰

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
00044 deterioro de la integridad tisular r/c déficit de líquidos corporales m/p lesión por destrucción tisular (cornea)	Disminuir factores que pongan en peligro la función de los ojos	1650 Cuidado de los ojos
Resultados de enfermería NOC 1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas ¹¹ Puntuación diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Indicadores 110104 Hidratación 110116 Lesión de la membrana		Actividades Observar si hay enrojecimiento, exudado o ulceración Informar al paciente de que es necesario que no se frote o toque los ojos Aplicar protección ocular si procede Aplicar gotas lubricantes Aplicar ungüento lubricante, si corresponde Aplicar cámara de humedad, si procede Observar el reflejo corneal Colocar parches húmedos por las noches ¹²
Puntuación global Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	1 2 3 4 5	
Evaluación. Se logra mantener lubricada la córnea de la usuaria, por lo que mejoró sus síntomas y signos. Aumentando puntuación de 2 a 4 puntos		

Adaptada de Díez Morrondo et al., 2010⁹, Míguez, 2021¹¹, North American Nursing Diagnosis Nanda Internacional, 2014¹.

Tabla 4. Diagnóstico de enfermería. Deterioro de la integridad cutánea¹⁰

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
00046 deterioro de la integridad cutánea r/c déficit inmunológico/alteración en el estado de líquidos m/p alteración de la superficie de la piel (epidermis), sequedad de la piel	Brindar cuidados de la piel que impidan la destrucción de la epidermis	3590 Vigilancia de la piel
Resultados de enfermería Noc 1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas ¹¹ Puntuación diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Indicadores 110111 Perfusión tisular 110113 Integridad de la piel 110115 Lesiones cutáneas		Actividades Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o lesión en la piel Observar su color, textura, y si hay ulceraciones en las extremidades Utilizar la herramienta de evaluación para identificar pacientes con riesgo de pérdida de la integridad de la piel (escala de Braden) Observar si hay zonas de magulladuras en la piel y pérdida de la integridad Observar si hay erupciones o abrasiones en la piel Observar si hay excesiva sequedad en la piel Observar si hay zonas de fricción o presión en la piel Tomar nota de los cambios en la piel Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (colchón de presión alterna, cambio de posición cada 2 horas) Instruir a la persona sobre la importancia de mantenerse hidratado y mantener hidratada la piel con productos como cremas, ungüentos, vaselina, etc. Instruir a los miembros de la familia sobre los signos de resequecedad en la piel ¹²
Puntuación global Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	1 2 3 4 5	
Evaluación. Se observa mejoría significativa respecto de las lesiones de la paciente. Gracias al apego de las intervenciones se logró aumentar puntuación a 5		

Adaptada de Díez Morrondo et al., 2010⁹, Míguez, 2021¹¹, North American Nursing Diagnosis Nanda Internacional, 2014¹.

Tabla 5. Diagnóstico de enfermería. Desequilibrio nutricional por defecto¹⁰

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
00002 desequilibrio nutricional por defecto r/c trastornos de la salivación m/p informe de ingesta alimentaria inferior al aporte diario recomendado, problemas en la deglución	Mejorar la ingesta de alimentos que mejoren el aporte nutricional	1100 Manejo de la nutrición
Resultados de enfermería NOC 1008 estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos ¹¹ Puntuación diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Indicadores 100801 Ingestión alimentaria oral 100803 Ingestión de líquidos orales		Actividades Pesar al paciente para valorar tendencias de pérdida y ganancia Analizar la respuesta del paciente cuando se encuentra en situaciones que impiden que coma Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación Observar las encías del paciente por si hubiera inflamación, estuviera esponjosa, con hemorragia Vigilar niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito Comprobar niveles de electrolitos, linfocitos Vigilar niveles de energía, malestar, fatiga o debilidad Observar si hay palidez enrojecimiento y sequedad de tejido conjuntivo Observar si la boca, labios, están inflamados enrojecidos, agrietados Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento especial Preguntar al paciente si tiene alguna alergia y qué tipo de alimento resulta difícil de consumir Determinar en colaboración con nutriólogos el número de calorías y que tipo de nutrientes son necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación Ofrecer al paciente líquidos, fruta fresca, zumos de fruta y bebidas que puedan consumirse fácilmente Dar comidas ligeras, en puré, y blanda para una mejor deglución y absorción Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en proteínas y fibra para evitar estreñimiento Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales ¹²
Puntuación Global Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	1 2 3 4 5	
Evaluación. La usuaria mostró mejoría en cuanto al apetito y deglución. Se logró aumentar puntuación de 2 a 4 puntos		

Adaptada de Díez Morrondo et al., 2010⁹, Míguez, 2021¹¹, North American Nursing Diagnosis Nanda Internacional, 2014¹.

Recientemente acude a institución de salud por presentar debilidad en extremidades inferiores e infección de tejidos blandos no purulenta, menciona que se fatiga con conversaciones de larga duración, no muestra datos de desaturación, manifiesta tener paladar blando con leve debilidad, con parestesia de cuerda vocal derecha que impide masticar, tragar, degustar o hablar. Así mismo, se conoce con diagnóstico de SS y presenta xerostomía, debilidad generalizada.

Con una escala de Glasgow presenta 15 puntos, su marcha es lenta, pulsos y llenado capilar distal normal, en cuanto a piel y mucosas, presenta deshidratación. La paciente refiere sequedad excesiva en la boca y garganta, los labios reseca con sensación de ardor, lo que le ocasiona problemas para masticar,

tragarse, degustar o hablar. La xerostomía y la debilidad en miembro inferior la limitan para realizar actividad; refiere elevada molestia ocular con sensación de reseca, los ojos se observan irritados y enrojecidos, lo que le genera cuadros de temor y ansiedad.

La valoración de enfermería se realiza por el modelo de las 14 necesidades Virginia Henderson, la cual sugiere: «el enfoque de la práctica de la enfermería busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital. El modelo de Virginia Henderson hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería»¹¹.

Tabla 6. Diagnóstico de enfermería. Riesgo de intolerancia a la actividad¹⁰

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
00094 riesgo de intolerancia a la actividad r/c antecedentes de la intolerancia	Brindar un plan de ejercicios que eviten la fatiga y mejoren la energía	0180 Manejo de la energía
Resultados de enfermería NOC 0005 tolerancia de la actividad ¹¹ Puntuación diana: Mantener a: 1 Aumentar a: 4 Indicadores 000508 Esfuerzo respiratorio en respuesta al ejercicio 000516 Resistencia de la parte superior del cuerpo 000518 Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria		Actividades Determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que producen fatiga Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones Determinar percepción de causa de la fatiga por parte del paciente Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria la actividad Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados Vigilar respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, diaforesis, frecuencias respiratorias) Animar a realizar ejercicio según la tolerancia Favorecer el reposo/limitación de actividades (aumentar número de periodos de descanso) con periodos de descanso protegidos de elección Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad ¹²
Puntuación global Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	1 2 3 4 5	
Evaluación. Durante su estancia hospitalaria se logró implementar ejercicios pasivos, favoreciendo la movilidad física, mejorando técnica de respiración y confort		

Adaptada de Díez Morrondo et al., 2010⁹, Míguez, 2021¹¹, North American Nursing Diagnosis Nanda Internacional, 2014¹.

Tabla 7. Diagnóstico de enfermería. Ansiedad¹⁰

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
000146 Ansiedad r/c estrés m/p angustia, temor, preocupación, por cambios en acontecimientos vitales	Disminuir el nivel de ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad
Resultados de enfermería NOC 1402 Autocontrol de la ansiedad ¹¹ Puntuación diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Indicadores 140202 Elimina precursores de la ansiedad 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes 140217 Controla la respuesta de la ansiedad		Actividades Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo Crear un ambiente que facilite la confianza Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad Instruir al paciente sobre técnicas de relajación Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente ¹²
Puntuación Global Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	1 2 3 4 5	
Evaluación. Hubo mejoría de nivel de estrés y ansiedad, se logró un mayor manejo de esta, logrando aumentar puntuación de 2 a 4 puntos		

Adaptada de Díez Morrondo et al., 2010⁹, Míguez, 2021¹¹, North American Nursing Diagnosis Nanda Internacional, 2014¹.

– Necesidad 1. Respiración. Respiraciones por minuto 20 con profundidad ritmo y frecuencia no secuencial, respiraciones por nariz y boca, debido a dificultad de

respiración nasal, por importante sequedad nasal y bucal. Al momento de medir saturación de oxígeno marca el 93% al medio ambiente.

Tabla 8. Diagnóstico de enfermería. Disposición para mejorar el autocuidado¹⁰

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
00182 disposición para mejorar el autocuidado m/p expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud, deseos de aumentar conocimientos de estrategias para el autocuidado	Aumentar la energía para mantener el autocuidado.	4420 Acuerdo con el paciente
Resultados de enfermería Noc 0313 nivel de autocuidado ¹¹ Puntuación diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Indicadores 031304 Se alimenta 031305 Mantiene higiene personal 131306 Mantiene higiene bucal		Actividades Animar al paciente a determinar sus virtudes y habilidades Ayudar a la paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos Ayudar al paciente a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de conductas/acciones Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir los objetivos Facilitar la implicación de los familiares en el proceso del acuerdo Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realista Ayudar al paciente a comentar sus sentimientos sobre el compromiso para lograr el autocuidado ¹²
Puntuación Global Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	1 2 3 4 5	
Evaluación. La paciente mostró gran interés en cuanto a los cuidados necesarios para disminución de sus signos y síntomas, por lo mejoró la puntuación de 3 a 5 puntos		

Adaptada de Díez Morrondo et al., 2010⁹, Míguez, 2021¹¹, North American Nursing Diagnosis Nanda International, 2014¹.

- Necesidad 2. Alimentación. El consumo de los alimentos es en menor proporción a sus necesidades, por problemas de disfagia, la presencia de xerostomía impide degustar alimentos calientes o ácidos, su alimentación es más líquida, a temperatura ambiente de manera constante y en poca cantidad, los alimentos blandos los tolera en menos cantidad por presencia de dolor en la boca.
- Necesidad 4. Movilización. En cuanto a la actividad física, es limitada, realiza caminata a tolerancia, aproximadamente 10 a 15 minutos, la debilidad en extremidad izquierda le imposibilita realizar ejercicio, su marcha es lenta y al intentar realizar alguna actividad diferente a la caminata le ocasiona fatiga, latidos cardiacos rápidos, debilidad y sensación de mayor sequedad en boca. Presenta frecuencias cardiacas de 115 latidos por minuto, presión arterial sistólica de 112 y presión arterial diastólica de 70 mmHg.
- Necesidad 8. Higiene. Usaria con asistencia intermitente para realizar actividades básicas de la vida diaria, cuenta con apoyo de familiares realizar actividades de baño e higiene. El aseo de sus encías es una vez al día, por presencia de dolor al cepillarse

- sus dientes. Respecto al baño corporal es cada tercer día, con agua tibia, no tolera agua caliente, la ropa que usa es de algodón, debido a que otro tipo de tela le ocasiona comezón. La piel se observa reseca y un poco enrojecida. Usa crema corporal una vez al día. Respecto de sus ojos la mayor parte del tiempo están secos, con sensación de tener polvo en los ojos, lo que ocasiona que se esté tocando los ojos continuamente ocasionándole ardor. Pies con sequedad importante.
- Necesidad 10. Comunicación. Paciente que está en tratamiento médico por cuadros de ansiedad y depresión, con ello ha mostrado una mejoría parcial con estabilidad efectiva y conductual, pero no hace mucho tiempo presentó un cuadro de ansiedad, presentando taquicardia secundaria a la ansiedad, taquipnea, inquietud y cambios de ánimo. La relación con su familia la describe como buena. Se observa con facies tristeza, verbaliza miedo a dependencia total. Compresión ligeramente disminuida. No refiere ideas suicidas.
- Necesidad 14. Educación. El último grado de estudios es bachillerato, menciona que algunos términos respecto a su salud son nuevos, y le resulta un poco

complicado de entender, muestra poca iniciativa a sus cuidados personales o tratamiento médico, menciona que en momentos se siente animada a seguir tratamiento y cuidado personal, pero hay momentos que le impiden apearse a su tratamiento.

Diagnósticos, intervenciones y evaluación de enfermería

Con base en los diagnósticos preestablecidos por la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) se logró establecer algunos diagnósticos a los cuales se les complementó con los resultados que plantea el NOC (Clasificación de resultados de enfermería), y se dio seguimiento por medio de las intervenciones que se encuentran en la NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería).

Al momento de la aplicación de las intervenciones se presentan algunos esquemas que facilitan la aplicación del plan de cuidados de manera dirigida, dando así el cumplimiento de nuestro objetivo de este tema. Las tablas 1-8 muestran de manera detallada el seguimiento¹¹⁻¹⁵.

Conclusión

El SS se considera como un proceso crónico y progresivo debido a que no tiene cura, asimismo requiere de un manejo integral por las múltiples manifestaciones que se presentan en el cuerpo que pueden traer consecuencias severas. La valoración permite visualizar las necesidades de la paciente y así determinar los diagnósticos de enfermería más importantes, los cuales se desarrollaron con la integración de NANDA, NIC y NOC, logrando formar un plan de cuidados estandarizado, que se aplica a la paciente con la finalidad de mejorar su estado de salud y evaluar la rentabilidad de este. Para esta usuaria se llevó a cabo un proceso de acompañamiento y educación, se implementaron las intervenciones respecto de los diagnósticos, lo cual fue favorable y generó una disminución de la sintomatología, así como se observó una mejoría en su estado de ánimo. Al ser dada de alta y obtener la información para su autocuidado expresó seguridad al regresar a casa, debido a que sus dudas fueron disipadas. El proporcionar la información de enfermería para la educación y el autocuidado contribuirá a una mejor calidad de vida.

Financiamiento

El proyecto fue autofinanciado por investigadora.

Conflicto de intereses

La autora manifiesta no tener conflicto de intereses alguno.

Agradecimientos

La autora expresa su agradecimiento a la persona diagnosticada con SS que colaboró para el desarrollo de este caso.

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. DeepL. Translate - El mejor traductor del mundo [Internet]. DeepL.com. [citado: 13 febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.deepl.com/es/translator>
2. Centro Médico ABC. ¿Qué es el Síndrome de Sjögren? [Internet]. Centro Médico ABC; 2021 [citado: 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://centromedicoabc.com/padecimientos/sindrome-de-sjogren>
3. Hospitales Ángeles en México [sede web]. Hospitales Ángeles [citado: 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalesangeles.com/saludyvida/padecimientos/articulo.php?id=1045>
4. Moutsopoulos HM, Tzioufas AG. Síndrome de Sjögren. En: Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci AS, Longo DL, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios de medicina interna. 19.ª edición. Volumen 2. McGraw Hill; 2015. pp. 2168-2169.
5. Ruiz-Farfán MA, Icaza-Latorre GJ, Wilches-Cortina YJ, Quintero-Correa RB, Rodríguez-Ciodaro A, de-León-Rodríguez O, et al. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes diagnosticados con síndrome de Sjögren en un hospital universitario de cuarto nivel. *Int J Odontostomatol*. 2022;16(4):475-82.
6. Caracterización clínica de pacientes con síndrome de Sjögren del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán [trabajo de máster en internet]. [Ciudad de México]: Universidad Autónoma Metropolitana; mayo de 2019. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/2599/1/191837.pdf>
7. Anaya JM, Sarmiento-Monroy JC, García-Carrasco M. Síndrome de Sjögren. 2.ª ed. Editorial Universidad del Rosario; 2017.

8. Síndrome de Sjögren, ese gran desconocido [Internet]. Enfermería de Ciudad Real [citado: 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/sindrome-de-sjgren-ese-gran-desconocido-459.htm>
9. Cañas Dávila CA. Síndrome seco - Síndrome de Sjögren [Internet]. Researchgate.net [citado: 13 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Canas/publication/46298147_Sindrome_seco_-_Sindrome_de_Sjogren/links/5603e4ab08ae596d-25920fcc/Sindrome-seco-Sindrome-de-Sjoegren.pdf
10. Díez Morrondo C, Lema Gontad JM, Álvarez Rivas N, Atanes Sandoval A, de Toro Santos FJ, Pinto Tasende JA, et al. Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Sem Fund Es Reumatol.* 2010;11(2):70-6.
11. Míguez JM. Las 14 necesidades de Virginia Henderson [Internet]. ServiSalud Santo Domingo; 2021 [citado: 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.servisalud.com.do/post/las-14-necesidades-de-virginia-henderson>
12. North American Nursing Diagnosis Nanda International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Elsevier; 2014.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4.ª ed. España: Elsevier; 2009.
14. McCloskey Dochterman JM, Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5.ª ed. España: Elsevier; 2009.
15. Sorlí JV, Doménech IE, Zurián FJV, Gutiérrez VM, Castillo MM, García-Ribes M, et al. Sjögren syndrome. *Aten Primaria.* 2009;41(7):417-9.

Intervenciones de enfermería emocional al adulto mayor recién jubilado en México

Bryan R. Reyes-Medina y Raúl F. Guerrero-Castañeda*

Departamento de Enfermería Clínica, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato, Celaya, Gto., México

Resumen

La jubilación es un proceso complicado, si bien es cierto que se consideraría una etapa de júbilo y descanso, también puede suponer un proceso de pérdida y de difícil adaptación a la vida sin una actividad laboral. La jubilación como proceso administrativo varía en función de la institución y como proceso personal vital conlleva una forma de adaptación que suele afectarse en lo emocional predominantemente. Al ser un proceso vital, la enfermera puede intervenir para valorar y cuidar en el proceso de jubilación para lograr una adaptación a este y favorecer el equilibrio personal. La formación de la enfermera debe incluir habilidades como la escucha activa, comunicación asertiva, tacto al hablar y capacidades orientadas a la identificación y canalización de emociones, además de tener la capacidad de canalizar aquellas situaciones que se escapen de las manos en un abordaje primario. La intervención de enfermería es determinante en el desarrollo de habilidades para la identificación de las necesidades de las personas mayores jubiladas y la consiguiente toma de decisión para actuar a favor de ellas y brindar una intervención oportuna.

Palabras clave: Jubilación. Intervención psicosocial. Enfermería. Adulto mayor.

Emotional nursing interventions for recently retired older adults in Mexico

Abstract

Retirement is a complicated process, although it is true that it would be considered a stage of joy and rest, it can also be a process of loss and difficult adaptation to life without a work activity. Retirement as an administrative process varies depending on the institution and as a vital personal process it entails a form of adaptation that is usually affected predominantly emotionally. Being a vital process, the nurse can intervene to assess and care for the retirement process in order to achieve an adaptation to it and to favor personal balance. The nurse's training should include skills such as active listening, assertive communication, tact in speaking and abilities oriented to the identification and channeling of emotions are developed, in addition to having the ability to channel those situations that get out of hand in a primary approach. Nursing intervention is a determining factor in the development of skills for the identification of the needs of retired elderly people and the consequent decision making to act in their favor and provide timely intervention.

Keywords: Retirement. Psychosocial intervention. Nursing. Elderly.

*Correspondencia:

Raúl F. Guerrero-Castañeda

E-mail: drfernandocastaneda@hotmail.com

Fecha de recepción: 03-05-2023

Fecha de aceptación: 26-06-2023

DOI: 10.24875/ENF.23000016

Disponible en internet: XX-XX-XXXX

Rev Mex Enf. 2024;12(1):37-40

www.incmnsz.mx

Cómo citar este artículo: Reyes-Medina BR, Guerrero-Castañeda RF. Intervenciones de enfermería emocional al adulto mayor recién jubilado en México. *Rev Mex Enf.* 2024;12:37-40.

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/>).

Introducción

La población adulta mayor en México lleva años tomando mayor peso en el incremento poblacional total, esto ha generado una sobrecarga en la estructura socioeconómica del país, es por ello que el presupuesto económico que necesita un adulto mayor es superior, en comparación al de otro miembro de la familia. Sumado a ello, se encuentra la limitación para obtener una pensión al término de su vida laboral¹. En México, el sistema de pensión por cesantía o vejez ha cambiado con el tiempo, en uno de ellos el dinero se obtenía de un fondo común en aquellos trabajos que otorgaban esta prestación; el régimen cambió y cada trabajador es el responsable de aliarse con una institución administradora de fondos para el retiro, y se encuentra también la modalidad de apoyo gubernamental. Se conoce que un grupo importante de adultos mayores no tiene acceso a ninguna opción de pensión periódica fija, lo que representa un tema relevante².

Más allá de lo económico, el proceso de jubilación que se da en la etapa de vejez genera una serie de cambios en la vida, pues se presenta una nueva realidad a la cual enfrentarse de una forma óptima, en el adulto mayor recién jubilado puede aparecer frustración al dejar de lado la rutina y los episodios depresivos a causa de la preocupación económica o el adquirir un rol con mayor tiempo de convivencia familiar y las problemáticas que se pueden presentar, generando un estrés mental y una encrucijada al tratar de dar una solución a todo³.

La jubilación es un proceso adaptativo que suma al adulto mayor para prepararse para el final de su camino en esta vida⁴. Muchas de las complicaciones que pueden encontrarse en el adulto mayor recién jubilado y que hacen del envejecimiento un proceso complicado podrían sobrellevarse si el plan de jubilación del recién jubilado es el adecuado para alcanzar sus metas a largo plazo, amortiguando y solventando los imprevistos⁵.

La estabilidad emocional de la persona recién jubilada es la que se ve más afectada en este proceso complejo de desapego a su rutina laboral. Si bien se describen las etapas de jubilación desde la prejubilación, jubilación, desencanto, reorientación hasta lograr la estabilidad⁶, cada una de ellas puede ser vivida subjetivamente por cada persona, pasando por emociones totalmente placenteras, satisfactorias y aquellas que no lo son tanto, desencadenando incluso un proceso depresivo o una mezcla de ambos, logrado encontrar un equilibrio.

Al ser un periodo de constantes cambios, tener un punto de fijación con objetivos por alcanzar es una

necesidad en las personas jubiladas, por lo que una serie de intervenciones de cuidado centradas en el aspecto emocional será de ayuda para solventar aquellas necesidades que, aunque básicas, pueden generar una desestabilización que complique la situación actual⁷. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es proponer intervenciones de enfermería emocional al adulto mayor recién jubilado.

Desarrollo

La jubilación consiste en el retiro de un empleo público o privado, una vez cumplidos ciertos requisitos⁸. En algunos casos se otorga el derecho de recibir una remuneración denominada pensión, de forma periódica el resto de su vida, en otros casos se otorga un monto económico en una sola exhibición. Dentro de las etapas de la jubilación y sus manifestaciones se pueden encontrar⁹: la prejubilación, donde la persona se presenta a punto de terminar su vida laboral activa, comienza con una serie de ideaciones acerca del futuro que le espera una vez que ya no deba presentarse a trabajar, fantasea con planes que siempre ha deseado concretar, pero su situación laboral no le permitía. Dichas ideaciones y el vacío también pueden hacerse presentes en aquellas personas que genuinamente disfrutaron su etapa laboral y la rutina diaria, pudiendo comenzar a presentar un cuadro depresivo. La etapa de jubilación se inicia una vez se ha hecho efectivo el retiro y puede experimentarse de tres maneras posibles: «luna de miel», cuya principal característica es la euforia y sensación de libertad al dejar de lado las obligaciones laborales; «continuidad», donde se ignora la parte del día que se dedicaba a laborar y se reparte en actividades de ocio, pudiendo dedicarles más tiempo, y «descanso», llevado como un tiempo de descanso de la vida laboral, disfrutando los frutos merecidos, luego de su retiro. La etapa de desencanto y depresión refleja un desengaño, disminuyendo los niveles de euforia y la expectativa con la que se contaba en un inicio al idear todo aquello que podría hacerse, descubriendo una realidad difícil de aceptar.

La fase de reorientación permite a la persona jubilada analizar su panorama y plantearse metas alcanzables y actividades a las que deberá apegarse, después del desengaño, admitiendo las limitaciones que tiene esta etapa en su situación particular, pero tratando de sacar el mayor provecho a las nuevas eventualidades que forman parte de su vida. Al final se encuentra la etapa de la «estabilidad», donde la persona jubilada acepta su rol y entra una zona de confort

donde armoniza las actividades cotidianas sin el limitante emocional, disfrutando su entorno y optimizándolo a su favor para cumplir con esas expectativas terrenales y realistas⁶.

Dedicar la mayor parte de la vida de una persona a un trabajo fijo para después tener un cambio radical en el que todas esas actividades son abandonadas es un golpe duro a la estabilidad emocional de una persona. Por un lado, están las personas que se benefician de esta nueva etapa y disfrutan su jubilación gracias al respaldo económico por el que estuvieron trabajando. La mayoría de las situaciones tienen un matiz muy oscuro, ya que, desafortunadamente, un gran número de trabajadores no cuentan con un plan de jubilación y al momento de llegar a ella se encuentran en una incertidumbre respecto a su futuro¹⁰.

Uno de los impactos más importantes que sufre una persona recién jubilada es a nivel emocional, esto debido al gran cambio que se tiene en cuanto a la realización y cese de actividades durante su vida laboral, cambiando este hábitat por uno muy diferente como lo es el dedicarse a la casa y a la familia, generando un periodo de convivencia prolongado, desencadenando un mayor involucramiento en las problemáticas de otros miembros de la familia, generándole preocupaciones que no está preparado para afrontar, pues las horas laborales lo mantenían al margen de dichas circunstancias¹¹. El apoyo del núcleo familiar es de vital importancia, las emociones se encuentran a flor de piel y se manifiestan intensamente, por lo que no es aconsejable hacer referencia a que la presencia de esa persona es un factor desequilibrante y detonante para la generación de conflictos entre los miembros del hogar. Esto produciría que la persona recién jubilada se sienta como una carga, pasando por episodios de tristeza, sentimiento de vacío, insatisfacción y una posible depresión, que se puede acompañar por distintas comorbilidades, agravando la situación¹².

El personal de enfermería tiene la capacidad de realizar el arte del cuidado desde un enfoque holístico donde el bienestar general del paciente es uno de los objetivos primordiales. A partir del impacto emocional que surge con el proceso de jubilación enfermería puede proponer las intervenciones que se presentan a continuación y que forman parte de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Tabla 1)¹³.

El apoyo emocional es una de las herramientas más eficaces en los cuidados, ya que se conoce el beneficio de una comunicación asertiva previa para conocer al paciente y entender sus necesidades, emociones,

puntos de vista y poder actuar de una forma adecuada e incluso optar por el beneficio de la charla enfermero-paciente como parte de una intervención. Adecuando esta atención, el adulto mayor recién jubilado es alentado a realizarse revisiones médicas periódicamente con el fin de mitigar los efectos propios de la vejez, y dentro de esta revisión el personal de enfermería traza su estrategia al momento de identificar necesidades relacionadas con el nuevo proceso al que se afronta su paciente, con el fin de encontrar algún tipo de orientación y consuelo¹⁴. Estas intervenciones deben ser llevadas a cabo por enfermeras con experiencia en un abordaje interdisciplinario emocional, esto con el fin de mitigar los errores en la comunicación asertiva, lo cual, a su vez, reduce las posibilidades de aportar al adulto mayor en el proceso jubilatorio, e incluso se tendría una pérdida en la continuidad de la cadena al momento de intentar conseguir una cohesión familiar que le brinde una red de apoyo sana y beneficiosa a la persona recién jubilada, ya que la orientación brindada a nivel emocional tiene un peso importante en el soporte por parte del personal de salud¹⁵. El abordaje de la jubilación como proceso social en el cuidado al adulto mayor desvela la necesidad de atender situaciones emocionales emergentes, la enfermera se torna el primer contacto con la persona jubilada, este proceso atañe al proceso de envejecimiento que destaca en la enfermería gerontológica.

Conclusión

La falta de apoyo en situaciones de cambios grandes limita las opciones de las personas jubiladas, sin embargo siempre se debe tener en cuenta que la única constante en la vida es que todo se mantiene en un constante cambio y adaptación, por ello, el cuidar y guiar al momento de atravesar dicho proceso es relevante para la persona que lo vive, además, cada recurso humano que se convierte en un soporte, fortalece el vínculo emocional con la persona recién jubilada y tanto enfermera como adulto mayor reciben una dosis de emociones positivas, permitiendo tener una perspectiva diferente de la vida a partir de la jubilación.

Cada etapa vivida durante el proceso de jubilación debe ser respetada y no se debe olvidar que, si bien las etapas propuestas son representativas, no todas deben presentarse en todas las personas jubiladas ni de la misma manera, un abordaje disciplinario con intervenciones emocionales bien identificadas puede favorecer el tránsito del proceso de la forma más saludable posible contribuyendo además con un envejecimiento activo y saludable.

Tabla 1. Intervenciones de enfermería emocional al adulto mayor recién jubilado

Apoyo Emocional	Ofrecer estrategias a la persona jubilada para favorecer la sensación de seguridad, aceptación y ánimo en el momento de tensión al que se enfrenta: diálogo y escucha activa con el adulto mayor acerca de sus experiencias emocionales, retroalimentando con algunas propias, evitado emitir juicios ni desmeritando los sentimientos
Contacto físico asertivo	Un abrazo o palmada en el hombro, como una muestra de apoyo y afecto, permite a las personas generar un lazo de confianza
Aumentar el afrontamiento	Conocer y evaluar la percepción y comprensión del adulto mayor en torno a la jubilación y todo lo que conlleva a nivel mental, social, emocional, económico e incluso físico, se debe indagar en aquellas áreas de oportunidad en las que deberá comenzar a trabajar para llevar su proceso de una manera más amena y alejada de lo patológico en medida de lo posible, alentando la comunicación con su red de apoyo familiar y amigos con ayuda de terapia ocupacional y/o actividades
Disminución de la ansiedad	Minimizar la aprensión, temor o presagios realizados por adelantado ante lo desconocido que puede o no presentarse en esta nueva fase. Tratar de ser lo más objetivo posible, dejar pistas sobre la realidad más aterrizada de lo que está por venir, abriendo un panorama de opciones que se tienen y que pueden tomarse para alcanzar una estabilidad lo más pronto posible
Fomentar la resiliencia	Buscar alentar la cohesión, apoyo y comunicación familiar, debe valorar y cuidar cada caso en particular, puede tomar en cuenta al momento de actuar brindando apoyo emocional a la persona recién jubilada

Financiamiento

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

Conflicto de intereses

Los autores declaramos 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 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

- Alfonso-García M, Pérez-Manso B, Licea-Alfonso DM. Dilemas y desafíos de una población en proceso de envejecimiento. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2021;37(2):e1559.
- Millán-Valenzuela H. Pensiones y pobreza en México: evaluación de dos propuestas empresariales. *Intersticios Sociales.* 2022;(24):235-63.
- Ozamiz EN, Ionescu VC, Ortiz JMA. Calidad de vida en personas jubiladas que estudian en la Universidad del País Vasco. *Educ Med Super.* 2019;33(2):e1749.
- Agüero GJA, Moreno NE, Salgado EC. Significados atribuidos al envejecimiento: una revisión integrativa. *Gerokomos.* 2020;31(2):81-5.
- Rodríguez-Gutiérrez S, Alarcón-Rivera M, Concha-Cisternas Y, Valdés-Badilla P, Guzmán-Muñoz E. Asociación entre la condición física y calidad de vida con la fragilidad en personas mayores. *Revista Cubana de Medicina Militar.* 2022;51(2):e02201976.
- Aymerich AM, Planes PM, Gras PME. La adaptación a la jubilación y sus fases: Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. *Anales de Psicología.* 2010;26(1):80-8.
- Talavera JC. Factores psicosociales asociados a la jubilación. *Ciencia Latina.* 2019;3(1):245-28.
- Román-Sánchez YG, Montoya-Arce BJ, Gaxiola-Robles-Linares SC, Lozano-Keymolen D. Los adultos mayores y su retiro del mercado laboral en México. *Sociedad y Economía.* 2019;37:87-113.
- Selva OC, Martínez-González M, Naqui EM. El inicio del fin de una etapa: la jubilación. *Athenea Digit Rev Pensam Investig Soc.* 2021;21(2):2756.
- Nieto-Marín CC, Aguilera-Velasco MA. Experiencias del bienestar en un grupo de jubilados agremiados. Aproximación fenomenológica. *Rev Colombiana de Salud Ocupacional.* 2018;8(1):e-5884.
- Ortega NMD. La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía.* 2010;21(2):462-70.
- Luján-Henríquez I, González-Cintado E. Apoyo de la familia en el tránsito a la jubilación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.* 2013;2(1):287-95.
- Butcher H, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7th ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- Martínez-Garduño MD, Gómez-Martínez V, Siles-Juárez P. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería: una mirada desde la perspectiva del alumno. *Enfermería UNAM.* 2009;6(3):35-9.
- Vega-Angarita OM, González-Escobar DS. Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Glob.* 2009; (16):1-11.