

ISSN: 2954-4459



Volumen 2

Número

2

**abril- junio
2023**

Equipo Editorial

Directora General

Dra. María Dolores Martínez Garduño

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Coordinadora Editorial

Mtra. Beatriz Elizabeth Martínez Talavera

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Equipo de Traducción

Mtra. Ana Laura Mandujano Garrido

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Mtra. Gabriela Jacinto Hernández

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Mtra. Diana Jaimes Cortés

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Consejo Editorial

Dra. Gloria Ángeles Ávila

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Mtra. Livia Quiroz Benhumea

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Dra. Isabel Álvarez Solorza

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Dra. Jessica Belen Rojas Espinoza

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Dra. Jannet Delfina Salgado Guadarrama

Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; México.

Mtro. Julio Cesar Cadena Estrada

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; México.

Dra. Nora Hilda González Quirarte.

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico; México.

Dra. Marcela Carrillo Pineda

Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; Colombia.

Dra. Bruna Espinoza Fernández

Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería Campus San Felipe; Chile.

Dr. Domingo Muñoz Arteaga

Internacional Nursing Network (INN); México.

Mtra. Kimm Alegría Castañeda Arellanes

Internacional Nursing Network (INN); México

Consejo de Redacción Nacional

Dr. José Ángel Luna Rojas

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia; México.

Dr. Juan Pineda Olvera

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala; México.

Dra. Juana Beltrán Rosas

Universidad Autónoma de Guerrero, Escuela Superior de Enfermería No.1; México.

Dra. Hortensia Castañeda Hidalgo

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería; México.

Dra. María de los Ángeles Cabañas Rosales

Universidad Autónoma de Guerrero, Escuela Superior de Enfermería No.1; México.

Dra. Gandhi Ponce Gómez

Universidad Nacional Autónoma, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; México.

Dra. María Gicela Pérez Hernández.

Universidad de Colima, Facultad de Enfermería; México.

Dra. María de Lourdes Vargas Santillana.

Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Zumpango; México.

Dra. Bertha Cecilia Salazar González.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería; México.

Mtra. Claudia Hernández del Valle.

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud; México.

Dr. Raymundo Velasco Rodríguez.

Universidad de Colima, Facultad de Enfermería; México.

Dr. Francisco Javier Arroyo Cruz

Universidad de Guanajuato; México.

Consejo de Redacción Internacional

Dra. Magda Núñez Vargas

Universidad Nacional del Callao, Escuela de Posgrado en Enfermería; Perú.

Dra. Silvana Silverira Kempfer

Universidad Federal de Santa Catarina, Campus Trindade; Brasil.

Dra. Vilanice Alves de Araujo-Püschel

Universidad de São Paulo, Escola de Enfermagem; Brasil.

Dra. Chie Teramoto Shimizu

The University of Tokyo; Japón.

Dra. Lorena Bettancourt Ortega

Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería; Chile.

Dra. Cibeles González Nahuelquin

Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería; Chile.

Dra. Denisse Ruth Parra Giordiano

Universidad de Chile Departamento de Enfermería; Chile.

Dra. Sandra Valenzuela Sauzo

Universidad de Concepción, Facultad de Enfermería; Chile.

Índice

Editorial

El camino de la investigación en enfermería

The way from nursing research

O caminho da pesquisa em enfermagem

Rosa María Galicia-Aguilar **1**

Artículos Originales Resultados de Investigación

Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Puebla

Quality of life in women with breast cancer in the city of Puebla

Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama na cidade de Puebla

Ezequiel Madrid Reyes, Cristobalina Miranda Flores,

Luis Ángel León López, Francisco Javier Arroyo Cruz **6**

Visibilidad y necesidad de informe de enfermería a familiares de
pacientes críticos

Visibility and need for nursing reporting to relatives of critical patients

Visibilidade e necessidade de relato de enfermagem a familiares de
pacientes críticos

José Gildardo Nazar Pérez, María Dolores Martínez Garduño,

Danelia Gómez Torres, María Antonieta Cuevas Peñaloza **20**

Capacitación en primeros auxilios para docentes de nivel básico:

trascendencia de la intervención de enfermería escolar

First aid training for basic level teachers: importance of school nursing
intervention

Treinamento de primeiros socorros para professores de nível básico:

importância da intervenção da enfermagem escolar

Kenya Reyes Sánchez, Diana Guillette Rubio García,

Jessica Belen Rojas Espinoza, Liliana Inés Benhumea Jaramillo **41**

Adultos Mayores Adscritos a Casas de Cuidado Diario que viven
escenarios de violencia

Older Adults Attached to Daily Care Homes who experience scenarios of
violence

Idosos Atendidos por Assistência Diária que experimentam cenários de
violência

Lorena Realivazquez Pérez, Heidi Rosario Solís Chaparro,
María De Jesús Carrasco Cervantes, Martín Eduardo Sías Casas,
Erika Yanet Portillo Siqueiros

53

Artículos de Revisión y Relatos de Experiencia

Gestión del Cuidado de Enfermería: Revisión Integrativa

Nursing Care Management: An Integrated Review

Gestão do Cuidado de Enfermagem: Revisão Integrativa

Adita Rocio Medina Quispe, Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval

68

El camino de la investigación en enfermería

The way from nursing research

O caminho da pesquisa em enfermagem

Rosa María Galicia-Aguilar¹
<https://orcid.org/0000-0002-0933-124X>

¹ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería, Puebla; México

Correo electrónico:
rosa.galicia@correo.buap.mx

Para vislumbrar las tendencias de la evolución de la investigación en enfermería, es necesario reflexionar acerca de los saberes propios de la disciplina y como estos saberes influyen en su desarrollo y de qué forma benefician a la salud de las personas.

Esta reflexión puede contribuir a interpretar la realidad de la práctica y de la investigación y a vislumbrar nuevos retos para visibilizar el cuidado, donde es necesario fundamentarlo en la evidencia científica, sin embargo a través del tiempo las enfermeras y enfermeros han adquirido conocimientos de múltiples formas para otorgar cuidados a los pacientes; por ejemplo el conocimiento por tradiciones, que hace referencia a verdades o creencias que se basan en costumbres o tendencias, estas tradiciones pueden influir de forma positiva en la práctica ya que se desarrolla con base a las experiencias exitosas en el pasado, pero también pueden limitar el conocimiento y generar resultados negativos en la persona;

ISSN: 2954-4459

el conocimiento adquirido por autoridad que se obtiene de personas con un nivel jerárquico alto en donde la experiencia puede influir en la opinión y conductas de otros; el conocimiento en enfermería por préstamo es la aportación y el uso de conocimientos de otros campos, por ejemplo el uso del modelo médico para orientar el cuidado basado en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y no de la persona.

Por lo tanto, el ensayo y error es un enfoque en el que se desconocen los resultados o implicaciones que pueden tener en el paciente dado que no se sustenta en una documentación formal de acciones eficaces, lo que puede resultar un riesgo para la salud; experiencia personal, se refiere a las experiencias que se ha desarrollado durante la práctica, que de forma particular han funcionado, pero no han sido probadas empíricamente; el modelado de roles consiste en aprender por imitación de un experto, médicos, profesores, jefes u otros profesionales que inspiran a través de su ejemplo; por intuición, es una percepción de una situación que por lo general no puede explicarse, este conocimiento intuitivo puede ayudar a los profesionales a identificar que el paciente tiene un problema, aunque se desconozcan las razones; razonamiento, se obtiene a través de la organización de las ideas y la capacidad de análisis que ayudan en la toma de decisiones, un ejemplo es el método enfermero¹.

La adquisición de conocimiento a través de estas formas es importante en enfermería, sin embargo, son insuficientes para generar una práctica basada en evidencia y no contribuyen en el desarrollo de la ciencia. Así que, para lograrlo la investigación, siendo el proceso sistematizado que tiene como propósito generar conocimientos, validar teorías y aportar evidencia de cómo mejorar la praxis para legitimar a la profesión. Sin embargo, a pesar del esfuerzo intelectual de algunos profesionales por aportar al crecimiento y desarrollo de la investigación aún quedan retos que atender.

Algunos autores han analizado la producción científica en revistas mexicanas de enfermería través de estudios bibliométricos, los resultados muestran que solo una parte moderada de enfermeras realiza investigación, la mayor parte se concentra en instituciones de educación superior, seguida de las áreas hospitalarias de segundo y tercer nivel, las temáticas se enfocan principalmente en las enfermedades crónicas y el cuidado de adultos mayores, predominan los estudios cuantitativos, descriptivos y transversales, en la mayoría el muestreo fue por conveniencia y no se emplearon

instrumentos válidos y confiables². Estos resultados ponen en evidencia la contribución intelectual de los investigadores en México y las prioridades pendientes en investigación.

La investigación es un proceso que se desarrolla con el tiempo, se requiere una mirada diferente porque los problemas de la práctica están ahí esperando a ser descubiertos y explicados, en este proceso también importa el interés genuino de los profesionales de enfermería por contribuir con la ciencia para mejorar los cuidados, por sobre otros intereses es decir poner amor a la sustancia. Pero ¿todos los enfermeros debemos realizar investigación? ¿O también es importante estar al tanto de los últimos hallazgos y aplicarlos en la práctica?

La respuesta es ambos enfoques son importantes; pero uno y otro llevan un proceso y rutas diferentes, algunas enfermeras son productoras de investigación y dirigen estudios que generan y mejoran el conocimiento necesario para la práctica enfermera, por ejemplo el efecto del ejercicio cardiovascular en el peso de personas con obesidad, el efecto de una intervención educativa para la prevención de caídas en el adulto mayor o el efecto de la continuidad de cuidados al egreso de pacientes con secuelas neurológicas; estos resultados son de poca utilidad para la profesión si no se difunden en revistas científicas y no tienen una aplicación en el paciente, por su parte las enfermeras que consumen la investigación quienes utilizan los hallazgos para mejorar su práctica profesional. Este hecho, se refiere a la “práctica basada en evidencia” que es el uso consiente, explícito y juicioso, de la mejor evidencia que aporta la investigación en el cuidado individualizado de los pacientes³.

La investigación es necesaria en una disciplina profesional como lo es la enfermería, porque tiene una aplicación en la práctica de los cuidados, pero esto no puede quedarse en el discurso, más bien se deben sumar esfuerzos de los académicos, enfermeras asistenciales, asociaciones de escuelas y facultades, cuerpos colegiados para proponer estrategias que contribuyan a mejorar el desarrollo de la investigación y la práctica basada en evidencia.

Algunas estrategias para desarrollar la investigación básica y aplicada en enfermería.

- Conformar cuerpos colegiados con profesores que tienen afinidad por una línea de investigación, preferentemente con tres o cuatro integrantes que muestren responsabilidad, disciplina, compromiso, ética y sobre todo amor por la ciencia.
- Los grupos colegiados deben desarrollar un plan estratégico que contribuya a la consolidación de resultados de investigación enfocados a resolver problemas de la práctica.
- Realizar investigaciones metacéntricas y multidisciplinarias que impacten en las necesidades de salud de las sociedades.
- Establecer áreas prioritarias en la investigación, con temas que se orienten a la promoción de la salud, atención primaria, salud mental, continuidad de cuidados, que aporten evidencia científica, para la toma de decisiones clínicas.
- Promover estrategias para vincular las experiencia y trabajo colaborativo entre las enfermeras investigadoras y las enfermeras asistenciales.
- Dado que las enfermeras tienen una forma particular de relacionarse con los pacientes, es necesario incrementar la investigación cualitativa, que ayude a comprender los aspectos subjetivos de las personas, como sentimientos, experiencias y vivencias.
- Conformar semilleros de investigación como una estrategia que promueva la integración de estudiantes de pregrado y posgrado para realizar actividades de investigación, bajo la asesoría de investigadores expertos.
- Desde la academia fomentar la interrelación de la teoría, práctica e investigación para ampliar la base de conocimientos, perfeccionar la formación de enfermer-os y ampliar el rol de manera que la profesión pueda cumplir con las necesidades de salud que la población demanda.

Estrategias para potenciar el consumo de los resultados de investigación

- Conformar grupos de enfermeros asistenciales que se interesen por mejorar la práctica y establecer estrategias de educación continua para que adquieran competencias en la investigación y aplicación de la EBE.

- Promover que los enfermeros investigadores realicen estancias de investigación en las instituciones de salud, para favorecer la vinculación con las enfermeras asistenciales, para que juntos trabajen en los temas o problemas reales de la práctica.
- Integrar grupos de enfermeros expertos, que promuevan y difundan los beneficios de la aplicación de la EBE, en la práctica asistencial.

A manera de conclusión se puede considerar que no existen soluciones milagrosas, ni estrategias únicas para abordar el tema de la investigación, pero si se puede pasar de la retórica a la acción, se requiere que los enfermeros investigadores y asistenciales, sumen esfuerzos y coincidencias para contribuir y mostrar que los enfermeros y enfermeras son necesariamente visibles y necesariamente indispensables.

Referencias

1. Burns N, Susan K, Grove K, Gray R. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica en evidencia. Sexta edición. España, 2016.
2. E. Landeros-Olvera, N. Ramírez-Girón, R.M. Galicia-Aguilar, C. Alba-Alba, E. Lozada-Perezmitre, M.J. Rodríguez-Hernández. Producción científica en revistas mexicanas de enfermería: Análisis descriptivo y bibliométrico del periodo 2016-2020. Rev. Enfermería Universitaria 2023; 20 (1).
3. Patiño-Villalba Gladys E. Enfermería basada en evidencia (EBE) en el acto de cuidado enfermero. Una revisión integradora. Rev ACC Cietna para el cuidado de la salud 2020;7 (1). <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.350>.

Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Puebla

Quality of life in women with breast cancer in the city of Puebla

Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama na cidade de Puebla

Ezequiel Madrid-Reyes¹

<https://orcid.org/0000-0002-2826-5049>

Cristobalina Miranda-Flores¹

<https://orcid.org/0000-0002-4776-8442>

Luis Ángel León-López¹

<https://orcid.org/0000-0002-3055-0826>

Francisco Javier Arroyo-Cruz²

<https://orcid.org/0000-0003-2044-1412>

¹Instituto de Estudios Avanzados
Universitarios, clave de incorporación
UNAM8955-61. Puebla; México.

²Universidad de Guanajuato, Cam-
pus Celaya-Salvatierra, División de
Ciencias de la Salud e Ingenierías.
Celaya, Guanajuato; México.

Autor de Correspondencia:

Francisco Javier Arroyo-Cruz

Correo electrónico:

fj.arroyocruz@ugto.mx

Recibido: 17 noviembre 2022

Aceptado: 02 febrero 2023

Publicado: 15 de junio 2023

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: El concepto calidad de vida es considerado como abstracto desde diversas perspectivas, en este escrito se aborda desde la perspectiva de mujeres con cáncer de mama.

Objetivo: Identificar el nivel de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama asistentes a una unidad oncológica en la ciudad de Puebla, México.

Metodología: El diseño de esta investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y de alcance transversal. La muestra estuvo conformada por 211 mujeres con cáncer de mama, atendidas en la Unidad Oncológica de los servicios de salud del Estado de Puebla. Para medir la calidad de vida se aplicó el cuestionario EORTC QLQ-C30.

Resultados: Los principales hallazgos fueron la dificultad económica, insomnio y la fatiga por parte de sus participantes.

La aplicación del cuestionario EORTC QLQ-C30 permitió la identificación de necesidades de cuidado

físico y emocional en la práctica clínica.

Discusión y Conclusiones: Se logró identificar el nivel de calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama en la Unidad Oncológica de los servicios de Salud del Estado de Puebla. La media máxima de calidad de vida fue de 78 y el instrumento tiene un puntaje superior a los 120 por lo tanto la calidad de vida se considera baja.

Palabras clave: Calidad de vida; mujer; cáncer de mama; cuidado; enfermería.

Abstract

Introduction: The concept of quality of life is considered abstract from different viewpoints, in this paper, it is approached from the perspective of women with breast cancer.

Objective: To identify the level of quality of life in women with breast cancer attending an oncology unit in the city of Puebla, Mexico.

Methodology: The design of this research is quantitative, descriptive and cross-sectional. The sample consisted of 211 women with breast cancer, attended at the Oncology Unit of the health services of the State of Puebla. The EORTC QLQ-C30 questionnaire was used to measure quality of life.

Results: The main findings were financial difficulty, insomnia and fatigue. The application of the EORTC QLQ-C30 questionnaire allowed the identification of physical and emotional care needs in clinical practice.

Discussion and Conclusions: We were able to identify the level of life quality in patients diagnosed with breast cancer in the Oncology Unit of the Health Services of the State of Puebla. The maximum mean of quality of life was 78 and the instrument has a score above 120, therefore the quality of life is considered low.

Keywords: Quality of life; woman; breast cancer; care; nursing.

Resumo

Introdução: O conceito de qualidade de vida é considerado abstrato sob diferentes perspectivas, neste trabalho é abordado a partir da perspectiva das mulheres com câncer de mama.

Objetivo: Identificar o nível de qualidade de vida das mulheres com câncer de mama que freqüentam uma unidade de oncologia na cidade de Puebla, México.

Metodologia: O desenho desta pesquisa é quantitativo, descritivo e transversal. A amostra consistiu de 211 mulheres com câncer de mama, atendidas na Unidade de Oncologia dos serviços de saúde do Estado de Puebla. O questionário EORTC QLQ-C30 foi utilizado para medir a qualidade de vida.

Resultados: Os principais resultados foram: dificuldade financeira, insônia e fadiga por parte dos participantes. A aplicação do questionário EORTC QLQ-C30 permitiu a identificação das necessidades de cuidados físicos e emocionais na prática clínica.

Discussão e Conclusão: Conseguimos identificar o nível de qualidade de vida das pacientes diagnosticadas com câncer de mama na Unidade de Oncologia dos Serviços de Saúde do Estado de Puebla. A média máxima de qualidade de vida foi 78 e o instrumento tem uma pontuação acima de 120, portanto, a qualidade de vida é considerada baixa.

Palavras-chave: Qualidade de vida; mulher; câncer de mama; cuidados; enfermagem.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) conceptualiza al Cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células, el tumor suele invadir el tejido circundante y provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

Esta organización considera específicamente al cáncer de mama como un problema de salud entre las mujeres de todo el mundo, el cual representa el 16% de todos los Cánceres femeninos. A nivel mundial de acuerdo con la OMS el Cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, y está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas.

Al mismo tiempo la incidencia de Cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales¹.

Por su parte el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva da a conocer que el Cáncer de mama es la neoplasia más frecuente entre las mujeres de la población mundial con un estimado de 1 671,149 nuevos casos diagnosticados anualmente². En el contexto de América Latina de acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud³, el Cáncer de mama es el Cáncer más común entre las mujeres y es el segundo en mortalidad, como resultado, cada año en las Américas, más de 462,000 mujeres son diagnosticadas con Cáncer de mama, y casi 100,000 mueren a causa de esta enfermedad. En consecuencia, si las tendencias actuales continúan, para el año 2030, se prevé que el número de mujeres diagnosticadas con Cáncer de mama aumente en un 34% en las Américas³.

En México de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud⁴ esta enfermedad se considera la primera causa de muerte en mujeres, anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos, con una incidencia de 35.4 casos por cada 100,000 mujeres⁴.

Gran parte de mujeres con Cáncer de mama se encuentran en la zona centro del país, específicamente en el estado de Puebla cabe destacar que el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI)⁵ reveló que en Puebla la tasa de mortalidad por Cáncer de mama es de 13 a 18 defunciones por cada 100 mil mujeres de 20 años o más, cuando el promedio nacional es de 17.19 muertes⁵.

El Cáncer de mama ha conllevado paralelamente un cambio de perspectiva en la investigación. Como consecuencia de este cambio, la investigación oncológica ha adoptado un enfoque holístico que se traduce en la introducción de un concepto amplio, definido como calidad de vida, esta se conceptualiza como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes⁶.

En una búsqueda de literatura científica sobre el tema⁶⁻¹⁷ se observa que las mujeres con cáncer de mama pueden presentar, alopecia, visión borrosa, fatiga y náuseas⁶⁻¹⁰. La edad que más prevalece en los estudios es superior a 50 años¹¹⁻¹⁴. Gran parte de las pacientes disfrutaban de la vida extremadamente, el mejor puntaje lo tuvieron las mujeres que no tienen hijos^{15, 16}. En las pacientes con Cáncer de mama, la calidad de vida puede verse influida por variables de tipo biológico o físico, por el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento y sus efectos secundarios, el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación, así como por variables psicosociales como

la imagen corporal, el estatus emocional y las relaciones de pareja^{17, 18}.

Actualmente México se encuentra bajo los efectos de la transición demográfica y epidemiológica iniciada durante la segunda mitad del siglo XX, con el calmoso descenso de la mortalidad y la fecundidad, así como por el incremento de la esperanza de vida al nacer.

Como resultado el país afronta un rápido crecimiento de la población adulta mayor, misma que solicita una atención especializada por ser un grupo de vulnerabilidad a enfermedades crónico-degenerativas, tales como el Cáncer.

La incidencia de Cáncer de mama está incrementando en el mundo en desarrollo, esto es debido al incremento en la esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales⁷.

Por lo mencionado anteriormente la importancia de este estudio recae sobre la relación cercana del personal de enfermería para con el paciente, ya que esta disciplina está capacitada para realizar una valoración global de la persona, atendiendo no solo las necesidades fisiológicas o clínicas, sino también psicológicas y sociales⁸.

El objetivo del presente estudio fue identificar el nivel de calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama asistentes a una unidad oncológica de los servicios de salud del estado de Puebla.

Metodología

El diseño de este estudio será de tipo cuantitativo, descriptivo, de alcance transversal¹⁹.

La población estuvo conformada por mujeres con cáncer de mama asistentes a una unidad de oncología de los servicios de salud del estado de Puebla.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, para el cálculo de muestra se realizó un análisis de potencia con una confiabilidad del 95% para el estudio y un margen de error (Alfa) de .05, un poder de .25, obteniendo una muestra final de 211 personas a encuestar.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama

en los estadios de I a III, que aceptaron participar en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado.

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, la cual contiene información relacionada con la edad, estado civil, número de hijos, lugar de residencia y año de escolaridad.

Para medir la variable calidad de vida el instrumento EORTC QLQ-C30²⁰ (Versión 3.0), ha sido ampliamente aplicado a personas con diagnósticos oncológicos. Está conformado por 30 ítems en escala de tipo Likert 28 ítems se evalúan de 1 (en absoluto) a 4 (mucho), los ítems 29 y 30, se evalúan de 1 (pésima) a 7 (excelente), el rango total es de 30 a 126, donde a mayor puntaje, menor es la calidad de vida. Cabe destacar que el instrumento ha obtenido un alfa de Cronbach de .856¹¹.

Las responsabilidades éticas de este estudio estuvieron respaldadas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud²¹.

Resultados

De las 211 participantes, 80 (37%) se encuentran casadas siendo este el estado civil que presenta la mayoría de las pacientes encuestadas mientras que las divorciadas 2(.9%) representan el estado civil de menor frecuencia.

Asimismo 190(90%) de las pacientes encuestadas refirió tener hijos mientras que solo 21(10%) de estas no cuentan con descendencia.

Por otra parte 196(92.9%) de las pacientes viven con su familia, 14(6.6%) viven solas y solamente 1(.5%) refirió pertenecer y habitar en alguna institución (Ver Tabla No. 1).

Tabla No.1.

Frecuencias y porcentajes de variables categóricas de la cédula de datos

Variable	<i>f</i>	%
Estado civil		
Soltera	55	26.1
Separada	17	8.1
Casada	80	37.9
Divorciada	2	.9
Viuda	20	9.5
Unión libre	37	17.5
Tiene hijos		
Sí	190	90
No	21	10
Lugar de residencia		
En casa con familia	1896	92.9
En casa solo	14	6.6
En alguna institución	1	.5
Muestra=211		

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, año 2021

Para obtener la consistencia interna del instrumento se sometió al coeficiente alfa de Cronbach, el resultado fue .819, lo que de acuerdo con Roberto Hernández Sampieri. se considera una confiabilidad aceptable (Ver Tabla No. 2).

Tabla No.2.

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Muestra	Alfa de Cronbach
Cuestionario EORTC QLQ-30.	30	211	.819

Fuente: Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-30. (Versión 3.0)

Al contrastar las variables estado civil, tener hijos y lugar de residencia de la cédula de datos con la variable calidad de vida, se puede observar que en la pregunta “estado civil”, las mujeres que mencionaron ser divorciadas obtuvieron el resultado más bajo en la escala calidad de vida, caso contrario a las mujeres que respondieron vivir en unión libre, sin embargo, como se mencionó anteriormente los resultados más elevados representan una menor calidad de vida.

Así, se puede observar una mínima diferencia en la pregunta “tiene hijos”, pacientes que refirieron tener descendencia poseen un resultado ligeramente más elevado relacionado a la calidad de vida en comparación a las pacientes que no tienen hijos.

Por último, en la pregunta “lugar de residencia”; las mujeres que, afirmaron habitar solas recibieron el resultado más bajo con respecto a la calidad de vida, mientras que mujeres pertenecientes a alguna institución obtuvieron el resultado más elevado en dicha variable (Ver Tabla No. 3).

Tabla No.3.

Media de la calidad de vida con las variables categóricas de la cédula de datos

Variable	<i>Media de calidad de vida</i>
Estado civil	
Soltera	57.2
Separada	56.9
Casada	55.25
Divorciada	52
Viuda	53.9
Unión libre	59.9
Tiene hijos	
Sí	56.02
No	54.4
Lugar de residencia	
En casa con familia	55.89
En casa solo	53.79
En alguna institución	78
Muestra=211	

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, año 2021

Al buscar la relación existente entre la edad y la calidad de vida, como se puede observar en la tabla No. 4, la relación resulta negativa con un poder bajo (-.088), sin embargo, no muestra significancia estadística ($p > .05$).

Tabla No.4.

Relación entre edad y calidad de vida

Instrumento	Edad
Calidad de vida	-.088

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$.

Al buscar la relación existente entre los años de estudio y la calidad de vida, como se puede observar en la tabla No. 5, la relación resulta negativa con un poder bajo (-.049), sin embargo, no muestra significancia estadística ($p > .05$).

Tabla No.5.

Relación entre años de estudio y calidad de vida

Instrumento	Años de estudio
Calidad de vida	-.049

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$.

Discusión

Dentro de los principales hallazgos de este estudio, el instrumento utilizado “EORTC QLQ-C30” también fue utilizado por autores como Enríquez, Vargas¹¹. R. R. Villar et al¹³. M. E. Mejía et al¹⁴, esto puede ser explicado mencionando que, de los instrumentos existentes para medir la variable de interés, el EORTC QLQ-C30 es considerado congruente y útil para cuantificar la calidad de vida en la población de mujeres con cáncer de mama.

Sin embargo, en el presente estudio, la mayoría de las participantes refirieron no padecer dificultad económica alguna, ni cualquier tipo de dificultad para conciliar el sueño.

En cuanto a la fatiga, esta si fue relevante pues la mayoría de las participantes refirieron padecerla en dicho instrumento de medición.

La mayor parte de la muestra evaluada mencionó estar soltera, lo que, al contrastarlo con la literatura existente, de acuerdo con la Sociedad Americana de Cáncer²², esta situación puede ser ocasionada por el previo diagnóstico de la enfermedad.

La aplicación del cuestionario EORTC QLQ-C30 mostró una confiabilidad aceptable, caso similar ocurrió en el estudio de Enríquez Reyna, et al.¹¹, esto puede ser explicado, ya que en ambos estudios se abordó población con características similares, lo que fortalece la replicabilidad de un estudio.

Al buscar la relación existente entre la edad y la calidad de vida, la relación resulta negativa con un poder bajo, sin embargo, no muestra significancia estadística, lo que significa que las variables se comportan de manera independiente una sobre la otra.

Al buscar la relación existente entre los años de estudio y la calidad de vida, la relación resulta negativa con un poder bajo, sin embargo, no muestra significancia estadística, lo que significa que las variables se comportan de manera independiente una sobre la otra.

Dentro del presente estudio se observaron limitaciones metodológicas importantes; por ejemplo:

a) El muestreo no probabilístico, ya que este tipo de muestreo no permite hacer una generalización a la población.

b) El diseño transversal, al realizar la toma de datos en un solo momento se pierde la posibilidad de conocer el comportamiento de la variable a través del tiempo.

Del mismo modo se logran observar áreas de oportunidad, por lo que se sugiere a futuros investigadores.

a) Realizar un estudio en la misma población y con la misma variable desde un enfoque cualitativo, esto para conocer a profundidad el fenómeno.

b) Agregar variables a la cedula de datos, por ejemplo, tiempo con la enfermedad y la existencia de antecedentes heredofamiliares de la enfermedad.

Conclusiones

A manera de conclusión, la calidad de vida en el cáncer de mama es un concepto que debe ser abordado con el humanismo que identifica a la enfermería, esto por lo que involucra este padecimiento, es imprescindible el avance en el conocimiento de este fenómeno.

Agradecimientos

Brenda Verónica Bonilla Gutiérrez y Dafne Xochiquetzal Bonilla Gutiérrez por su colaboración en la traducción del resumen de este estudio.

Referencias

1. Cáncer de mama Who.int. 2021
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

2. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Información general Cáncer de Mama Gob.mx. 2022 <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/es/acciones-y-programas/informacion-general-cancer-de-mama>
3. Sanchez JD. OPS/OMS Pan American Health Organization / World Health Organization. 2011. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es
4. Secretaría de Salud S. Información Estadística Gob.mx. 2015 <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
5. Morales C. Casos de cáncer de mama en Puebla disminuyen 60% durante 2020 Grupo Milenio. 2021. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/cancer-mama-puebla-casos-disminuyen-2020>
6. Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, Hernández-Carrillo M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. Biomedica. 2020;40(2):349-61. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
7. Secretaría de Salud Gobierno de Puebla Gob.mx. 2021. <http://ss.puebla.gob.mx/prevencion/informate/item/1207-dia-internacional-contra-el-cancer-de-mama>
8. Pineda-Higueta SE, Andrade-Mosquera SM, Montoya-Jaramillo YM. Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013. Gerenc Políticas Salud. 2017;16(32). <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps16-32.facv>.
9. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Cien Saude Colet. 2020;25(2):693-702. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pHhcCB54Xvz7jSZnMg3wbXH/?lang=es>
10. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Publica. 2010;84(2):169-84. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Enríquez Reyna MC, Vargas Flores M de LÁ. Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México: Personal factors that affect quality of life of women with breast cancer from the northeast of Mexico. *Hisp Health Care Int*. 2018;16(2):70-5.: 10.1177/1540415318786675
12. Valderrama Rios MC, Sánchez Pedraza R. Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018;47(4):211-20. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>.
13. Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado MTS, Barreiro VB, Martín CG. Calidad de vida y ansiedad en mujeres con cáncer de mama antes y después del tratamiento. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25: e2958. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es.
14. Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, Hernández-Carrillo M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomedica*. 2020;40(2):349-61 <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
15. Ocampo J, Medina JLV, Fuentes NIGA, Palos PA. Intervención psicológica en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama y cervicouterino. *Revista argentina de clínica psicológica*. 2019;28(4):513-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7786602&info=resumen&idioma=SPA>
16. Expósito M, Díaz D. Calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con Cáncer de mama. 2008. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol22n2/art02.pdf>
17. Martínez-Rojas SM. Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Rev. cienc. ciudad*. 1 de enero de 2018;15(1):34-47. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1232>
18. Font Guiteras A, Reventós Osuna P, Falo Zamora C. Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: Estudio preliminar de semejanzas y diferencias entre pacientes con y sin metástasis. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)* 2020;17(1):179-94. <https://doi.org/10.5209/psic.68249>

19. Hernández-Sampieri R., Mendoza CP. Metodología de la investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México. 2018.

20. Cruz Bermudez Harold Fabián, Moreno Collazos Jorge Enrique, Angarita Fonseca Adriana. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enferm. glob.* 2013 Abr; 12(30):294-303.: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S169561412013000200014&lng=es.

21. Reglamento de la Ley General de Salud México: Diario Oficial de la Federación; 2014.: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

22. American Cancer Society. El cáncer, el sexo y la mujer soltera Cancer.org. 2020 <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer/para-la-mujer-soltera.html>

Visibilidad y necesidad de informe de enfermería a familiares de pacientes críticos

Visibility and need for nursing reporting to relatives of critical patients

Visibilidade e necessidade de relato de enfermagem
a familiares de pacientes críticos

José Gildardo Nazar-Pérez¹

María Dolores Martínez-Garduño¹
<http://orcid.org/0000-0003-1406-2010>

Danelia Gómez-Torres¹
<http://orcid.org/0000-0002-4083-6342>

María Antonieta Cuevas-Peñaloza¹
<http://orcid.org/0000-0001-9117-5161>

¹Universidad Autónoma del Estado
de México; Facultad de Enfermería y
Obstetricia, Estado de México; México

Autor de Correspondencia:

José Gildardo Nazar-Pérez

Correo electrónico:

pepenazar1519@gmail.com

Recibido: 12 mayo 2023

Aceptado: 11 junio 2023

Publicado: 15 junio 2023

Resumen

Introducción: La profesión de enfermería ha tenido un importante desarrollo, sin embargo, las competencias profesionales se mantienen invisibles ante los familiares que acompañan al paciente crítico, al no ser informados por las enfermeras adscritas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Objetivo: Analizar la visibilidad y necesidad de informe de enfermería a familiares de pacientes críticos.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron tres expertos en la validación del instrumento, se determinaron dos dimensiones visibilidad y necesidad de informe de enfermería.

La muestra fue intencional n=62 familiares de pacientes ingresadas a la UCI. Se obtuvo Alpha de Cronbach=0.724. El consentimiento informado se sustentó en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

ISSN: 2954-4459

Resultados: Edad $\mu = 30.07 \pm 8.47$. El 38.6% visibilizan las funciones de la competencia asistencial, 23.1% al respecto de la educación, 26.9% identifica la competencia de investigación y 11.2% la competencia administrativa.

Las competencias asistenciales relacionadas a la necesidad de informe se sitúan en 54.7%, las de educación 10.2%, investigación 16.5%, administración 18.6%

Discusión y Conclusiones: La competencia asistencial presenta mayor visibilidad frente a los familiares de los pacientes de la UCI. Existe correlación estadísticamente significativa entre visibilidad y necesidad del informe de enfermería.

Palabras clave: Enfermería, familia, pacientes, hospitalización, cuidados críticos.

Abstract

Introduction: The nursing profession has had an important development, however, professional skills remain invisible to the relatives who accompany the critically ill patient, since they are not informed by the nurses assigned to the Intensive Care Unit (ICU).

Objective: Analyze the visibility and need for nursing reports to relatives of critically ill patients.

Methodology: Quantitative, descriptive, and cross-sectional study, three experts participated in the validation of the instrument, two dimensions of visibility and need for a nursing report were determined.

The sample was intentional $n=62$ relatives of patients admitted to the ICU. Cronbach's Alpha=0.724 was obtained. Informed consent was based on the Regulations of the General Health Law on Research.

Results: Age $\mu = 30.07 \pm 8.47$. 38.6% make visible the functions of the care competence, 23.1% in regard to education, 26.9% identify the research competence and 11.2% the administrative competence. Care skills related to the need for reporting are located at 54.7%, education 10.2%, research 16.5%, administration 18.6%

Discussion and Conclusions: Care skills present greater visibility in front of the relatives of ICU patients. There is a statistically significant relationship between visibility and the need for the nursing report.

Keywords: Nursing, family, patients, hospitalization, critical care.

Resumo

Introdução: A profissão de enfermagem tem tido um desenvolvimento importante, no entanto, as competências profissionais permanecem invisíveis aos familiares que acompanham o doente crítico, uma vez que não são informadas pelos enfermeiros afectos à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Objetivo: Analisar a visibilidade e a necessidade dos relatórios de enfermagem aos familiares de pacientes graves.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e transversal, três especialistas participaram da validação do instrumento, duas dimensões de visibilidade e necessidade de relatório de enfermagem foram determinadas.

A amostra foi intencional n=62 familiares de pacientes internados na UTI. Alfa de Cronbach=0,724 foi obtido. O consentimento informado baseou-se no Regulamento da Lei Geral de Saúde sobre Pesquisa.

Resultados: Idade $\mu = 30,07 \pm 8,47$. 38,6% tornam visíveis as funções da competência assistencial, 23,1% quanto à educação, 26,9% identificam a competência de pesquisa e 11,2% a competência administrativa. Habilidades assistenciais relacionadas à necessidade de notificação situam-se em 54,7%, escolaridade 10,2%, pesquisa 16,5%, administração 18,6%

Discussão e Conclusão: Habilidades assistenciais apresentam maior visibilidade perante os familiares de pacientes internados em UTI. Existe uma relação estatisticamente significativa entre a visibilidade e a necessidade do relatório de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, família, pacientes, hospitalização, cuidados intensivos.

Introducción

La profesión de enfermería interviene en la salud de manera preventiva, así como en la enfermedad de manera curativa, forma parte del equipo multidisciplinario en la promoción, recuperación y reconformación de la salud, se adentra en el proceso paliativo y en último de los casos el cese de la vida, por ello su rango de intervención es amplio.

Del sector salud a nivel mundial, la profesión de enfermería es el grupo ocupacional con mayor presencia interprofesionalmente, la labor que cumple es tan importante por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que ningún programa de salud sería exitoso sin su contribución, por lo que es necesario fomentar al máximo su representación, optimizando sus ámbitos de actuación, proyectando su liderazgo, el mismo se puede traducir al proyectar una posición autónoma, acreditada para participar en la gestión del cuidado en cualquier nivel de complejidad¹.

La gestión del cuidado implica asumir decisiones basadas en el conocimiento, producto de la profesionalización y la experiencia, lo que permite reconocer necesidades y estrategias que favorecen el cuidado profesional, debido a que, en la amplitud de sus funciones, existen áreas de oportunidad para la intervención y la mejora de procesos que empoderen a la enfermería.

Las intervenciones que realiza el personal de enfermería al cumplir su función, según la NOM-019-SSA3-2013, pueden llevarse a cabo de forma interdependiente e independiente, están determinadas por el grado de interacción con otros profesionales de la salud, basadas en el nivel de preparación y la experiencia profesional, delimitando los cuidados de acuerdo a su nivel de complejidad (alta, media, baja), radicando en importancia y necesidad para preservar la salud².

Socialmente la familia del paciente crítico, visibiliza las intervenciones dependientes-asistenciales, en donde, además de los cuidados básicos, sus acciones se ajustan a las prescripciones de otro profesional de la salud, haciendo invisibles los cuidados de alta complejidad, estos se proveen al paciente crítico de forma independiente, ejecutados por personal de enfermería capacitado, disminuidos en importancia por parte de la familia del paciente crítico³.

Al respecto, la invisibilidad de los profesionales de enfermería por parte de los familiares del paciente crítico, se encuentra sujeta a diversos factores, destacando que la competencia colaborativa de comunicación, no se lleva a cabo por las

enfermeras adscritas a este servicio, sostenida a través del tiempo por la hegemonía médica, que puede considerarla innecesaria, al ser la profesión médica, quien se atribuye la única red de comunicación para con la familia⁴.

Establecer el canal de comunicación enfermera-familiares de los pacientes, puede disminuir los sentimientos de falta de control, incertidumbre y ansiedad que se encuentran relacionados con falta de información y comunicación en el proceso salud-enfermedad vivido⁵.

Contextualmente la información de las intervenciones de enfermería, basadas en las competencias profesionales, se encuentra ante la visión reducida para constatar los alcances que puede tener en la toma de decisiones, al ejercer independientemente o colaborando con el equipo multi-disciplinario, la brecha se amplía ante la disponibilidad de los implicados (familia) para establecer comunicación y la ausencia de un espacio-tiempo exclusivo, que permita acercar la información del cuidado de enfermería, como base para generar estados de certidumbre, serenidad y alerta en el paciente y su familia.

Las intervenciones de enfermería centradas en el paciente, contemplan incluir a la familia, la misma considera que las enfermeras abordan solo cuestiones asistenciales generales, por lo que, relacionan a la enfermería sólo con ese tipo de labores, por ello, cuando requieren conocer información sobre otros aspectos, la familia solicita la presencia del médico, en ocasiones la información a requerir, respecta a los cuidados realizados e implementados de manera independiente por la enfermera(o), estos no se socializan manteniendo la invisibilidad del cuidado⁶.

Esta comunicación se hace necesaria sabiendo que, el profesional que dispone más tiempo en el cuidado del paciente es la enfermera, por tanto, cambiar la visión de la enfermería y hacerla más visible para ofrecer un mejor servicio, debe partir de quien la ejerce, gestionando procesos del cuidado de la salud, con propuestas que apoyen su impacto de manera positiva.

El ingreso de una persona a la unidad de cuidados intensivos, ha representado un marcado y notorio desequilibrio de emociones que repercute de manera sustancial en el paciente y su vínculo familiar, la información sobre el estado y evolución de los pacientes críticos, proporciona paulatinamente estabilidad y confianza.

La investigación tiene implicaciones prácticas acercando el cuidado de enfermería a la familia, y promoviendo el trabajo colaborativo al contribuir con información relevante que oriente o sirva de base para el tratamiento del paciente, abonando a la reducción de la brecha dimensional de los profesionales de enfermería, con respecto a funciones que desempeña otros integrantes del equipo multidisciplinario. Por lo anterior el objetivo de este estudio fue: Analizar la visibilidad y necesidad de informe de enfermería a familiares de pacientes críticos.

Metodología

El diseño de estudio es cuantitativo no experimental de tipo descriptivo y transversal. Para la medición de la visibilidad de enfermería en familiares de pacientes críticos, se diseñó un cuestionario de 24 ítems cerrados, de respuesta tipo Likert. Cuenta con una ficha de identificación, que incluye la fecha de aplicación y datos sociodemográficos, escolaridad, sexo, edad, parentesco con el paciente.

El instrumento está compuesto de dos categorías, mismas que se asignaron de acuerdo a las cuatro competencias profesionales de enfermería, los ítems que refieren la visibilidad de actividades son los siguientes: 1, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 19, 20, 21, 23. Siendo los ítems 2, 3, 4, 5, 6, 10, 13, 14, 17, 18, 22, 24 referidos para la necesidad de información. Los ítems organizados por competencias profesionales son: asistencial: (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10); administración (22, 23, 24); educación (11, 12, 13, 14, 15) e investigación (16, 17, 18, 19, 20, 21).

El instrumento fue validado a través de juicio de expertos por método Delphi, contando con la participación de un experto a nivel estatal uno nacional y un experto internacional todos bajo consenso y posterior a firma de validez, dieron congruencia metodológica al mismo; posteriormente se aplicó una prueba piloto a 30 familiares de los cuales se obtuvo un índice de fiabilidad por Alpha de Cronbach de 0.860, indicando una fiabilidad óptima.

Las categorías a su vez incluyen las competencias genéricas asistenciales, de investigación, educación y administrativa de acuerdo al perfil de enfermería.

Una vez validado el instrumento y aplicada la prueba piloto, se procedió a realizar la solicitud expresa y por escrito a la jefatura de enseñanza e investigación del hospital de tercer nivel de atención para poder realizar el proyecto.

La población de estudio comprende a los familiares de los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, tomando como referencia los registros de pacientes ingresados a la UCI, durante el año 2019, que sumaron 160.

Para elegir la muestra se utilizó el muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Se eligieron familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, durante el periodo comprendido en los meses de octubre 2019 a febrero 2020.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula de población finita, para muestras simples, con un nivel de confianza del 95%; un margen de error del 10%, la muestra se conformó por 62 familiares de pacientes hospitalizados.

Los criterios de inclusión considerados fueron: Familiares responsables de pacientes, ingresados y con estancia de más de 48 horas, que estén en mayor contacto con la información que se emita en cuanto a la progresión del estado de salud-enfermedad, personas mayores de edad, familiares que acepten participar en el proyecto a través de la firma del consentimiento informado.

Se excluyeron a familiares que acuden a visita incidental y de pacientes en pre -alta de la unidad de cuidados intensivos. La tasa de respuesta fue de 96.7%; contabilizando 60 familiares participantes.

Para la recolección de datos se informó al personal de enfermería y médico, los objetivos del proyecto y posteriormente se contactaron familiares de pacientes, quienes previo consentimiento informado aceptaron participar en este estudio.

Una vez obtenida la información se procedió a la captura de datos en el programa SPSS Vs 25, para realizar el análisis a través de estadística descriptiva.

Los fundamentos éticos de la investigación, se sustentan en la declaración de Helsinki, en la Ley General de Salud Artículo 100, y en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación.

En lo que respecta al riesgo de la investigación (artículo 17), el presente estudio se considera **Investigación sin riesgo**. En cuanto a lo relacionado al consentimiento informado, el presente estudio considera lo descrito en los artículos 20, 21, 22 y 24.

Resultados

Las características sociodemográficas de los participantes en este estudio se caracterizan en su mayoría por ser del sexo masculino (71.7%), con una edad $\mu=30.07 \pm 8.47$, un rango de 31, mínima de 18 y máxima de 49.

La edad observada con mayor frecuencia fue de 21 a 30 años (51.7%); referente a la escolaridad, en su mayoría su nivel educativo es de secundaria y preparatoria (86.7%); en este caso el cónyuge es quien con mayor frecuencia participo en el estudio (61.7%) (Tabla No. 1).

Tabla No.1.

Datos sociodemográficos correspondientes a familiares de pacientes críticos de un hospital de especialidad.

		N= 60	
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	43	71.7
	Femenino	17	28.3
Edad	18-20	6	10.0
	21-30	31	51.7
	31-40	17	28.3
	41-49	6	10.0
Escolaridad.	Primaria	8	13.3
	Secundaria	24	40.0
	Preparatoria	28	46.7
Parentesco	Madre	9	15.0
	Padre	2	3.3
	Cónyuge	37	61.7
	Otro	12	20.0

Fuente: Cuestionarios aplicados.

La opinión de los familiares respecto a que los profesionales de enfermería contribuyen a la recuperación de su familiar hospitalizado es que están de acuerdo (98.3%); los familiares afirman que las enfermeras en la unidad de terapia intensiva colaboran en el bienestar de su familiar hospitalizado (91.7%); mencionan que la calidad del cuidado de enfermería tiene carácter profesional (83.4%); los familiares no están de acuerdo ni en desacuerdo con que el conocimiento del profesional de enfermería, es visible a través del cuidado proporcionado al familiar hospitalizado.

El 98.3% de los participantes del estudio, consideran necesario que les den a conocer los diagnósticos de enfermería de su familiar hospitalizado, refieren no estar informados del uso de diagnósticos de enfermería, para llevar a cabo el cuidado proporcionado a su familiar hospitalizado, situación que se confirma con las respuestas de 38.3% en desacuerdo y 15% totalmente desacuerdo; 86.7% refirieron su desacuerdo en cuanto a la información referente al cuidado basado en los diagnósticos de enfermería; 43.3% están en desacuerdo al desconocer los resultados esperados en su familiar hospitalizado, 16.7% se manifestó en total desacuerdo por desconocer los resultados derivados del cuidado proporcionado a su familiar hospitalizado; los participantes aluden estar de acuerdo en la importancia de hacer de su conocimiento los diagnósticos de enfermería utilizados en el plan de cuidados a su familiar hospitalizado (98.3%); en cuanto a la disminución de la incertidumbre al informar los cuidados, el 60% se manifestó en desacuerdo y 28.3% en total desacuerdo.

Las medidas de higiene y seguridad proporcionadas a los familiares, por las enfermeras de terapia intensiva, contribuyen a la salud del familiar hospitalizado, el 11.7% de los participantes está totalmente de acuerdo, 30% menciona estar de acuerdo, 25% se manifestó en desacuerdo y el 13.3% en total desacuerdo; a través de la educación que brindan las enfermeras sobre las características de la unidad de terapia intensiva, los participantes consideraron totalmente de acuerdo, sentirse en un ambiente seguro (86.7%); 43.3% de los participantes refieren estar totalmente desacuerdo respecto a la capacidad independiente de los profesionales de enfermería al informar los cuidados proporcionados a su familiar hospitalizado, aunado al 25% de participantes que están en desacuerdo.

Los participantes de la investigación mencionaron estar en desacuerdo (96.6%) respecto a la recepción oportuna de información referente al plan de cuidados de enfermería llevado a cabo con su familiar hospitalizado; 91.7% de los

participantes se manifestó en desacuerdo total, cuando la necesidad de información se complementó a través de la comunicación del plan de cuidados realizado a su familiar hospitalizado.

Los participantes se refirieron totalmente en desacuerdo respecto a la visibilidad y capacidad en la toma de decisiones por parte de las enfermeras, al informar sobre el cuidado proporcionado al familiar hospitalizado (85%); basados en la información que emiten los profesionales de enfermería, los participantes se refieren estar de acuerdo (46.7%) y totalmente de acuerdo (40%) respecto a la innovación y el establecimiento permanente de un informe de enfermería; 53.3% de los participantes manifestó el desacuerdo sobre la visibilidad en el dominio del cuidado y el conocimiento de las enfermeras, para formular los resultados propuestos en el informe proporcionado a los familiares; el reconocimiento de los profesionales de enfermería, respecto a la innovación y pertinencia del informe del plan de cuidados, fue referido en desacuerdo (43.3 %).

Los participantes mencionaron estar en desacuerdo, respecto al nivel de respuesta y del interés mostrado por los profesionales de enfermería ante las posibles dudas sobre el plan de cuidados informado (46.7%); 41.7% se consideran en desacuerdo ante la explicación y fundamentación científica de los diagnósticos de enfermería asignados a su familiar hospitalizado a efecto de la necesidad de información.

Los participantes del estudio refieren estar en desacuerdo al desconocer el cargo que las enfermeras al cuidado de su familiar hospitalizado tienen dentro de la terapia intensiva (38.3%), consideran estar de acuerdo (23.3%) y totalmente de acuerdo (28.3%) respecto a la administración adecuada y racional de los recursos disponibles para proporcionar el cuidado a su familiar hospitalizado.

Los participantes mencionaron estar totalmente en desacuerdo respecto al informe de enfermería de su familiar hospitalizado, mismo que no contribuye en su necesidad de información (40%), confirmando el desacuerdo (28.3%).

Respecto a la visibilidad, se realizó una diferenciación a través de tres niveles, los participantes del estudio mencionaron tener una visibilidad baja (1.7%), visibilidad media (50.0%) visibilidad alta (48,3%) respecto a las intervenciones y cuidados de los profesionales de enfermería (Tabla No. 2).

Tabla No.2.

Nivel de visibilidad de los profesionales de enfermería, referido por los familiares del paciente en estado crítico

N=60		
Nivel de Visibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Baja	1	1,7
Media	30	50
Alta	29	28.3

Fuente: Cuestionarios aplicados

Respecto a la necesidad de información que fue patente por parte de los familiares del paciente en estado crítico, se realizó una clasificación por nivel de necesidad, los datos recabados reflejaron una necesidad de informe situada en un nivel medio (96.7%), y nivel bajo (3.3%) respecto de los cuidados e intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería (Tabla No. 3).

Tabla No.3.

Nivel de necesidad de informe de enfermería, referido por los familiares del paciente en estado crítico

N=60		
Necesidad de informe	Frecuencia	Porcentaje
Baja	2	3.3
Media	58	96.7

Fuente: Cuestionarios aplicados.

Se aplicó correlación de Spearman, obteniendo una significancia de $p \leq 0.0005$.

Discusión

El presente estudio se llevó a cabo para explorar la visibilidad de profesionales de enfermería que tiene los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, si bien la invisibilidad ha sido reportada en estudios previos, donde se argumenta que los profesionales se encuentran infra valorados, desconocidos y ajenos a la óptica de la sociedad, misma que no percibe la realidad del cuidado, como premisa fundamental del conocimiento científico de enfermería^{7,8,9}, en esta investigación de manera general, se observa que igualmente existe un desconocimiento de la mayor parte de las competencias de enfermería, lo cual se interpreta en la no visibilidad por del profesional de enfermería en campo de cuidados intensivos por parte de los familiares.

Dentro de la organización familiar, el ingreso de uno de sus miembros a la UCI representa la inestabilidad en su estructura, las UCI son el lugar donde se mezclan la tecnología con la humanidad práctica y efectiva, este conjunto supera la visión de aquellos que tendrán la necesidad de requerir sus servicios; el ingreso al hospital y en especial a la UCI, requiere de que un familiar esté en la disponibilidad permanente en el hospital.

El sexo del familiar con mayor frecuencia reportado en diversos estudios es el femenino^{10,11}, debido a que tienen mayor apego hacia el cuidado y culturalmente se delega a las mujeres, contrario a esto, en los resultados de la investigación muestran mayor participación del sexo masculino, debido a que se consideró un hospital enfocado a la atención de la mujer y los familiares en su mayoría fueron los cónyuges.

El estudio se aplicó en una población adulta joven, cuyo promedio de edad se encontró dentro de un rango de 21-30 años, coincidiendo con los datos proporcionados por el censo de población INEGI 2020¹², donde el predominio de este grupo etario se cuantifica de forma importante, estableciéndose una relación significativa dentro de la aceptación del estudio y de las responsabilidades adquiridas en la edad ya mencionada.

La ENUT 2020 refirió un porcentaje poco significativo respecto a la diferencia entre los cuidados proporcionados a personas en un rango de edad de 15 a 59 años,

por hombres y mujeres¹³.

Con base a la preparación y formación académica, es importante reconocer que según el censo de población del INEGI 2020, el nivel educativo que aun predomina en la población de México es el básico 49.3%, al respecto la población en el estudio se situó dentro de los primeros niveles de formación académica (secundaria y media superior), en contraste en un estudio realizado sobre necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital¹¹, la población de estudio se ubicó con estudios universitarios.

En este sentido Fernández¹⁴ menciona que existe una relación inversamente proporcional entre la preparación académica y nivel de satisfacción, debido a que los miembros de la familia con niveles de educación superior estaban menos satisfechos con la atención, lo cual explica que los familiares con menor nivel académica están con una postura neutra en cuanto a la necesidad de informe. No obstante, se considera que debe haber un informe que aclare las dudas respecto al cuidado que se le brinda a su familiar hospitalizado en la UCI.

En cuanto a la competencia asistencial, los familiares, reconocen que el personal de enfermería contribuye a la mejoría y recuperación del paciente hospitalizado, lo cual favorece su bienestar. En correspondencia a este resultado Blázquez y Quezada¹⁵ encontraron una satisfacción del 71.4% con respecto a los cuidados de enfermería en el servicio de medicina interna de un hospital en Veracruz; en Ruiz et.al.,¹⁶ encontraron un nivel satisfactorio del 86.7% en los cuidados otorgados; por lo que se puede afirmar, que esta competencia se posiciona como la de mayor visibilidad.

La necesidad de información sobre las competencias asistenciales, resulto poco visible referente a los diagnósticos de enfermería, y desconocen que éstos, son la base de un plan de cuidado; aunado a que Martínez y Cantero¹⁷ mencionan la importancia de que el usuario no perciba “omisión, duplicidad ni contradicción en las acciones” se pueden evitar a través de un informe de enfermería que de mayor visibilidad profesional.

En este estudio, poco se reconoce a la competencia de enfermería de educación, pese a que las orientaciones sobre medidas de higiene y protección, que el personal de enfermería otorga durante la estancia en cuidados intensivos, contribuyen a

propiciar un ambiente seguro.

En este sentido, existe una diferencia en cuanto a la percepción de educación que reportan Blázquez y Quezada¹⁵, donde se observó que las enfermeras no brindan educación al paciente, no obstante que es una función altamente necesaria que impacta en la calidad del cuidado.

También consideran que demuestran su capacidad de trabajo independiente, al informar sobre cómo se le otorgaron los cuidados a la paciente, el 66.7% se mostraron satisfechos, pero esta percepción tiene que ver con una acción dependiente, ya que el indicador menciona que la enfermera es capaz de dar explicaciones claras para seguir las indicaciones prescritas por un médico, ello deja fuera las intervenciones interdependientes e independientes que amplían las competencias de acción de la enfermería.

La percepción de los familiares sobre la necesidad de información en este rubro, se acredita al conocer que el 0% de los participantes, manifestó que no recibió de manera oportuna el plan de cuidados y cómo se llevaría a cabo, por lo que se sienten desinformados.

El uso de un instrumento de comunicación entre paciente-familiar y el personal de enfermería, como es un informe, abarca aspectos que poseen identidad con la función que desempeñan, ya que incluye diagnósticos de ingreso y aquellos no resultados al alta, así como cuidados hospitalarios y recomendaciones para cuidados posteriores, necesarios para mantener informados e involucrados a los usuarios¹⁷, por lo que implementar un mecanismo de comunicación puede satisfacer esta necesidad.

En lo relativo a la competencia de investigación, el 23% de los familiares perciben en el desempeño profesional del personal de enfermería, capacidad para tomar decisiones, reflejando conocimiento, dominio e innovación sobre los cuidados que ofrecen en los informes que les proporcionan sobre el cuidado del paciente.

En un estudio realizado en la capital mexicana, con una visión muy distante a la obtenida, Balseiro et.al.,¹⁸, observaron que el 82.73% confían en la preparación y toma de decisiones del personal de enfermería, pues consideran que no cometen iatrogenias debido a que cuentan con los conocimientos suficientes para aplicar

procedimientos seguros.

En cuanto a la necesidad de información, el 3% de los familiares considera aceptable el nivel de respuesta que obtuvieron a sus dudas, ya que la explicación mostraba conocimiento y fundamento científico.

Fernández Sotelo¹⁴, mediante la revisión de artículos relacionados con las necesidades más importantes para los familiares, concluyó que la necesidad de información se posiciona entre las tres más recurrentes, pues los familiares manifiestan que necesitan disponer de respuestas dadas con sinceridad, conocer el pronóstico y conocer hechos específicos relacionados con el estado del paciente, ya que ello les da la seguridad que se encuentran en manos de un personal profesional.

En lo que se refiere a la competencia de administración, el 30% de la población estudiada, estima relevante conocer el cargo del personal de enfermería dentro de la UCI; consideran que la administración que realizan de los recursos disponibles para el cuidado de su familiar es adecuada y racional, y que la calidad de estos cuidados es debido a la información. Henriques¹⁹ afirma que las atribuciones del cuidado de los enfermeros en la UCI implican la coordinación y administración de recursos materiales y de procedimientos prácticos, ejecutando actividades de control de calidad y desperdicio, evaluación y control del material de alto costo, así como la forma de utilización adecuada, siendo su responsabilidad la previsión de materiales más apropiados para la prestación de los servicios.

Sin embargo, suele ser un tema delicado, debido a que la adquisición depende de las políticas para la asignación de presupuesto económico del hospital o del sistema de salud.

El 22% de los familiares declaran que, mediante el informe de enfermería, se han dado cuenta de la calidad del cuidado otorgado a su familiar hospitalizado.

Respecto a las necesidades de los familiares en las unidades de terapia intensiva, estudios al respecto mencionaron que una de las necesidades con mayor manifestación de atención, es la relacionada con el manejo y acercamiento de la información^{11,20,21}.

Es de tomarse en cuenta que se ha demostrado que los familiares que son informados adecuadamente ven la admisión en la UCI de un ser querido como un acontecimiento menos doloroso¹⁴.

Conociendo en qué medida son visibles cada una de las competencias profesionales, se procedió a detectar las áreas de oportunidad de información y de acción por tipo de competencia profesional, para considerarlas la base para el diseño de una propuesta que las atienda.

Las áreas de oportunidad para visibilizar la función asistencial, es mantener informado de manera oportuna al familiar sobre el tipo de cuidados que recibirá la paciente, y cómo contribuyen estos a su mejoría, basados en el diagnóstico, plan de atención y observación de avances en la recuperación, debido a los cuidados que realiza el personal²².

Las áreas de oportunidad de la competencia educacional, se basa en informar a los familiares sobre cómo se aplican los procedimientos para brindar cuidado y bienestar a la paciente, esto aporta visibilidad, porque el familiar identifica que los cuidados son específicos para el diagnóstico dado, por lo que es factible lograr la recuperación; así como mayor certeza de cómo debido a esos cuidados, el paciente va a ir evolucionando.

De igual manera, orientar a los familiares de cómo pueden aplicar procedimientos para brindar comodidad y cuidados al paciente cuando estén a su cuidado²³.

Las áreas de oportunidad de la competencia de investigación se centran en que el personal de enfermería muestre mayor interés por responder de manera apropiada, a las dudas que surjan, así como el que las explicaciones, sean muestra de dominio de los procedimientos a aplicar, e incluso, visibilicen capacidad para la toma de decisiones autónomas innovadoras, que den respuesta a las necesidades de la paciente, y que ello, otorgue confianza al familiar²⁴.

Finalmente, las áreas de oportunidad para hacer visible la competencia administrativa, es que el personal de enfermería mencione su cargo y especialidad, para que el familiar de la paciente se asegure que se encuentra en manos de un

profesional; también es importante que informe sobre los recursos, su disponibilidad y manejo, así como el registro de signos y datos relevantes, para la toma de decisiones, y se apoyen en ellos para informar con base a evidencias^{22,23}.

Este proceso permitió tener claridad sobre el diseño de una propuesta para visibilizar las competencias profesionales de la enfermería.

La propuesta que se consideró viable es la denominada Informe de Enfermería siendo que la constante fue la falta de información, misma que puede tener dos vertientes, una, la que refiere el familiar que requiere, y la otra, la que el familiar desconoce, y que, por ello, no alcanza a visualizar, pero que son necesarias ya que ayudan a predecir posibles escenarios, tener mayor certeza, otorgar confianza al personal y contribuir de mejor manera en el bienestar de la paciente.

El formato se diseñó atendiendo a las áreas de oportunidad, considerando que no tiene que ser tan exhaustivo, debido a que el personal de enfermería lo considere un documento administrativo sin sentido, sino que sea útil tanto para él, como para el familiar.

Concentra las cuatro competencias profesionales y pretende que su llenado sea al momento del diagnóstico y elaboración del plan, mismo que se le dará a leer al familiar, y después de darle un tiempo para su lectura y análisis, responder las dudas que tenga de forma ágil, concreta y amable.

Posteriormente se le solicitará que lo firme de enterado y el enfermero lo recuperará para tenerlo como referencia y evidencia de los diagnósticos y cuidados a otorgar.

Con base en los estudios retrospectivos, cabe mencionar que estos vislumbran intervenciones que apoyen para mantener o aumentar el reconocimiento social de enfermería, que son evidencia de calidad en el servicio y un medio efectivo de comunicación con los usuarios¹⁷, aspectos importantes que fueron tomados en cuenta para proponer el informe de enfermería, el mismo es descrito como una herramienta en el hacer de los profesionales de enfermería, y se sustenta en la necesidad obtenida en la población que se estudió.

Surgirá la necesidad de poner en práctica la propuesta del informe de enfermería a familiares del paciente en estado crítico, para corroborar si el planteamiento del mismo contribuye de manera específica a la necesidad de información y contribuye de manera esencial en el reconocimiento y empoderamiento social e institucional de enfermería.

Conclusiones

Las competencias profesionales menos visibles en el desempeño de sus funciones son la administrativa (11.2%), continuado la de investigación (23%), seguida por la competencia educativa (43%). La competencia asistencial es la de mayor visibilidad (38.6%).

De esta manera los familiares manifiestan que, actualmente el personal de enfermería está mejor preparado, pero persiste la tendencia hacia las actividades técnico-asistenciales que habitual e históricamente se ha reconocido como función principal, desconociendo el potencial que otros ámbitos de competencia, como son la administrativa, la educacional y la de investigación, aportan al cuidado de los pacientes.

Al respecto de las características sociodemográficas de la población de estudio, destaca la participación del cónyuge, de sexo masculino, en edad adulta-joven, de esta manera el hombre se sitúa como el responsable primario, cabe mencionar que la UCI donde se llevó a cabo la investigación, recibe pacientes críticas femeninas por ser un hospital de atención ginecobstétrica, correspondiendo a la mención anterior.

Los familiares reconocen el valor de la atención de la enfermería, pero no logran percibirlo en su desempeño profesional, lo cual no implica necesariamente, que no se esté llevando a cabo un trabajo competente, sino que, precisamente, faltan mecanismos para visibilizarlo.

Existe desinformación de las acciones de las competencias en conjunto, durante la estancia del paciente en el hospital, debido a que sólo 15% considera que se le proporciona información.

Esta investigación permitió conocer las necesidades de información que los familiares de los pacientes manifiestan, en conjunto con las que el personal de enfermería considera importantes incorporar, será posible implementar estrategias efectivas de visibilidad, considerando a qué competencia profesional pertenecen esas necesidades.

Por lo tanto, el Informe de Enfermería para familiares de pacientes críticos, es una propuesta emanada de la necesidad de información resultado de este estudio, y una estrategia que puede aportar visibilidad a las competencias profesionales y así dar ese salto cualitativo en el desempeño de sus funciones, no es posible si se mantiene la percepción de su labor enfocada a un conjunto estereotipado de acciones asistenciales, que, si bien son importantes y pertenecen al repertorio de su labor, no la representa en su totalidad.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Who.int. 2020. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>.
2. DOF. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México: DOF; 2013. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#gsc.tab=0.
3. Errasti IB, Arantzamendi SM, Canga AN. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer Anales Sis San Navarra. 2012;35(2) 269-283 <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200009>.
4. De Souza Teixeira CR, Silva Calixto AA, Casas Garcia RA, Da Costa Gonçalves Torquato M, Dos Santos S, Magna JM. Programa de entrenamiento multiprofesional en hipertensión y diabetes mellitus. In Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020:65-67.
5. Díaz HLP, Ballesteros PGA. Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honesta, directa y real. 2021; 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cefr>.

6. Alonso OA, Álvarez J, Velayos C, García M, Luengo M. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014;29(6):325-333. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.004>.
7. Fernández SS, Ramos MA. ENE. Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. *Revista de Enfermería*. 2013;7(1) <http://www.index-f.com/ene/7pdf/7108.pdf>
8. Huercanos Esparza I. El cuidado invisible de la enfermera. *Archivos de la Memoria*; 2012; 9(4). <https://ciberindex.com/index.php/am/article/view/e9415>.
9. De la Rosa ER, Zamora MG. Cuidados invisibles ¿son suficientemente reconocidos? 201; 21(4):219-223. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009>.
10. Holanda PMS, Marina TN, Ots RE, Lanza GM. *Medicina Intensiva*. 2017. 10.1016/j.medin.2016.06.007.
11. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Amthauer-Rojas M, Molina-Muñoz Y. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile. Enfermería Intensiva*. 2018; 29(1):32-40. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.09.001>.
12. INEGI. Resultados del censo de población y vivienda 2020. México: INEGI https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/censo2020_principales_resultados_ejecutiva_eum.pdf; 2021. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/censo2020_principales_resultados_ejecutiva_eum.pdf.
13. INEGI. Encuesta Nacional sobre el uso del Tiempo. 2019. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/>.
14. Fernández Sotelo S. Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos. Repositorio Universidade Coruña. 2015. <http://hdl.handle.net/2183/15330>.
15. Blázquez Morales MS, Quezada Díaz AA. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. 2014;14(1) e174. https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_voll4_num1/articulos/satisfaccion.pdf.

16. Ruiz-Cerino JM, Tamariz-López MM, Méndez-González LA, Torres-Hernández L, Duran-Badillo T. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. *SANUS*. 2021;5(14):e174. <https://doi.org/10.36789/sanus.vil4.174>.

17. Martínez Vidal LE, Cantero González ML. Informe de cuidados en enfermería, revisión de su situación actual. *Enfermería Global*. 2013;12(32):338-345 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834851019>.

18. Balseiro AL, Martínez Aguilera P, Otero RA, Cortes Galicia A, de la Rosa García M, Flores Badillo A, et al. La calidad de la atención de Enfermería a los pacientes de un Hospital Regional del ISSSTE, en México D.F.: Un estudio basado en el grado de satisfacción de los usuarios. *Enfermería Universitaria*. 2007;4(1):9-13 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821002>.

19. Henriques Camelo SH. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(1):9 pantallas, www.eerp.usp.br/rlae.

20. Rodríguez Martínez M, Rodríguez Morilla F, Roncero Del Pino Á, Morgado Almenara M, Theodor Bannik J, Flores Caballero L, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2003;14(3):96-108 [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(03\)78114-0](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(03)78114-0).

21. García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerda SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2010;21(1):20-27 DOI: 10.1016/j.enfi.2009.07.001.

22. Elizalde Ordoñez H. Enfermería. más allá del cuidado: Reflexiones desde la experiencia personal: Ibikku; 2019.

23. García M, Arana B, Cárdenas L, Monroy A. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México - la reconstrucción del camino. *Enfermagen*. 2009;13(2):287-296 <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200008>.

24. De Arco-Canoles OdC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. 2018;20(2):171-182 DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>.

Capacitación en primeros auxilios para docentes de nivel básico: trascendencia de la intervención de enfermería escolar

First aid training for basic level teachers:
importance of school nursing intervention

Treinamento de primeiros socorros para professores de nível básico:
importância da intervenção da enfermagem escolar

Kenya Reyes-Sánchez¹

Diana Guillette Rubio-García¹

Jessica Belen Rojas-Espinoza¹
<http://orcid.org/0000-0003-4444-0123>

Liliana Inés Benhumea-Jaramillo¹
<http://orcid.org/0000-0001-5212-0096>

¹ Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Cuerpo Académico Ejercicio en Enfermería. México

Autor de Correspondencia:

Jessica Belen Rojas-Espinoza

Correo electrónico:
jbrojase@uaemex.mx

Recibido: 04 mayo 2023

Aceptado: 10 junio 2023

Publicado: 15 junio 2023

Resumen

Introducción: Los conocimientos sobre primeros auxilios son de suma importancia en la vida diaria, mayormente en docentes de preescolar y primaria, tomando en cuenta que la principal causa de muerte infantil a nivel mundial es por accidentes, mismos que podrían prevenirse, siendo los docentes los encargados de enfrentar los accidentes ocurridos y brindar el primer contacto.

Objetivo: Diagnosticar a la población docente sobre el conocimiento que tienen sobre primeros auxilios.

Metodología: Estudio de tipo cuantitativo con diseño descriptivo-transversal.

El universo fue de 30 docentes de nivel básico en Metepec; la técnica fue la encuesta, como instrumento fue un cuestionario validado de 19 ítems de opción múltiple y preguntas abiertas.

ISSN: 2954-4459

Resultados: La formación en primeros auxilios de los docentes es insuficiente, por lo que se destaca la necesidad de la figura de enfermería en educación para la salud en el área escolar.

Discusión y Conclusiones: Identificar el conocimiento con el que cuenta el área docente sobre primeros auxilios favorece que de manera oportuna se prevean accidentes y se dé una respuesta asertiva, disminuyendo en medida de lo posible los factores de riesgo y fortalecer la respuesta inmediata, así como resaltar la necesidad percibida del profesional de enfermera en el ámbito escolar.

Palabras clave: Conocimiento, docentes, intervenciones de enfermería, primeros auxilios.

Abstract

Introduction: Knowledge about first aid is extremely important in daily life, mainly in preschool and primary school teachers, considering that the main cause of child death worldwide is accidents, which could be prevented, with teachers being the responsible for dealing with accidents and providing the first contact.

Objective: Diagnose the teaching population about the knowledge they have about first aid.

Methodology: Quantitative with a descriptive cross-sectional design, the universe was 30 basic level teachers, in Metepec with a census sample; the technique was the survey, the instrument was a validated questionnaire with 19 multiple choice items and open questions.

Results: The training of the teaching area in first aid is insufficient, which is why the figure of nursing for health education in the school area stands out.

Discussion and Conclusions: Identifying the knowledge that the teaching area has on first aid favors that accidents are foreseen in a timely manner and an assertive response is given, reducing risk factors as much as possible and strengthening the immediate response as well as highlighting the perceived need of the nursing professional in the school setting.

Keywords: Knowledge, teachers, nursing interventions, first aid.

Resumo

Introdução: O conhecimento sobre primeiros socorros é de extrema importância no dia a dia, principalmente em professores de educação infantil e ensino fundamental, tendo em vista que a principal causa de morte infantil no mundo são os acidentes, que poderiam ser evitados, cabendo aos professores o atendimento aos acidentes e proporcionando o primeiro contato.

Objetivo: Diagnosticar a população docente sobre o conhecimento que possuem sobre primeiros socorros.

Metodologia: Quantitativa com desenho transversal descritivo, o universo foi de 30 professores de nível básico, em Metepec com amostra censitária; a técnica foi o survey, o instrumento foi um questionário validado com 19 itens de múltipla escolha e questões abertas.

Resultados: A formação da área docente em primeiros socorros é insuficiente, por isso se destaca a figura da enfermagem para educação em saúde na área escolar.

Discussão e Conclusão: Identificar o conhecimento que a área de ensino possui sobre primeiros socorros favorece que os acidentes sejam previstos em tempo hábil e uma resposta assertiva seja dada, reduzindo ao máximo os fatores de risco e fortalecendo a resposta imediata, bem como evidenciando a necessidade percebida do profissional de enfermagem no ambiente escolar.

Palavras-chave: Conhecimento, professores, intervenções de enfermagem, primeiros socorros.

Introducción

En la etapa preescolar y escolar, los accidentes o lesiones no intencionadas son la principal causa de muerte en niños. Según la OMS, cerca de 830 000 niños menores de 18 años fallecen a causa de este tipo de accidentes¹.

En los centros educativos además de aprender y divertirse, pueden producirse algunos tipos de accidentes, es por ello que los alumnos y alumnas son un grupo de riesgo propenso a los accidentes por varios motivos, la curiosidad de experimentar nuevas cosas, la hiperactividad de su propia edad, realizar actividades de ejercicio

físico, ya que ésta es una situación en la que se requiere de mucho movimiento o simplemente por desafiar normas y límites; los motivos anteriores son situaciones que ponen en peligro su integridad personal y su vida y son los docentes los encargados de actuar en los primeros instantes, brindando primeros auxilios.

La Organización Mundial de la Salud² define accidente como un suceso generalmente prevenible que provoca o tiene el potencial de provocar una lesión, debido a la rapidez con la que los accidentes ocurren no siempre pueden ser atendidas por el equipo de salud, por ello, los docentes deben estar correctamente informados para poder intervenir en el momento en el que se produzca un accidente y poder brindar primeros auxilios, en donde según Martínez, los primeros auxilios son técnicas terapéuticas no profesionales aplicadas a una víctima de accidente o enfermedad repentina, en tanto llega el tratamiento especializado³.

México no cuenta con una adecuada formación en primeros auxilios, apenas el 6% de la población ha recibido este tipo de formación, cifra preocupante comparada con otros países como Alemania, Austria e Islandia que arrojan entre el 95% y 75%, porque incluyen los primeros auxilios como asignatura obligatoria en los colegios, puestos laborales y hasta en las escuelas para poder abrirlas⁴.

En esta condición les confiere a los docentes responsabilidad, la cual aumenta al trabajar con niños en la etapa preescolar y escolar, siendo necesario mencionar que la escuela es un lugar donde los niños pasan la mayor parte de tiempo, en ella se realizan numerosas actividades, las cuales implican riesgos, accidentes escolares o situaciones que requieren una actuación rápida por parte de los docentes.

Por lo tanto, si todos los profesores tuvieran conocimientos en primeros auxilios en el ambiente escolar habría alguien capaz de responder en caso de emergencia, de esta manera el presente artículo tiene como finalidad conocer la trascendencia de la intervención de la enfermera escolar, la cual es aquella profesional que, dentro del ámbito del centro escolar, tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados al alumnado de forma individualizada o coordinada dentro del equipo escolar, de modo directo, integral individualizado⁵.

El presente artículo tuvo como objetivo diagnosticar a la población docente sobre el conocimiento que tienen sobre primeros auxilios y con ello, proponer un programa educativo para que en un futuro puedan enfrentar los problemas de salud y accidentes escolares más comunes que ocurren en los estudiantes, de esta manera

podrán ser atendidos prestándoles primeros auxilios antes de la llegada de las autoridades de protección civil o traslado a un centro hospitalario en caso de presentarse una emergencia.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo con diseño descriptivo transversal⁶, el universo se conformó por 30 docentes con un muestreo censal, pues se seleccionó el 100% de la población al considerarla un número manejable de sujetos, con base en Ramírez (1997)⁷. La técnica fue la encuesta aplicada a los docentes de educación básica en Metepec. El instrumento implementado fue un cuestionario validado con 19 ítems⁸.

El cuestionario se aplicó a los docentes de educación preescolar y primaria para saber lo que conocen sobre primeros auxilios, considerando como criterios de inclusión: docentes de preescolar y primaria, un año de docencia previo, ambos sexos y personal directivo, administrativo y auxiliar de educación. Mientras que los criterios de eliminación fueron: cuestionarios incompletos, participantes que no hayan firmado el consentimiento informado.

Para la recolección de datos, se realizó la firma de consentimiento informado por cada uno de los participantes, y la investigación se apegó al Art. 100 de la Ley General de Salud en materia de investigación, así como al código de Helsinki.

Resultados

Los resultados que se mencionan a continuación corresponden a los datos sociodemográficos de los 30 docentes encuestados en un Centro Educativo de Metepec. La distribución por género mostró que la mayoría de los docentes es de género femenino 80.0% y solo el 20% lo representan las personas con el género masculino.

El rango de edad que predomina en la población en promedio es de 20 a 30 años, con un 67.6%, seguido del 17.6% que tienen entre diez y veinte años de docencia y, por último, el nivel educativo en el que trabajan arrojó que el porcentaje más elevado es en primaria, con 58% y preescolar con 42%.

Tabla No.1.

Datos sociodemográficos de los docentes.

Variable	Género	Edad		Años de docencia	Nivel en donde se imparte la docencia	
Masculino	20%	20-30	23 (76.6%)	10-20 (100%)	Preescolar	42%
Femenino	80%	31-40	6 (20%)		Primaria	58%
		+40	1 (3.3%)			

Fuente: Cuestionarios aplicados a los docentes de un Centro Educativo en Metepec, 2020.

Los resultados de la aplicación de una escala tipo Likert con 19 ítems que se aplicó a los docentes con la finalidad de identificar los conocimientos que tienen sobre primeros auxilios, deduce la necesidad percibida de contar con personal de enfermería en el área escolar.

Tabla No.2.

Accidentes escolares que se han presentado en la institución educativa.

Variable	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Actuación en crisis alérgica o asmática	14 46.6 %	12 40%	3 10%	1 3.3%	- -
Crisis epiléptica	19 63.3	10 33.3	- -	- -	1 3.3
Desmayo	19 63.3	10 33.3	- -	- -	1 3.3
Caída	23 76.6	6 20	- -	- -	1 3.3
Traumatismos o lesiones craneoencefálicas	23 76.6	6 20	- -	- -	1 3.3
Traumatismos o lesiones en miembros	23 76.6	4 13.3	2 6.7	1 3.3	- -
Traumatismos o lesiones en tórax y abdomen	23 76.6	6 33.3	- -	- -	1 3.3
Quemadura por fricción	1 3.3	3 10	12 40	14 46.7	- -
Herida pequeña	2 6.7	11 36.7	12 40.0	4 13.3	1 3.3
Hemorragia nasal	2 6.7	11 36.7	12 40.0	4 13.3	1 3.3
Asfixia	7 23.3	11 36.7	10 33.3	1 3.3	1 3.3
Maniobras ante un atragantamiento	18 60.0	7 23.3	4 13.3	1 3.3	- -

Fuente: Cuestionarios aplicados a los docentes de un Centro Educativo en Metepec, 2020.

Para continuar con el análisis, se planteó la pregunta de mencionar si alguno de los docentes ha tenido algún estudiante que, durante las horas de permanencia en el centro educativo, haya sufrido algún problema de salud y requirió atención urgente, de lo cual se identificó que el 83.4% si ha tenido algún alumno que requirió atención urgente, mientras que el 16.6% contesto que no.

Cifra que afirma lo que menciona la OMS², que, en la etapa preescolar y escolar, los accidentes son la causa principal de muerte en niños, lo que conlleva a que la mayoría de los docentes haya contestado que si ha tenido un alumno que requiera atención en primeros auxilios.

De acuerdo con los resultados obtenidos, 29 de los 30 docentes encuestados mencionan que cuentan con un botiquín de primeros auxilios dentro del aula de clase; sin embargo, mediante la observación por parte de la investigadora se identificó y comprobó que, si cuentan con el botiquín dentro del aula, pero este no cumple con las características y requisitos mínimos que marca la norma 005⁹.

Esto es divergente con las estadísticas ya presentadas, en las diferentes condiciones que requieren primeros auxilios, ya que en algunas situaciones más del 50% de los docentes aceptaron que no sabían qué hacer en circunstancias apremiantes como caídas, lesiones, fracturas o traumatismo, crisis epilépticas, por mencionar algunas.

Dentro de lo que refiere Cáceres et al¹⁰. menciona que actualmente los desconocen los aspectos elementales de los primeros auxilios, lo cual les imposibilita no solo ayudar a alguien que lo necesite, sino también ofrecer adecuados contenidos a los alumnos, a partir el reconocimiento de la necesidad e importancia del dominio de técnicas en donde se necesiten.

Todos los docentes concluyeron que es necesaria la incorporación de un profesional de enfermería en el centro educativo.

Como lo menciona Mori¹¹ el integrar enfermeras dentro de las instituciones educativas fortalecerá al primer nivel de atención, así como también permitirá el incrementar un buen control de la salud de la población educativa.

El 40% en su mayoría da su opinión de manera positiva a la instauración de programas formativos, estos dirigidos al personal docente de la institución educativa, mismo que reforzará el conocimiento que tiene el personal docente y de esta manera tendrá la capacidad de saber actuar correctamente ante un accidente.

Muñoz-Rojas¹² plantea la necesidad de implementación de enfermería para innovar la educación, por ende, la optimización y mejora ante las situaciones dentro de los contextos educativos, razón por la cual se forman guías didácticas, herramientas complementarias y programas para un buen ejercicio profesional.

Discusión

Las caídas, los esguinces, las heridas, y las fracturas se constatan con los accidentes y problemas de salud que con mayor frecuencia presentan en la institución de educación básica particular en Metepec.

La insuficiente formación en primeros auxilios y en el tratamiento de enfermedades crónicas, coinciden con los resultados obtenidos por Chacón (2020)¹³.

Con nuestro estudio, coincidimos con Francisco (2020)¹⁴, González y López (2012)¹⁵, quienes evidencian la necesidad de formar al personal docente en primeros auxilios y tratamiento de enfermedades crónicas, puesto que, el número de estudiantes que necesitan atención sanitaria específica para su patología es cada vez mayor.

El profesorado estudiado, percibe como necesaria la incorporación de la figura de la enfermera escolar en sus centros educativos, y destaca como actividad propia de la enfermera escolar, la formación de la comunidad educativa en hábitos de vida saludable, tal y como defienden Francisco (2020)¹⁴, Santos (2020)¹⁶.

La salud de la población infantil es un tema de actualidad en nuestra sociedad, pues existen diversos proyectos en los que se busca el bienestar de dicha población y educar para promover unos hábitos de vida saludables.

Algunas corrientes señalan que la educación para la salud en la escuela es competencia de la enfermería comunitaria, aunque la realidad evidencia que por su

carga de trabajo no puede desarrollarla adecuadamente¹³.

Por esto, convendría reflexionar sobre la instauración de la formación especializada en enfermería escolar, como una vía para conseguir que las instituciones políticas y sanitarias identifiquen esta figura como un agente promotor de salud, que repercuta positivamente en el sistema sanitario.

Conclusiones

Los accidentes (caídas, esguinces, fracturas) son los principales problemas de salud que aborda el profesorado en la institución de educación básica particular en Metepec.

Por ello, el profesorado expresa tener capacidad suficiente para actuar ante heridas pequeñas; hemorragias nasales; atragantamientos; desmayos; y traumatismos o lesiones en miembros.

Manifiestan tener capacidad insuficiente para actuar ante paradas cardiorrespiratorias; traumatismos o lesiones craneoencefálicas, abdominales o torácicas; quemaduras por agentes químicos; intoxicaciones; quemaduras por agentes eléctricos; hemorragias distintas a las nasales; y heridas grandes.

En nuestro estudio consideramos capacidad insuficiente cuando las respuestas a las preguntas han sido “nunca” o “muy pocas veces”, y capacidad suficiente cuando hayan sido “algunas veces”, “casi siempre” o “siempre”.

Por otra parte, el profesorado califica su formación en primeros auxilios de forma insuficiente, y consideran necesaria la instauración de programas formativos sanitarios.

Un alto porcentaje del profesorado considera necesaria la implantación de la figura de la enfermera escolar, cuya función es la de formar a los estudiantes, padres/madres y personal del centro en hábitos saludables.

Referencias

1. Martínez, L. Primeros auxilios: ¿Sabemos actuar frente a una emergencia? EFE SALUD. 2008. <https://cutt.ly/jOuOpx5> Recuperado en marzo 2019.
2. OMS. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales Accidentes escolares. 2013 <https://cutt.ly/FOuOXtK>
3. Hilario, C. Epistemología constructivista de Jean Peaget en el sistema educativo. 2005. http://online.aliat.edu.mx/adistancia/TeorContemEduc/U5/lecturas/T2_SEM5_PIAGET.pdf
4. Vived, E. Primeros auxilios en educación primaria: Reanimación cardiopulmonar y maniobra de Heimlich. Universidad de Valladolid. Tesis de Educación primaria. 2018. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39640/TFG-G3964.pdf>
5. OMS. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en niños. 2012. <https://cutt.ly/AOuA6c9>
6. Hernández, J. La asignatura pendiente que marca la diferencia entre la vida y la muerte. El imparcial. 2011. <https://cutt.ly/KOaqoLP>
7. Sampieri, R Metodología de la investigación. 6ta edición. Mc Graw Hill. 2014
8. Ramírez C., Tulio A. Cómo Hacer un Proyecto de Investigación. Caracas. Editor Tulio A. Ramírez C. 1997.
9. García Ferrando, M. La Encuesta. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid, España: Alianza Universidad. 1993
10. Cáceres, M., Castillo, N. et al. Beneficios del rol de enfermería en Salud escolar, implementación a nivel internacional. Revisión Sistemática. Horizonte De Enfermería, (2021). https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.32.2.192-211 7 en agosto 2021.
11. Mori, L. Bustamante E., et al. Competencias de la enfermera en instituciones educativas: una mirada desde los gestores educativos. Rev. Gaúcha Enferm. 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0152> en noviembre 2021.
12. Muñoz Rojas, Derby, Uso de guías didácticas en el Taller de Primeros Auxilios para Enfermería. Enfermería Actual en Costa Rica 2011. Recuperado abril 2022 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821178003>

12. Chacón, E. Enfermería Escolar: evolución desde sus inicios hasta la actualidad, Universidad de la Laguna.2020. <https://cutt.ly/fOawxpN>

14. Francisco B. Importancia del papel del enfermero en la salud escolar, Rev. N Punto III(3). 2020. <https://www.npunto.es/revista/26/importancia-del-papel-del-enfermero-en-la-salud-escolar>.

15. González, N., López L. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. 2012;15(7):50-54.<https://www.amece.es/images/1.antecedentes.pdf> en octubre 2021.

16. Santos H.E , Pelcastre NA, Ruvalcaba-Ledezma JC.. Impacto del enfoque constructivista en el proceso de nivelación de enfermería. JONNPR. 2020;5(1):91-103. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3281>

Adultos Mayores Adscritos a Casas de Cuidado Diario que viven escenarios de violencia

Older Adults Attached to Daily Care Homes
who experience scenarios of violence

Idosos Atendidos por Assistência Diária
que experimentam cenários de violência

Lorena Realivazquez Pérez¹
<https://orcid.org/0000-0002-9099-5720>

Heidi Rosario Solís Chaparro²
<https://orcid.org/0009-002-2240-6602>

María De Jesús Carrasco Cervantes¹
<https://orcid.org/0000-0003-4030-5055>

Martin Eduardo Sías Casas¹
<http://orcid.org/0000-0002-7053-9234>

Erika Yanet Portillo Siqueiros¹
<https://orcid.org/0000-0001-5636-0628>

¹ Universidad Autónoma de Chihuahua,
Facultad de Enfermería y Nutriología,
Chihuahua; México.

² Universidad Autónoma de Chihuahua,
Facultad de Enfermería y Nutriología,
Centro Universitario Parral, Chihuahua;
México.

Autor de Correspondencia:

Lorena Realivazquez Pérez

Correo electrónico:
realivazquez@uach.mx

Recibido: 22 mayo 2023

Aceptado: 15 junio 2023

Publicado: 11 julio 2023

ISSN: 2954-4459

Resumen

Objetivo: Describir las vivencias personales, impresiones y emociones de los adultos mayores con violencia en una institución de cuidado diario.

Metodología: Estudio cualitativo de diseño fenomenológico que evidenció las vivencias personales de los adultos mayores que viven en casa de cuidado y bajo escenarios de violencia o algún tipo de maltrato. Para la recolección de información se utilizó la observación participante, entrevista y diario de campo.

Se realizó trabajo artesanal por medio del método de Giorgi de cuatro pasos: Descripción, significados y categorización. Transformación en esquemas y síntesis.

Resultados: Realizado el trabajo artesanal emergieron dos categorías, primero, “El sentir del adulto mayor ante la situación de violencia”, seguido de “Un Cuidado en Descuido”.

Ambas categorías son testigos de los actos de

violencia que emergen bajo la apariencia de un adecuado cuidado institucional.

Discusión y Conclusiones: El adulto mayor experimenta una serie de emociones y sentimientos acompañados del pensamiento de abandono de la familia y amigos, además de la experimentación de actos de agresión y violencia disfrazados de un falso cuidado o bien un cuidado maquillado a la luz de los ojos externos como bueno y en la obscuridad y en privado teñido de angustia y dolor.

Palabras clave: Violencia, adulto mayor, casa de cuidado, asilo, maltrato.

Abstract

Objective: Describe the personal experiences, impressions and emotions of older adults with violence in a daily care institution.

Methodology: Qualitative study with a phenomenological design that evidenced the personal experiences of older adults who live in care homes and under scenarios of violence or some type of abuse. For the collection of information, participant observation, interview and field diary were used.

Artisanal work was carried out through the Giorgi method of four steps: Description, meanings and categorization. Transformation into schemes and synthesis.

Results: Once the artisanal work was done, two categories emerged, first, "The feeling of the elderly in the face of the situation of violence", followed by "Neglectful Care". Both categories are witnesses to acts of violence that emerge under the guise of adequate institutional care.

Discussion and Conclusions: The elderly experience a series of emotions and feelings accompanied by the thought of abandonment by family and friends, in addition to experimenting with acts of aggression and violence disguised as false care or care disguised in the light of external eyes as good and in the dark and in private tinged with anguish and pain.

Keywords: Violence, elderly, care home, asylum, mistreatment.

Resumo

Objetivo: Descrever as experiências pessoais, impressões e emoções de idosos com violência em uma instituição de acolhimento diário.

Metodologia: Estudo qualitativo com delineamento fenomenológico que evidenciou as vivências pessoais de idosos que vivem em asilos e em cenários de violência ou algum tipo de abuso. Para a coleta de informações, foram utilizados observação participante, entrevista e diário de campo.

O trabalho artesanal foi realizado através do método Giorgi de quatro etapas: Descrição, significados e categorização. Transformação em esquemas e síntese.

Resultados: Feito o trabalho artesanal, emergiram duas categorias, a primeira, “O sentimento do idoso diante da situação de violência”, seguida de “Cuidados negligentes”. Ambas as categorias são testemunhas de atos de violência que emergem sob o disfarce de acolhimento institucional adequado.

Discussão e Conclusão: Os idosos vivenciam uma série de emoções e sentimentos acompanhados do pensamento de abandono por parte de familiares e amigos, além de vivenciarem atos de agressão e violência disfarçados de falsos cuidados ou cuidados disfarçados à luz de olhares externos o escuro e em privado tingido de angústia e dor.

Palavras-chave: Violência, idoso, casa de repouso, asilo, maus-tratos.

Introducción

La violencia en el cuidado de los adultos mayores es una problemática creciente en todo el mundo. El maltrato que experimentan este grupo vulnerables es de tipo mental, físico y sexual, sin olvidar el abandono y abuso financiero o patrimonial que sufren por parte de familiares u otras personas ajenas a ellos.

Debido a su necesidad de ayuda por carecer de ser autosuficiente, es expuesto a sufrir de malos tratos, ocasionado a que su calidad de vida se vea mermada.

La prolongación de la esperanza de vida ha llevado a la aparición de una nueva etapa en la vida de las personas, a menudo denominada cuarta edad, la falta de tiempo por la inserción laboral de todos los miembros de la familia y los espacios

reducidos agravan este problema. De esta manera, los adultos mayores se convierten en una carga. Entregándolo a una institución, agencia o casas de cuidado diario¹.

La situación de violencia en los asilos en México es un tema de gran preocupación. Las personas mayores que residen en asilos a menudo están expuestas a diferentes formas de violencia, que van desde el maltrato físico hasta el abuso emocional y la negligencia.

Estas situaciones de violencia pueden tener efectos devastadores en la salud y el bienestar de los residentes de los asilos.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México se registraron más de 1,500 denuncias por violencia hacia las personas mayores en 2021.

Estas cifras reflejan una realidad alarmante y solo representan una fracción de los casos reales, ya que muchas víctimas no denuncian por miedo o falta de recursos para hacerlo².

Un estudio realizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) reveló que aproximadamente el 25% de los adultos mayores que residen en asilos en México han experimentado algún tipo de maltrato. Este maltrato puede provenir tanto de los propios empleados de los asilos como de otros residentes.

La falta de personal capacitado y la escasa supervisión son factores que contribuyen a esta situación³.

La violencia en los asilos también puede manifestarse en forma de negligencia, donde se descuida el cuidado adecuado de los residentes.

Un informe del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) señala que la falta de higiene, la mala alimentación y la falta de atención médica son problemas comunes en muchos asilos en México⁴.

Múltiples estudios han evidenciado que las condiciones de salud de los adultos mayores institucionalizados son precarias, debido a una mala atención por parte del cuidador, por maltrato de tipo psicológico, negligencia y exclusión, manifestado por desesperanza, soledad, tristeza, enojo y depresión; se agrega que el estar internado en un asilo o casa de cuidado diario, disminuye la calidad de vida del adulto mayor⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸.

Es fundamental abordar este problema de manera integral. Se requiere una mayor supervisión y regulación de los asilos, así como la implementación de programas de capacitación para el personal, que incluyan la promoción del trato digno y respetuoso hacia las personas mayores.

Además, se deben establecer mecanismos efectivos para recibir y procesar denuncias de violencia en los asilos, brindando apoyo y protección a las víctimas.

Por lo tanto, el propósito de este estudio cualitativo buscó describir las historias de vida, los sentimientos y las emociones de los adultos mayores afectados por el abuso y/o por algún tipo de violencia vivida, dentro de estas casas de cuidado diario.

Metodología

El diseño del estudio fue de corte cualitativo fenomenológico⁵, para explorar las experiencias de vida y las apreciaciones de los adultos mayores que viven en una casa de cuidado diario.

Con anterioridad dicho estudio fue revisado y aprobado por el Comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

Los adultos mayores en situación violencia fueron abordados en una casa de cuidado diario donde vivían previa firma del consentimiento informado y autorización de los directivos del lugar, quienes proporcionaron un lugar cómodo, fecha y horario conveniente para la recolección de la información.

Se utilizó como técnica la entrevista, la observación participante y el diario de campo y registro de datos y como instrumento se elaboró una guía semiestructurada de cinco preguntas generadoras del diálogo entre el investigador y el adulto mayor, se exploró las emociones y sentimientos, así como los rasgos de violencia que viven en la casa de cuidado diario.

La entrevista fue grabada, previa autorización y firma del consentimiento informado para después ser transcrita tal como fue expresada por los adultos mayores.

La determinación del número de participantes se basó en la saturación de datos, es decir, una vez que las preguntas ya no producen nuevos elementos de significado, las cuales fueron identificadas por la abreviatura AM para adultos mayores, seguida de la numeración correspondiente.

La investigación se apegó en todo momento a los principios éticos de beneficencia y no maleficiencia, se buscó proteger la dignidad, la integridad e intimidad y sobre todo la vida de los participantes.

Se garantizó la confidencialidad de la información personal de cada adulto mayor⁶⁻⁷.

El análisis de la información se realizó de acuerdo a la fenomenología de Husserl⁸, enfocando su filosofía de la experiencia vivida lo cual implica dejar las categorías predeterminadas y permitir que el fenómeno se exprese en sus propios terminas de manera natural tal y como se vive.

En primer lugar se procedió a transcribir la entrevista, los trechos transcritos fueron leídos línea por línea para lograr adentrarse a la historia y esencia del fenómeno de estudio, lo anterior permitió identificar unidades de significado mismos que fueron codificados para crear las categorías de análisis.

Resultados

A continuación se describen las categorías y los relatos desde la perspectiva de los adultos mayores que viven en una casa de cuidado diario de la ciudad de Chihuahua. En primer lugar se describe la categoría uno “El Sentir del Adulto Mayor”, seguido de “Un Cuidado en Descuido”.

El sentir del adulto mayor ante la situación de violencia

Los adultos mayores experimentan una serie de emociones y sentimientos como resultados de su actual condición al estar inmersos en un nuevo lugar llamado para algunos hogares pero para otros será siempre un lugar frío, desconocido y nunca aceptado.

Es aquí donde emerge la expresión del porque están en una casa de cuidado:

(...) “Yo no tengo a nadie, ni madre, ni padre, ellos murieron cuando yo era muy joven, me case pero mi esposa murió muy joven, tengo un hijo, pero él vive en otra ciudad, y me visita muy poco por no decir que nunca me visita. Él me ayuda a pagar aquí” (AM-1).

(...) “Llegar a esta edad de soledad no es bueno, es una tristeza profunda, seguimos respirando, pero de manera interna ya no vivimos, hay un dolor inexplicable, hay ausencia, ya solo quedan los recuerdos (AM-2).

(...) “Este no es mi hogar, no es mi casa, no me gusta estar aquí, pero me tienen a la fuerza” (AM-4).

Los adultos mayores sienten que ya no hay ninguna persona que los acompañen en esta etapa de vida, sus padres y varios amigos ya no están, y sus hijos o familiares los llevan a estos lugares por diferentes cuestiones y/o necesidades, en ocasiones los familiares solventan los gastos que se generan en estos lugares para posterior hacerlos sentir agradecidos por este gesto, aun con estas bondades ellos no dejan de percibir la soledad diariamente.

Su decisión no siempre es estar en estos lugares y lo manifiestan de la siguiente manera:

(...) “Al principio me visitaban todos mis hijos y nietos, no sufría porque me sentía importante para ellos... pero poco a poco me dejaron de visitar.... Ya no viene nadie, no llaman, no se de ellos ya no me acuerdo cuando fue la última vez que vinieron a verme” (AM-3).

(...) “Me trajeron aquí a este asilo y me dejaron, no he visto a mis hijos desde hace tiempo, un día quise llamarles y el número que tengo ya no existe, me quede sola” (AM-4).

El alejamiento y abandono de la familia son sin duda, detonantes para que el adulto mayor pueda experimentar un sentimiento negativo de exclusión, son motivos para desencadenar la depresión en este grupo vulnerable.

Esto puede ser un factor detonante para que el adulto mayor reduzca las ganas de seguir adelante, la expresión recabada más común, en los adultos mayores es la tristeza. Las justificaciones del abandono de los hijos se describen a continuación.

(...) “Mi hijo no quería traerme al asilo, pero no puede cuidarme en casa, porque trabaja mucho y mi nuera no trabaja, pero cuida a los niños y no puede cuidarme a mí también, me gustaría ayudarles, pero ya no puedo caminar mucho y soy una carga para ellos” (AM-5).

(...) “Espero que venga mi hija por mí, porque me dijo que solo estaría aquí un tiempo, a mí no me gusta estar aquí, yo tengo mi casa grade y muy bonita pero mi hija dice que tengo que estar aquí para que me cuiden (AM-6).

A medida que pasa el tiempo el adulto mayor manifiesta una pérdida irremediable, donde se hace presente situaciones complejas dentro de la casa de cuidado diario, por un lado la obligación de la costumbre y por otro a lo que se le llamo un cuidado en descuido.

Un Cuidado en Descuido

El cuidado en descuido al adulto mayor hace referencia a la situación que viven como residentes de estas casas, donde no reciben el cuidado y la atención adecuada que necesitan para su bienestar físico, emocional y social.

Este descuido puede manifestarse de diferentes maneras y tiene consecuencias negativas significativas para la calidad de vida de las personas mayores.

En este sentido, no se puede asumir que todas las vivencias sean malas dentro de la organización de estas instituciones, existen también eventos festivos durante el año, ejemplo de estos son el día de la madre, día del padre, navidad, año nuevo y festividades culturales que animan a estés grupo vulnerable, en ocasiones vienen a visitar personas de fuera estos lugar y motiva a los adultos mayores y los hace agradecidos con quienes trabajan en el hogar de ancianos así como para trabajadores de la salud que ahí mismo laboral.

Lamentablemente el esperado cuidado de amor y atención también es a veces enmascarado por acciones o expresiones poco saludables para los mayores, tal como lo expresan los adultos mayores:

(...) “No hago más que estar acostado y en esta silla y nadie hace por moverme, lo malo de vivir aquí es que también somos invisibles, si no hablamos y no nos movemos mejor para los que nos cuidan” (AM-3).

(...) “En una ocasión por error me dieron otro medicamento que no era mío, y me puse muy mal, me llevaron a urgencias y ellos dijeron que yo me lo había tomado cuando ellos fueron los que se equivocaron. Eso pasa muy frecuente” (AM-1)

(...) “Contratan a muchachitos jóvenes que son irrespetuosos nos hablan feo o nos apuran para hacer las cosas, cuando claramente no tenemos la agilidad que ellos creen” (AM-4).

Es evidente que el cuidado símbolo de esperanza y protección se encuentra de manera superficial solo cuando es evaluado o justificado ante las miradas ajenas, el verdadero significado es un descuido que genera dolor, angustia, impotencia y desesperanza, es así entre lágrimas que el adulto mayor expresa lo siguiente:

(...) “Esto ya no es vida, yo lloro mucho por mis hijos, porque me dejaron aquí donde no me quieren, estas muchachitas que nos cuidan me dicen cosas feas y en ocasiones hasta me pellizcan cuando me bañan... que por que tardó mucho en moverme (AM-2)

Discusión

Los resultados de la presente investigación se sustentan en la construcción de dos categorías que emergieron después del análisis, que permitieron describir las vivencias personales, impresiones y emociones de los adultos mayores que viven situaciones de violencia en una institución de cuidado diario de la ciudad de Chihuahua.

En primer lugar se describe “El sentir del adulto mayor”, es aquí donde lamentablemente se idealiza lo que debe o debería ser envejecer, el cuento de hadas donde el adulto mayor vive y goza de plena salud y armonía dentro del hogar.

Este hogar se traduce en el internamiento de una casa de cuidado diario donde las reglas y principios deben ser cumplidos y acatados.

Los adultos mayores participantes de este estudio refieren soledad, angustia y desesperación al verse inmersos en una institución que no logran aceptar como hogar.

Al respecto algunos estudios refieren que la soledad aumenta en la etapa de la vejez, sin olvidar que la muerte del compañero (a) de vida, el distanciamiento de los hijos, la pérdida de la movilidad, el no poder ser autoosuficientes, sin dejar de lado los padecimientos propios de esta edad, la baja autoestima son algunos de los factores que contribuyen a la soledad en la vejez.

La soledad es una experiencia subjetiva que se percibe como negativa y que a su vez se asocia con tristeza, mal humor y ansiedad, según él es el peor mal de la vejez⁹.

Una casa de cuidado diario para el adulto mayor es un espacio de convivencia continua, pareciera que no existe la soledad, si embargo no es así, se encontró evidencia sobre la depresión y ansiedad que algunos de ellos presentan, además de argumentar que estos espacios no son ni serán nunca su casa o su hogar.

El internamiento de este grupo vulnerable genera estados depresivos debidos múltiples pérdidas como lo son: La pérdida de la independencia, las relaciones familiares, sociales y laborales, así como la destrucción de sus pertenencias; además, la ayuda y el cuidado que brindan los trabajadores de la salud genera un sentimiento de impotencia e indefensión en los adultos mayores¹⁰.

Lo anterior nos llevó a describir la segunda categoría “un cuidado en descuido” y que evidenció que el cuidado que se ofrece en estas instituciones, pueden ser solo la imagen que se presente hacia el exterior en la sociedad y por otra lado existe la percepción que tiene el adulto mayor desde sus propias vivencias.

Waldow expresa su comprensión ante el cuidado como: Una forma de vida, de ser, de autoexpresión, de posición ética y estética ante el mundo.

Es un compromiso de estar con el mundo y promover el bienestar general,

la conservación de la naturaleza, oportunidades; la dignidad humana y nuestra espiritualidad, es contribuir a la historia y a la construcción de una vida de conocimiento.

El cuidado es, en este sentido, una posición ética relacionada con el cuidado de las personas sanas y enfermas. Es simplemente la voluntad de ser una buena persona y por lo tanto también el deseo de cuidar¹¹.

En este sentido, si lo que se debe esperar del cuidado es compromiso, amor y entrega esta investigación manifiesta situaciones contrarias a tal efecto, se encontró en los relatos no solo el abandono, visualizó la violencia ejercida por los cuidadores, desde la poca conocimiento, apatía, violencia verbal, psicológica y la invisibilización del adulto mayor¹².

Al respecto Londoño-Quintero, & Cubides M., refieren que la formación de los profesionales de la salud responsables del cuidado de los adultos mayores es claramente fundamental. Estas deben ser personas con experiencia, con buena disposición y actitud para garantizar una buena atención a este tipo de población.

Los horarios laborales por lo general no logran ser exhaustivos y se espera que cada institución cuente con el personal suficiente para que los empleados no generen carga de trabajo¹³.

A su vez, la violencia psicológica de la que son víctimas los adultos mayores incluye amenazas, desprecios, humillaciones, desconocimiento de la presencia, obstrucción de las decisiones libres¹⁴.

Al mismo tiempo la violencia física también se hizo presente en esta investigación, los empujones, jalones, pellizcos formaron parte del supuesto cuidado que ofrece esta casa de cuidado, es así como el estudio de Manthorpe, Martineau, & Penhale, donde se analizaron 77 informes de incidentes de violencia en 20 asilos diferentes.

Se encontró que el 35% de los incidentes de violencia fueron causados por el personal de atención de la salud, mientras que el 65% restante fue causado por residentes, visitantes y otros¹⁵.

Otro elemento que se une a esta lista de maltrato es la discriminación, esto lo reporta estudio realizado en Brasil, el cual encontró que la discriminación es un problema común en los asilos, y que los adultos mayores de bajos ingresos y los de origen étnico o racial minoritario son particularmente vulnerables¹⁶.

Este estudio hizo evidente la falta de calidad y calidez que un adulto mayor necesita en su vida y mayormente cuando estos se encuentran en una casa de cuidado diario, diversas investigación hacen referencia a la imagen del adulto mayor, estos como improductivos y pasivos, donde la carga de trabajo del personal, estrés emocional, estrés por situaciones no relacionadas con el trabajo, enfermedades psicopatológicas, consumo de drogas pueden ocasionar maltrato al adulto mayor dentro de la institución.

Por lo tanto, un adulto mayor maltratado necesita un cuidado amoroso, un cuidado humano holístico que incluya todos los aspectos de la persona, biológico, psicológico y social, atención de calidad y empatía por los adultos mayores que merecen pasar sus últimos días con dignidad y respeto.

Conclusiones

Con base al análisis realizado además de la revisión detallada de la literatura, se concluye que el sentir del adulto mayor ante la situación de violencia se percibe negativo ante la soledad y abandono de la familia, además de que presenta, rasgos y huellas de violencia tanto física y psicológica sin olvidar la invisibilización de la cual son víctimas.

Esto arroja como resultados que el estado emocional de los adultos mayores se ve influencia por depresión y ansiedad.

El adulto mayor merece vivir en esta etapa en condiciones dignas y ser reconocidas social e infantilmente de la familia; aunque puede haber algunas situaciones de estilo de vida y por desafortunadas relaciones personales, también es cierto que el entorno inmediato de la vejez puede diseñarse para dar dignidad, respeto y cariño a este creciente grupo de personas¹⁷.

Las medidas más importantes en la prevención y detección temprana del maltrato y violencia a mayores son: La implementación de legislación y normativa adecuada, puede ayudar a prevenir y abordar estas consecuencias negativas, brindando protección y cuidado integral a los adultos mayores, incrementar y monitorear la disponibilidad y uso de los recursos policiales, detectar el maltrato a mayores, compartir información y generar conciencia¹⁸.

El maltrato y abuso de los adultos mayores en casas de cuidado o también conocida como estancias de cuidado diario o asilos es una problemática seria que requiere una respuesta integral.

La implementación de normativa y legislación en los asilos es esencial para establecer estándares de calidad de atención, prevenir el maltrato y garantizar el bienestar de los adultos mayores.

Es fundamental promover una cultura de respeto y dignidad dentro de la sociedad, así como a toda estancia de reposo, donde se brinde un cuidado adecuado y se protejan los derechos de este grupo vulnerable.

En los adultos mayores han cesado sus funciones metabólicas y fisiológicas pero no se puede olvidar que en ellos también se encuentra una gran fuente de sabiduría¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁹.

Conflicto de intereses

Los autores de la presente investigación manifiestan no tener conflicto de intereses con la institución de procedencia o la casa de cuidado diario de adultos mayores, ni durante la realización del estudio o en la redacción del documento.

Referencias

1. Adams C. Yuly, Maltrato al Adulto mayor institucionalizado, realidad e invisibilidad. Rev Med. 2021; 23.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas sobre la violencia hacia las personas mayores en México, 2021 <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>
3. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Estudio sobre la violencia en los asilos en México. Ciudad de México, 2021: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/202112/IE_Derechos_2021.pdf
4. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Informe sobre la situación de los asilos en México. Ciudad de México, 2021 http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
5. Herrera Rodríguez José Ignacio, Guevara Fernández Geycell Emma, Munster de la Rosa Harold. Los diseños y estrategias para los estudios cualitativos. Un acercamiento teórico-metodológico. Gac Méd Espirit 2015 Ago; 17(2): 120-134.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000200013&lng=es.
6. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1964. <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinkrev.htm#principio>.
7. Informe Belmont Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Recuperado: [www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx]
8. Duque H, Aristizábal Díaz Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. Pensando Psicol. 7 de noviembre de 2019;15(25):1-24. <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/2956>
9. Quintero Á, Henao ME, Villamil MM, León J. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. Biomedica. 2015; 35(1): 90-100. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>

10. Cerquera Cordoba Ana Mercedes. Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucara Manga, Bogotá Colombia, 2007; 7(1): 271-281.
11. Waldow. Cuidar: Expresión humanizadora, palabra ediciones, 2008.
12. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Lancet Glob Health. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. 2017.Feb;5(2): e147-e156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104184>
13. Londoño-Quintero, N., y Cubides, M. Maltrato al adulto mayor institucionalizado – una revisión sistemática. Salud UIS. 2021, 53. <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21022>
14. M.J. De Valle-Alonso, I.E. Hernández-López, M.L. Zúñiga-Vargas y P. Martínez-Aguilera Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria 2015;12(1):19-27. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a4.pdf>
15. Manthorpe, J., Martineau, S., & Penhale, B. Violence and abuse in home-based care: The experiences of paid care workers. Journal of Social Work, 2018, 15(3), 237–255. DOI:10.1108/JAP-07-2020-0025
16. Sousa, A. S., Martins, D. R., Silva, F. M., Silva, R. C., & Santos, M. R. Discrimination in nursing homes: A study in Brazil. Journal of Aging & Social Policy. 2021;33(2), 159-175. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0403>
17. Castro MV, Brizuela SJ, Gómez MJ, Cabrera J. Adultos mayores institucionalizados en el hogar de ancianos fray mamerto esquiú. Rev margen de trabajo social. 2010; 59 (1):1-18. <http://www.margen.org/suscri/margen59/cast.pdf>
18. Ruelas MG, Pelcastre BE, Reyes H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. Salud pública de México.2014;54(6):631-637. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-6342014000600013
19. Ferrer, TC., y Franco-Bárceñas, S. Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa de reposo. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018: 16-22. <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2018/vol26/no1/2.pdf>

Gestión del Cuidado de Enfermería: Revisión Integrativa

Nursing Care Management: An Integrated Review

Gestão do Cuidado de Enfermagem: Revisão Integrativa

Adita Rocio Medina Quispe¹
<https://orcid.org/0000-0001-5570-0053>

Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval²
<https://orcid.org/0000-0002-1773-6669>

¹ Hospital Regional, Unidad de Cuidados Intensivos, Lambayeque; Perú

² Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de Enfermería Tumbes; Perú

Autor de Correspondencia:

Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval

Correo electrónico:
liyasa45@hotmail.com

Recibido: 31 mayo 2023

Aceptado: 15 junio 2023

Publicado: 11 julio 2023

Resumen

Objetivo: Identificar la evidencia científica sobre gestión del cuidado de enfermería.

Metodología: Revisión integrativa utilizando las siguientes etapas: identificación del problema, pesquisa bibliográfica, evaluación de los datos, análisis de los datos e informe.

Fue realizada la búsqueda bibliográfica electrónica en el mes de abril del 2021, en las siguientes bases de datos: CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature) e Cochrane, LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), Medline/PUBMED (National Library of Medicine and National Institutes of Health).

Los criterios para inclusión de publicaciones definidas para esta revisión eran: artículos completos publicados en el período de 2010 a 2020, en inglés, portugués y español presentando resumen para un primer análisis y centrarse en la gestión del cuidado como tema de objeto de la revisión.

ISSN: 2954-4459

Todas las etapas fueron validadas por dos revisores, la búsqueda se realizó por acceso en línea desde marzo a julio 2020, finalmente fueron incluidos 11 artículos.

Resultados: Del análisis de los artículos emergieron cuatro categorías: uso de instrumentos para la valoración de la gestión de cuidado, uso de los talleres para favorecer la integración de los enfermeros, las estrategias para empoderar y visibilizar la gestión del cuidado de enfermería, la importancia de la gestión del cuidado en la formación para los cambios pedagógicos.

Discusión y Conclusiones: Se resalta la evidencia científica que soporta la teoría sobre la gestión del cuidado de enfermería, en diversas áreas de desempeño; haciendo uso de instrumentos para la valoración de la gestión de cuidado en áreas organizacionales, de supervisión y control de sus recursos, uso de los talleres para favorecer la integración de los enfermeros en actividades de gestión en donde se desempeña, las estrategias para empoderar y visibilizar la gestión del cuidado de enfermería como integrantes del equipo de salud que lidera el cuidado continuo y holístico, la importancia de la gestión del cuidado en la formación para los cambios pedagógicos que fortalecen la formación de nuevos recursos de enfermería con competencias de gestión de cuidado de enfermería.

Palabras clave: Gestión del cuidado, administración, enfermería.

Abstract

Objective: To identify the scientific evidence in nursing that theoretically support the issue of nursing care management.

Methodology: Integrative review using the following stages: problem identification, bibliographic research, data evaluation, data analysis and report.

The electronic bibliographic search was carried out in April 2021, in the following databases: CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature) and Cochrane, LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), Medline / PUBMED (National Library of Medicine and National Institutes of Health).

The criteria for inclusion of publications defined for this review were: full articles published in the period from 2010 to 2020, in English, Portuguese and Spanish presenting abstract for a first analysis and focusing on care management as the subject of the review.

All the stages were validated by two reviewers, the search was carried out by online access from March to July 2020, finally 11 articles were included.

Results: Four categories emerged from the analysis of the articles: use of instruments for the assessment of care management, use of workshops to favor the integration of nurses, strategies to empower and make visible the management of nursing care, the importance of care management in training for pedagogical changes.

Discussion and Conclusions: The scientific evidence that supports the theory on nursing care management, in various areas of performance, is highlighted; making use of instruments for the assessment of care management in organizational areas, supervision and control of their resources, use of workshops to promote the integration of nurses in management activities where they work, strategies to empower and make visible the management of nursing care as members of the health team that leads continuous and holistic care, the importance of care management in training for pedagogical changes that strengthen the training of new nursing resources with care management competencies Nursing.

Keywords: Care management, administration. Nursing.

Resumo

Objetivo: Identificar la evidencia científica sobre gestión del cuidado de enfermería.

Metodología: Revisión integrativa utilizando las siguientes etapas: identificación del problema, pesquisa bibliográfica, evaluación de los datos, análisis de los datos e informe.

Fue realizada la búsqueda bibliográfica electrónica en el mes de abril del 2021, en las siguientes bases de datos: CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature) e Cochrane, LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), Medline/PUBMED (National Library of Medicine and National Institutes of Health).

Los criterios para inclusión de publicaciones definidas para esta revisión eran: artículos completos publicados en el período de 2010 a 2020, en inglés, portugués y español presentando resumen para un primer análisis y centrarse en la gestión del

cuidado como tema de objeto de la revisión. Todas las etapas fueron validadas por dos revisores, la búsqueda se realizó por acceso en línea desde marzo a julio 2020, finalmente fueron incluidos 11 artículos.

Resultados: Da análise dos artigos emergiram quatro categorias: utilização de instrumentos para avaliação da gestão do cuidado, utilização de oficinas para promover a integração do enfermeiro, estratégias para empoderar e visibilizar a gestão do cuidado de enfermagem, importância da gestão do cuidado na formação para mudanças pedagógicas.

Discussão e Conclusão: Destacam-se as evidências científicas que sustentam a teoria sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem, nas diversas áreas de atuação; utilização de instrumentos para avaliação da gestão do cuidado nas áreas organizacionais, supervisão e controle de seus recursos, utilização de oficinas para favorecer a integração do enfermeiro nas atividades gerenciais em que atua, estratégias para empoderar e visibilizar a gestão do cuidado de enfermagem como membro da equipe de enfermagem. equipe de saúde que lidera o cuidado contínuo e holístico, a importância da gestão do cuidado na formação para mudanças pedagógicas que fortaleçam a formação de novos recursos de enfermagem com competências de gestão do cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Gestão do cuidado, administração, enfermagem.

Introducción

Desde los inicios la gestión del cuidado de enfermería nace con un paradigma en donde toma como referencia a Florence Nightingale en sus inicios a su llegada a Scutari (Turquía) en donde logró llevar a cabo una gran misión resolviendo problemas del entorno, falta de higiene, con número reducido de urinarios, agua no potable, ropa de cama contaminada, etc.

Sumado a ello los problemas de hipotermia, infecciones parasitarias, de heridas y otras enfermedades oportunistas¹.

Todo ello mejoro rápidamente mediante intervenciones con uso de recursos de enfermería organizando el servicio realizando la gestión de los cuidados.

El término gestión, hace referencia al conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, cuyo resultado influye en la utilización de recursos; en enfermería cita al conjunto de acciones ejecutadas por el profesional en enfermería para cuidar que representa variables de eficiencia, eficacia y efectividad, susceptibles de ser mejoradas mediante la aplicación de técnicas y métodos que garanticen la óptima calidad³, concluyendo de esta manera que, los sistemas de salud no podrán operar sin profesionales de enfermería, indicando que no perciben como útil el trabajo que brindan y además considera un problema sindical, una administración altamente burocratizada y por lo tanto mejorarla implica para los políticos y economistas en salud reducir los costos contratando el menor número de enfermeras profesionales².

La gestión del cuidado de enfermería; hace un énfasis en difundir entre los responsables de la Dirección de los Servicios de Enfermería, los elementos conceptuales para la Gestión del Cuidado, su importancia para garantizar la calidad y algunos modelos que pueden ser aplicados en las instituciones de salud².

Se evidencia en el ordenamiento de la gestión del cuidado dentro de la organización del sistema de salud, cuando la comprensión de las organizaciones ayuda a identificar y manejar el conflicto de roles y funciones; por ello los enfermeros participan activamente en el cuidado directo, asimismo en gestión del control de infecciones, investigación, docencia aplicando estándares profesionales en las organizaciones en constante transformación⁴.

Sin embargo, hasta la fecha las acciones de mejora poco han satisfecho las expectativas de los usuarios; se continúa implementado acciones para la mejora de los cuidados con calidad; en la actualidad la función asistencial enfermería cuenta con protocolos y guías, con dificultades en la adherencia, aplicación, posterior validación y actualización de las mismas, siendo de ellas la minoría validadas; la baja asignación de personal y aun así existe falencias en cuanto a la programación de recurso; en horas administrativas, asistenciales, escaso seguimiento y continuidad del trabajo iniciado; resultado de la ausencia de presupuesto para la gestión en el departamento de enfermería, el cual en la mayoría de regiones en el Perú no existe, la asignación sin mérito para ocupar cargos; siendo los problemas más álgidos la sobrecarga laboral, inexistencia, desfase u desconocimiento de protocolos, etc. lo que resulta que a la fecha haya una brecha de aproximadamente 9000 enfermeros para suplir el trabajo en todos los espacios, igual escenario se evidencia con la función de enfermería en el área de investigación.

Otro aspecto de resaltar de la realidad en la gestión del cuidado es que la mayoría de los servicios donde la enfermera se desenvuelve, atraviesan carencias de insumos y equipamiento, así como, de un plan de mantenimiento preventivo de equipos.

En el ámbito personal se evidencia personal desmotivado, la comunicación deficiente, reflejado en la formación de recursos de enfermería es netamente académica y con escaso porcentaje en formación de habilidades blandas y/o gerenciales, sumado a ello deterioro en las relaciones interpersonales, problemática de los servicios aunado a ser una profesión que trabaja de cerca con la persona en todo su contexto, las 24 horas, los 365 días del año desde el nacimiento y aún de espaldas a la muerte, asumiendo un rol holístico en el cuidado de la persona.

El rol que asume enfermería en la gestión del cuidado, lo toma con un enfoque global desde el espacio donde desarrolla su experiencia de trabajo bajo una perspectiva integral en un sistema de salud establecido a través de una red de hospitales, puestos de salud, gerencias, etc. que cuenta con tecnología, accesible a la población, en donde debe planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de atender con la mejor eficacia posible, los objetivos de la organización^{5,6}.

Que incluya un proceso holístico como competencias organizacionales, corporativas, de roles y de posición las cuales deben estar asociadas a un desempeño específico con valor cuantificable, insumo útil y demás compensaciones⁷, enfocado al ser humano como unidad importante en el proceso holístico, de esta manera se distingue la naturaleza humana, y en donde se percata de que hasta ese momento su vida ha transcurrido sin esa luz por lo que se abre a dimensiones nuevas^{8,9}; ello enriquecerá el conocimiento de uno mismo y de su entorno, de esta manera aportando de manera positiva al desempeño profesional.

Frente a esta problemática se buscó investigaciones sobre la gestión del cuidado a fin de asegurar propuestas basadas en evidencia científica que aporten a visibilizar la prestación de los cuidados de enfermería en los diversos escenarios de práctica, en este punto donde la investigadora se pregunta ¿Cuál es la evidencia sobre la gestión del cuidado? se hace necesario analizar la búsqueda, y discutir conceptualizaciones que presente la evidencia; a pesar que a nivel nacional existe insuficiente investigación sobre la gestión del cuidado de enfermería lo que justifica una

revisión de producción científica internacional sobre el estado del arte de la gestión del cuidado de enfermería, cuyo objetivo es identificar la evidencia científica sobre gestión del cuidado de enfermería.

En vista que la gestión del cuidado como centro de la disciplina de la enfermería se pretende dar una mejor comprensión y favorecer el cambio organizacional, mejorar la gestión hospitalaria y optimizar el uso de los recursos asignados.

Metodología

Se trata de una revisión integrativa utilizando las siguientes etapas: identificación del problema, pesquisa bibliográfica, evaluación de los datos, análisis de los datos e informe⁹.

Para la elaboración de este estudio, se siguieron los siguientes pasos: formulación del problema y pregunta de investigación junto con la elaboración del protocolo de revisión, aprobación de protocolo, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, organización de datos en categorías y presentación de resultados y conclusiones.

Primera etapa: *Definición de la pregunta de investigación estructurada en el formato del acrónimo PVO*: La pregunta fue formulada a través de la estrategia PVO (P= población, V=variables e O=resultado), que es una adaptación de la estrategia PICO (Paciente, Intervención, Comparación y Resultados)¹⁰ definiendo como Población: Enfermeras Variable: gestión del cuidado; Resultado: gestión del cuidado de enfermería. Para la identificación del problema, se adoptó la siguiente pregunta orientadora: ¿Cuál es la evidencia científica sobre la gestión del cuidado de enfermería?

Segunda etapa: *Establecimiento de criterios para la inclusión y exclusión de estudios/muestreo o búsqueda bibliográfica*. Fue realizada la búsqueda bibliográfica electrónica en el mes de abril del 2019, en las siguientes bases de datos: CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature) e Cochrane, LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), Medline/PUBMED (National Library of Medicine and National Institutes of Health).

Los criterios para inclusión de publicaciones definidas para esta revisión eran: artículos completos publicados en el período de 2010 a 2020, en inglés, portugués y español presentando resumen para un primer análisis y centrarse en la gestión del cuidado como tema de objeto de la revisión.

Para la búsqueda de datos se utilizaron los descriptores controlados por Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la biblioteca virtual en salud (BVS) y MeSH (Medical: “gestión del cuidado” y “administración”, con el operador Booleano Y, OR en sus respectivas traducciones. La búsqueda se realizó por acceso en línea desde marzo a julio 2020.

Análisis de los datos: A partir de la de la recopilación de datos, se encontraron 9044 estudios que se sometieron a la primera etapa de evaluación mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos en el protocolo de investigación.

Fueron establecidos los siguientes criterios de inclusión: estar disponibles en la integra, publicados en inglés, portugués o español, y que abordasen la gestión del cuidado de enfermería con delimitación temporal de 10 años.

Los criterios de exclusión fueron: disertaciones, proyectos de investigación, resúmenes publicados en resúmenes de eventos y editoriales, artículos que no tengan relación directa con el tema, y fueron excluidos los artículos duplicados.

Los artículos que estaban en más de una base de datos se consideraron duplicados y se eliminaron automáticamente. Por lo tanto, se obtuvo una muestra de 9044 estudios, CINAHL (1450), LILACS (16), Medline/PUBMED (7578) (Tabla No.1).

Posteriormente fueron seleccionados apenas los estudios que estaban disponibles en su totalidad, eran artículos que estuviesen en las lenguas portuguesa, inglesa y español, los ítems duplicados fueron descartados y por fin, los que restaron fueron revisados para saber se respondían a la pregunta problema.

Todas las etapas, fueron validadas por dos revisores. Finalmente, 11 estudios fueron incluidos en la revisión, los demás estudios fueron excluidos por no abordar el tema de gestión del cuidado de enfermería.

La búsqueda fue realizada bajo las recomendaciones del *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*. La recolección de los datos fue realizada a partir de la utilización de un instrumento validado para la necesidad de la investigación.

El cual, estuvo compuesto por los siguientes ítems: título del artículo, periódico, base de datos, autores, año, delineamiento del estudio, muestra, país, tipo de estudio y descripción de las metodologías de enseñanza en enfermería.

Tabla No.1.

Artículos localizados a través de búsqueda en las bases de datos de Marzo a Julio 2019 con descriptores y operadores booleanos.

Base de datos	PUBMED	LILACS	CINHAL	Total
Descriptores	(integrada) tw:(gestion de cuidado en enfermería) AND (instance:"regional") AND (year_cluster:("2015" OR "2016" OR "2017,OR"2018", OR "2019",OR "2020"))	administracion en enfermería AND year_cluster:("2015" OR "2014" OR "2017" OR "2017,OR"2018", OR "2019",OR "2020"))	(integrada) tw:(gestion de cuidado en enfermería) AND (instance:"regional") AND (year_cluster:("2015" OR "2016" OR "2017,OR"2018", OR "2019", OR "2020"))	03
Artículos encontrados	7578	16	1450	9044
Artículos seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión	1	2	154	157
Artículos seleccionados de acuerdo con la temática y afinidad a la búsqueda	1	1	9	11
Artículos repetidos entre las bases de datos repetidos entre las bases de datos				2
Total de muestra				11

Fuente: Elaboración Propia Lambayeque, Perú 2021

Finalmente, la etapa de presentación de los datos, constituida al elaborar las conclusiones del estudio, así como las preocupaciones y reflexiones acumuladas durante el proceso.

El presente estudio no necesitaba ser presentado a un Comité de Ética de Investigación porque es una revisión integradora⁹ y tiene fuentes de dominio

público utilizadas para su logro Se siguió estrictamente el fin cuidado ético en la búsqueda, análisis y discusión y presentación de resultados.

Resultados

Por los descriptores citados anteriormente, fueron encontrados 9044 artículos en la busca electrónica. Con la aplicación de los criterios de inclusión establecidos, fueron incluidos 14 artículos.

La diferencia entre publicaciones localizadas y el número de publicaciones seleccionadas se debe a que la mayoría de los artículos abordaron población diferente a la muestra objetivo para esta investigación.

Los resultados de los 14 artículos incluidos en esta revisión comienzan con artículos localizados a través de búsqueda en las bases de datos de marzo a julio 2020 con descriptores y operadores booleanos (Tabla No.1), una descripción de las características generales de cada una, como autor, año de publicación, país de realización y diseño de estudio (Tabla No.2).

Informaciones relevantes: la muestra, objetivo y área temática de los artículos incluidos publicados entre 2010 y 2020 (Tabla No 3). Selección de las categorías de la gestión de cuidado de enfermería (Tabla No 4).

Los artículos incluidos en el estudio fueron publicados en los años de 2010 a 2020; en países como Portugal 2 (14,2%), España 1 (7,14%), América Latina y el Caribe; 1 (7,14%), Guatemala 1 (7,14%), Perú 2 (14,2%), con mayor frecuencia en Brasil 4 (28,5%) y Chile 4 (28,5%).

Con relación al diseño de los estudios encontrados fueron: Un estudio multi-país (7,14%), un estudio descriptivo transversal (7,14%) un estudio exploratorio cuantitativo (7,14%), un estudio exploratorio cualitativos, un estudio cualitativo fundamentado en teoría, un estudio de validación (14,2%), un estudio de intervención (7,14%) un estudio de relato de experiencia (7,14%), dos estudios analíticos (14,2%) y la mayoría de los estudios cuatro (28,5%) estudios de revisión integrativa.

Tabla No.2.

Características generales de los artículos científicos, autores, año, país, diseño de estudio.

Autor, año	País	Diseño de estudio
Arévalo Ipanaqué JM, et al.2020 ¹¹	Perú -Brasil	Estudio exploratorio, multipaís
Carranza B. P; Chávarry Y. R, 2020 ¹²	Perú	Revisión Integrativa
Alonso AO, Duany OL, Samame CM, Paredes ORV, 2019 ¹³	Guatemala	Estudio analítico
Teresa Neves, et al., 2018 ¹⁴ .	Portugal	Estudio de validación de tipo cuantitativo, transversal, no experimental
Lara Vandresen, et al., 2018 ¹⁵ .	Brasil	Estudio de intervención
Teixeira Giacomasso V.MS, et al., 2018 ¹⁶ .	Brasil	Relato de la experiencia
Arcanjo Oliveira C. AL, et al., 2018 ¹⁷ .	Brasil	Estudio exploratorio-Cualitativo
Cristiana Dias S, et al., 2017 ¹⁸ .	Brasil	Estudio descriptivo-transversal
Guedes dos Santos JL., et al., 2016 ¹⁹ .	Brasil	Revisión integrativa
Acuña Aguayo F; Mella Moraga R, 2015 ²⁰ .	Chile	Estudio cualitativo, fundamentada en teoría
Valdebenito Pino J, et al., 2015 ²¹ .	España	Estudio descriptivo, de corte transversal
Ceballos-Vásquez P., et al., 2015 ²² .	Chile	Revisión integrativa
Rodríguez Campo V.A, et al., 2011 ²³ .	Chile	Revisión Integrativa
Esteño Agüero S, et al., 2010 ²⁴ .	Chile	Estudio Analítico

Fuente: Elaboración propia, Lambayeque, Perú, 2021

Se encontró que los 14 estudios aportan en manera cuantitativa y cualitativa de la gestión del cuidado en los hospitales, en la atención primaria y en la formación de recursos de enfermería.

En relación a las áreas temáticas fue identificado el uso de instrumentos para la gestión del cuidado de enfermería, valoración uso de talleres para favorecer la integración de los enfermeros, las estrategias para empoderar y visibilizar la gestión del cuidado de enfermería, evidencia de la importancia de la gestión del cuidado en la formación para los cambios pedagógicos. Cabe mencionar, que la mayoría de los estudios revisados aborda sólo un área temática (Tabla No.3).

Tabla No.3.

Información relevante de la muestra, objetivo y área temática de los artículos incluidos, publicados entre 2010 y 2020.

Autor	Muestra	Objetivo	Área temática
Arévalo Ipanaqué JM ¹¹ ,	Enfermeras especialistas de tres países	Analizar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la gestión del cuidado de enfermería desarrollada durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19.	Gestión del cuidado de enfermería
Carranza B. P; Chávay Y. R ¹² ,	Enfermeras del servicio de quemados	Mejorar la gestión de la calidad del cuidado enfermero en el servicio de quemados del Hospital Docente las Mercedes.	Gestión de la calidad del cuidado de enfermería.
Alonso AO, Duany OL, Samame CM, Paredes ORV ¹³ ,	Enfermeras en unidades de traumatología	Realizar un análisis de la gestión del cuidado de Enfermería a los pacientes con afecciones traumatólicas y ortopédicas.	Gestión del cuidado de enfermería.
Teresa Neves, et al. ¹⁴ ,	Enfermeros en el área hospitalaria	Evaluar las propiedades psicométricas de la versión portuguesa del Cuestionario de Compromiso Organizacional para el contexto de enfermería a través del análisis de confirmación y varianza, para evaluar la fiabilidad, la consistencia interna, la validez de constructo y la validez externa del instrumento.	Compromiso organizacional.
Lara Vandresen, et al. ¹⁵ ,	Enfermeros en su práctica en unidades de hospitalización.	Aplicar recursos de la tecnología PRAXIS® para la clasificación y dimensionamiento de profesionales de enfermería en una unidad de internación de un hospital universitario.	Gestión de unidades.
Teixeira Giacomasso V.MS, et al.,	Supervisores de un hospital público universitario.	Relatar la experiencia de desarrollar talleres como estrategia de intervención en una investigación -acción, buscando revisar el trabajo de la supervisión en enfermería hospitalaria.	Supervisión de enfermería hospitalaria.
Aranjo Oliveira C. ALA, et al. ¹⁶ ,	Gestoras de enfermería que ocupaban cargos de coordinación, gerencia, dirección y asesoría de los servicios de enfermería	Describir cómo los componentes del capital estructural son utilizados en la gestión de enfermeras en las organizaciones hospitalarias.	Gestión de las enfermeras en organizaciones hospitalarias.
Cristiana Dias S, et al. ¹⁸ ,	Miembros del equipo de enfermería de hospital privado	Identificar prioridades asignadas por equipo de enfermería relacionadas a factores asociados a satisfacción del trabajo y analizar la influencia de estos factores en la asistencia de enfermería en diferentes gestiones.	Gestión del equipo de enfermería y satisfacción en el trabajo.
Guedes dos Santos JL., et al. ¹⁹ ,	Docentes de enfermería	Analizar las estrategias didácticas utilizadas en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la gestión en enfermería.	Proceso de enseñanza y aprendizaje de la gestión en enfermería
Acuña Aguayo F; Mella Moraga R. ²⁰ ,	Enfermeras que se desempeñan en establecimientos de salud	Develar el significado del concepto de gestión del cuidado de las/os enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en los departamentos de salud municipal de la Novena Región, Chile	Gestión del cuidado de las/os enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria.
Valdebenito Pino J, et al. ²¹ ,	Enfermeros(as) de la institución, incluye cargos clínicos, supervisores(as) y encargados(as) de labores de gestión distinta de la gestión del cuidado.	Describir la valoración y conocimiento que los(as) enferme-ros(as) le otorgan a la Unidad de Gestión de Cuidado.	Conocimiento de la unidad de gestión de cuidado
Ceballos-Vásquez P., et al. ²² ,	Enfermeras dentro de sus ámbitos de desempeño.	Reflexionar acerca del concepto de gestión en enfermería con el fin de visibilizar a países latinoamericanos que han incorporado la gestión del cuidado a sus normativas, en específico la experiencia chilena y los aspectos legales que rigen la gestión del cuidado.	Gestión en enfermería.
Rodríguez Campo V.A, et al. ²³ ,	Profesionales de enfermería.	Describir la importancia de la Enfermería basada en la Evidencia como una estrategia relevante para el desarrollo con calidad de la Gestión del Cuidado.	Enfermería basada en la Evidencia como una estrategia relevante para el desarrollo con calidad de la Gestión del Cuidado.
Estefo Agüero S, et al. ²⁴ ,	Profesionales de enfermería.	Destacar la importancia de algunos aspectos necesarios para ejercer el rol de gestora de los cuidados de enfermería, en especial la importancia del liderazgo, y en este punto la habilidad de comunicación y la capacidad de toma de decisiones.	Importancia del rol gestora de los cuidados de enfermería.

Fuente: Elaboración propia Lambayeque- Perú 2021

En el análisis de los artículos se seleccionaron las categorías de la gestión de cuidado de enfermería: uso de instrumentos para la valoración de la gestión de cuidado, uso de los talleres para favorecer la integración de los enfermeros, las estrategias para empoderar y visibilizar la gestión del cuidado de enfermería y la importancia de la gestión del cuidado en la formación para los cambios pedagógicos (Tabla No.4).

Tabla No.4.

Analizando las categorías de gestión de cuidado de enfermería.

Autor	Muestra	Categoría	Evidencia
Arévalo Ipanaqué JM. ¹¹ , Alonso AO. ¹³ , Neves, Teresa et al. ¹⁴ , Vandresen, Lara et al, Arévalo Ipanaqué JM. ¹⁵ , Arcanjo Oliveira,C. ALA. ¹⁷ , Cristiana Dias S. ¹⁸ , Aguayo Acuña Fabiola, Mella Moraga Rebeca. ²⁰ , Valdebenito Pino J. ²¹ ,	Enfermeras especialistas de tres países. Enfermeras en unidades de traumatología Enfermeros en el área hospitalaria. Enfermeros en su práctica en unidades de hospitalización. Enfermeras que se desempeñan en establecimientos de salud Miembros del equipo de enfermería de hospital privado	Uso de instrumento para la valoración de la gestión de cuidado	-Matriz FODA estructurada en 19 aspectos de la gestión. -Proceso de Cuidado de Enfermería. -Cuestionario de Compromiso de Organizacional -Instrumento de clasificación de pacientes -Software PRAXIS® Entrevista a profundidad Cuestionario estructurado en la Teoría de Herzberg Entrevistas en profundidad cuestionario estructurado
Teixeira Giacomasso V.MS. ¹⁶ , Rodríguez Campo V. ²⁴ , Estefo Agüero S. ³	Supervisores de un hospital público universitario. Profesionales de enfermería.	Uso de los talleres para favorecer la integración de los enfermeros	-Planeamiento, desarrollo y evaluación de talleres. -Etapas de la Enfermería basada en la Evidencia -Importancia del liderazgo, y en este punto la habilidad de comunicación y la capacidad de toma de decisiones.
Ceballos-Vásquez P. ²² , Estefo Agüero S. ²⁴ , Valdebenito Pino J. ²¹ ,	Enfermeras dentro de sus ámbitos de desempeño Profesionales de enfermería. Enfermeros(as) de la institución, incluye cargos clínicos, supervisores(as) y encargados(as) de labores de gestión distinta de la gestión del cuidado,	Estrategias para empoderar y visibilizar la gestión del cuidado de enfermería	-Marcos legales a la profesión enfermera. -La gestión del cuidado es una labor rigurosa que requiere de análisis, deducción, discernimiento y conocimiento. -El liderazgo componente esencial de la gestión Capacidad de toma de decisiones. -Diseño de protocolos o guías clínicas para la actividad asistencial
Guedes Dos Santos JL. ¹⁹ , Rodríguez Campo V.A. ²³ ,	Docentes Enfermeras Enfermeras en establecimientos de salud	Importancia de la gestión del cuidado en la formación para los cambios pedagógicos	Métodos de trabajo independiente y trabajo en grupo en la enseñanza de gestión en Enfermería. -La formación profesional, desde pregrado con evaluación permanente con la lectura crítica. -Valoración de enfermería como facilitadores de la gestión de cuidado.

Fuente: Elaboración propia, Lambayeque-Perú 2021

El análisis de los datos permitió identificar los ejes que guían el estado del arte sobre gestión de enfermería a nivel internacional.

Así surgió el estudio cuatro categorías: uso de instrumentos para la valoración de la gestión de cuidado, uso de los talleres para favorecer la integración de los enfermeros, las estrategias para empoderar y visibilizar la gestión del cuidado de enfermería, la importancia de la gestión del cuidado en la formación para los cambios pedagógicos.

Uso de instrumentos para la valoración de la gestión de cuidado

La gestión del cuidado de enfermería en todo su contexto ha aportado instrumentos para valorar el impacto que genera al ser brindado, en detalle se evalúa la responsabilidad del profesional de enfermería en la organización, el compromiso de los recursos humanos con la carrera y la organización es crucial para el desarrollo personal, profesional y organizacional²⁵.

Cuanto desarrollo ha presentado el profesional de enfermería desde el momento del egreso y se mide con el impacto logrado en el tiempo²⁶.

El desafío de valorar la gestión del cuidado, llega a la protocolización de cuidados, respaldados en las teóricas de enfermería; trayendo de esta manera el beneficio de unificar criterios de atención de enfermería y poder lograr los más altos estándares de calidad de atención de enfermería.

No solo mejorar de forma superlativa la calidad de atención, además crear un ambiente propicio para la productividad, optimizando la comunicación y la utilización del recurso humano, como material²⁷.

Este paradigma de trabajo contribuye a la mejora de los Procesos con un Modelo de Gestión en la Atención de Enfermería centrada en integrar los aspectos de gestión por procesos con el fin de mejorar el servicio profesional en la atención de enfermería en beneficio del hospital, su prestigio, sus logros, pero principalmente en beneficio de los pacientes²⁸.

Asimismo, en otras realidades se aplica la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería, en cada espacio, con el uso de escalas que evalúan la calidad en

enfermería percibida por los pacientes²⁹.

Por otra parte, referirse a gestión del cuidado, suma una prioridad que es la calidad del cuidado, este concepto engloba la administración de todos los recursos necesarios y disponibles con el propósito de crear y desarrollar la estructura que brinde cuidados de enfermería óptimos, eficaces, oportunos y humanos con niveles de calidad que siempre tiendan a la excelencia.

Para que la gestión se realice es necesario que los responsables de la dirección de los servicios de enfermería en las diversas instituciones de salud, que otorgan cuidados de diferente nivel y clasificación, conozcan, analicen e incorporen los elementos conceptuales para la gestión del cuidado y desarrollen sus propios modelos de gestión, de acuerdo con las políticas, misión, visión y entorno institucionales³⁰.

Uso de los talleres para favorecer la integración de los enfermeros

La gestión del cuidado de enfermería enfoca al cuidado de la persona que brinda el cuidado de enfermería como pieza fundamental de inicio del proceso.

En la problemática vertida según la realidad observada, se evidencia profesionales desmotivados lo que suma a trabajar bajo estrés por la carencia de presupuestos y recursos asignados; ello contribuirá a intercambiar experiencias, reflexiones y propuestas para identificar dificultades en el proceso de trabajo que alejan a los supervisores de la gestión de la asistencia como la comunicación falla, el trabajo excesiva y la indefinición de atribuciones en el equipo son constantes identificadas en esta realidad³¹.

La esencia en la gestión del cuidado es la persona, siendo pertinente referirse a la manera como conduce a las personas que dirige “cuidar del cuidador” y el punto importante es la manera como desarrolla el liderazgo.

Existe múltiples teorías acerca de ello, como por ejemplo: del gran hombre, del carisma, del rasgo, de situación, de la contingencia, del camino hacia la meta, del liderazgo situacional, de transformación; notándose una ausencia de un modelo de liderazgo integrante; es decir que resalta de todas las anteriores hacia las personas o hacia las tareas, el líder, los seguidores o la situación son factores que influyen en la efectividad del liderazgo; por consiguiente lo más apropiado parece ser una

ser una integración de las teorías del liderazgo.

Los líderes necesitan ser conscientes de su propio comportamiento y de su influencia sobre los otros, de las diferencias individuales que se dan entre sus seguidores, de las características del grupo, de la motivación, de las estructuras de tareas, de los factores ambientales y de las variables situacionales, y ajustar su estilo de liderazgo de acuerdo a estos aspectos. El comportamiento de liderazgo requiere adaptabilidad³².

En ese sentido, el factor importante es la gestión de las emociones, juegan un papel importante, no sólo en los pacientes y sus familiares sino también en el equipo sanitario que trabaja en ellas, si bien es imposible abarcar todos los escenarios emocionales que puedan darse, existen unos sentimientos muy comunes que se deben conocer, profundizar y manejar para poder establecer una buena relación con la familia del paciente, con el paciente y con uno mismo.

Además, se debe tener en cuenta y aceptar que en algunas ocasiones esta buena relación no se consigue, lo cual hay también que aprender a aceptarlo³³.

Para poder tener un conocimiento de las emociones, primero se tiene que aprender a detectar las propias, con el objeto de observarlas y comprenderlas, y de ahí poder comprender a los demás.

Ya que las emociones no son exclusivas de algunas personas, sino que las tenemos todos, tenemos en nosotros un buen campo de observación.

Lo que nos diferencia a los unos de los otros es que no aparecen con la misma intensidad ni se manifiestan externamente de la misma manera³⁴.

Estrategias para empoderar y visibilizar la gestión del cuidado de enfermería

La gestión de los cuidados reside en lo esencial, de la disciplina, es decir, el centro de interés que emerge de las concepciones de la disciplina enfermera³.

Ahí radica la importancia el respaldo de las teorías y paradigmas de visión en donde se apoya la gestión del cuidado.

Los profesionales de enfermería a nivel mundial ejercen posturas paradigmáticas diferentes en relación a su noble trabajo, es de absoluta importancia estar frente al cuidado de personas en diferentes contextos y etapas de vida sumada a que el éxito dependerá de una adecuada planificación para la visibilización del mismo.

El enfoque central de esta particularidad de trabajo es proveer cuidados fiables y competentes con contenidos integrales para un cuidado ideal a las personas³⁵.

Es necesario atender áreas importantes como la comunicación efectiva, la colaboración, las estrategias de intervención en crisis, las estrategias para lidiar situaciones difíciles y de manejo de estrés, la investigación y la base de evidencias para enfermería, el pensamiento crítico y los aspectos legales relacionados a la práctica, los códigos de conducta profesional y derechos del paciente, entre otras áreas específicas de contenido inherentes al cuidado del paciente³⁵.

Todo ello documentado, con pautas en un plan sistematizado con el equipo de trabajo, dando crédito a todos los aportes recibidos.

La visibilización implica gestionar la financiación sanitaria y la gestión de riesgos en las enfermedades agudas, crónicas y terminales, dando lugar a sistemas de atención integrada.

La gestión está influida por las demandas del mercado y sus objetivos cambian rápidamente y con frecuencia⁷, lo cual hace que se dé una amplitud de aristas que sustentan la base del cuidado, siendo necesario referirse al tema importante que debe primar el liderazgo, las habilidades blandas entre ellas el factor de comunicación, siendo importante la conversión de las decisiones en acciones y tiene que haber una coherencia entre lo que se dice y lo que se hace.

Enfermería apunta hacia la búsqueda de soluciones, más allá de los problemas, por lo que se interesa en gestores que aporten en el campo y en la organización a resolver problemas, los que ocupan puestos claves necesitan personas que ayuden a solucionar problemas, ellos merecen la confianza, renovación y promoción de los mismos.

Por lo tanto, una óptima gestión del cuidado abocará a mostrar indicadores

que permitan evidenciar que la mortalidad hospitalaria haya disminuido, que las infecciones hospitalarias sean controladas, que los eventos adversos sean cada vez menores o se sitúen por debajo del estándar al 1%, que la satisfacción de los usuarios sea cada vez más alta, que la estadía en el hospital no sea una experiencia desagradable sino grata, con cumplimiento de logro de objetivos.

Importancia de la gestión del cuidado en la formación para los cambios pedagógicos

La gestión del cuidado de enfermería incluye la formación de profesionales tanto en el pregrado como en el posgrado.

Enfermería posee un amplio cuerpo de conocimientos y teorías que se aplican en la práctica a través de su método científico, el proceso de atención de enfermería.

La aplicación del mismo requiere del desarrollo de habilidades interpersonales, técnicas e intelectuales, dentro de las cuales el pensamiento crítico, la solución de problemas y la toma de decisiones adquieren un papel relevante²².

Desde la perspectiva de una pedagogía del cuidado, es importante para los educadores mediadores conocer la naturaleza humana y su forma de expresión en la conducta y determinar claramente los estímulos externos o agentes diversos que pueden influir sobre ella, en especial los contextuales - familiares, sociales, culturales, ambientales - los naturales - morfológicos, anatómicos, fisiológicos, patológicos - y los motivacionales - expectativas, interés, emociones, pasiones, necesidades²³.

Conclusiones

Esta revisión analizó la gestión del cuidado de enfermería a nivel internacional destacándose que la mayoría de estudios cuentan con un referencial metodológico cuantitativo y cualitativo, donde resalta la evidencia científica que soporta la teoría sobre la gestión del cuidado de enfermería, diversas áreas de desempeño; haciendo uso de instrumentos para la valoración de la gestión de cuidado en áreas organizacionales, de supervisión y control de sus recursos, uso de los talleres para favorecer la integración de los enfermeros en actividades de gestión

en donde se desempeña, las estrategias para empoderar y visibilizar la gestión del cuidado de enfermería como integrantes del equipo de salud que lidera el cuidado continuo y holístico, la importancia de la gestión del cuidado en la formación para los cambios pedagógicos que fortalecen la formación de nuevos recursos de enfermería con competencias de gestión de cuidado de enfermería; planteando de este modo aspectos que validen el cuidado enfermero, el liderazgo en el equipo de trabajo, la visibilización del trabajo enfermero y competencias formativas en los educandos en pre y posgrado; para ello se requiere de competencias y conocimientos necesarios para enfrentar lo que la sociedad espera de ellas/os.

Es así que la estrategia propuesta por la Enfermería Basada en Evidencia, lo que permite sustentar una gestión del cuidado de calidad segura y con satisfacción hacia el usuario interno como externo tomando las mejores decisiones a través de las evidencias disponibles, haciendo que las enfermeras/os sean respetados como profesionales con conductas responsables de cuidado frente a la sociedad.

Podemos desatacar que el trabajo de la enfermera gestora del cuidado y asegura que todas las personas involucradas en el cuidado del paciente obtengan la información necesaria para la continuidad y calidad de los cuidados que necesiten.

Siendo necesario que el profesional de enfermería debe estar muy preparado en estos aspectos y las escuelas de Enfermería tienen una responsabilidad en la formación del recurso humano de enfermería, el cual debe ser capaz de responder a los desafíos de nuestro rol de gestora de los cuidados de salud de la población.

Referencias

1. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. España: Elsevier; 2015.
2. Mulens Ramos .la gestión de enfermería desde las dimensiones del cuidado. Anierte-nic.net. 2018. http://www.aniortenic.net/archivos/trabaj_gestion_ivette.pdf
3. Martínez Riera JR. Pensamiento enfermero. Quo Vadis? Rev ROL Enf 2007; 30(4):295-296
4. Grove SK, Burns N, Gray J. Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Barcelona (ES): Elsevier; 2016.

5. Bogo PC, Bernardino E, Castilho V, Cruz EDA. O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):632-639. http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0632.pdf
6. Ayala Ricardo A. Enfermería Como Profesión: En busca de nuevas preguntas. *Cienc. enferm*. 2013; 19(2): 11-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200002>.
7. Marriner A. Guía de gestión y dirección de enfermería. 6ta ed. España: Elsevier; 2013.
8. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. *Rev. Cubana Enferm* 2017; 33(3): <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
9. Garcia AKA, Fonseca LF, Aroni P, Galvão CM. Strategies for thirst relief: integrative literature review. *Rev Bras Enferm* 2016;69(6):1148-55.
10. García J, Castellanos M. La difusión de las investigaciones y el formato IMRYD: Una pesquisa a propósito de la lectura crítica de los artículos científicos. <https://core.ac.uk/download/pdf/11881159.pdf>
11. Arévalo Ipanaqué JM, et al. Análisis multipaís de la gestión del cuidado de enfermería durante la pandemia por COVID-19. *Rev Cubana Enferm* 2020, 36(0). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3998>
12. Carranza Bustamante OL del C, Chávarry Ysla P del R. Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero en un Servicio de Quemados En Un Hospital Público Chiclayo *RECIEN*. 2020;10(2):194-0. <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/86>
13. Alonso AO, Duany OL, Samame CM, et al. Gestión del cuidado de Enfermería en la atención a los pacientes con afecciones traumatológicas y ortopédicas. *Rev Cub de Tec de la Sal*. 2019;10(4):2-8.
14. Neves, Teresa et al. Organizational commitment, psychometric qualities and invariance of the Meyer and Allen Questionnaire for Portuguese, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018. 26, e3021. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2407.3021>.
15. Vandresen, Lara et al. Clasificación de pacientes y dimensionamiento de profesionales de enfermería: contribuciones para una tecnología de gestión. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018, 39.e2017-0107. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0107>.

16. Vergílio, Maria Silvia Teixeira Giacomasso, Toledo, Vanessa Pellegrino y Silva, Eliete Maria. Talleres como propuesta democrática para cambios en el trabajo de supervisión en enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2018, 71(4) :2050-2054. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0286>.
17. Arcanjo Oliveira C. ALA, Fernandes JD, Mauricio MDALLD, Silva RMO, Barros CSMA, Romano CM. Capital estructural en la gestión de enfermería en hospitales. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2): e4880016. <http://ciberindex.com/index.php/tc/article/view/27230p/27230e>
18. Cristiana Dias-Silveira; Amanda Trindade Teixeira-de-Bessa; Graciele Oroski-Paes; Marluci Andrade Conceição-Stipp. Gestión del equipo de enfermería: factores asociados a la satisfacción en el trabajo. *Rev.Global Enfermería*. 2017. 16(47). <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00193.pdf>
19. Santos, José Luís Guedes dos et al. Estrategias Didácticas en el Proceso de Enseñanza-Aprendizaje de la Gestión en Enfermería. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2018; 27(2) <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001980016>.
20. Aguayo Acuña Fabíola, Mella Moraga Rebeca. Significado Práctico del Concepto Gestión del Cuidado en las Enfermeras/os que se desempeñan en Atención Primaria en Salud. *Cienc. enferm.* 2015 Dic; 21(3): 73-85. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000300007>.
21. Valdebenito Pino Jorge, Barquero Ana, Carreño María Elena. Gestión del Cuidado: Valoración y Conocimiento de Enfermeros(As) de un Hospital de la Región Metropolitana, Chile. *Cienc. enferm.* 2015Abr;21(1): 127-142.. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100012>.
22. Ceballos-Vásquez Paula, Jara-Rojas Ana, Stiepovich-Bertoni Jasna, Aguilera-Rojas Pamela, Vilchez-Barboza Vivían. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. *Enfermería Actual de Costa Rica* 2015 Dec; (29):108-118. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19733>.
23. Rodríguez Campo V.A., Paravic Klijn T.M..Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm. glob.* 2011Oct;10(24). <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020>.
24. Estefo Agüero Silvana, Paravic Klijn Tatiana. Enfermería en el Rol de Gestora de los Cuidados. *Cienc. enferm.* 2010 Dic; 16(3): 33-39. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>.
25. Lima MP, Costa VMF, Lopes LFD, Balsan LAG, Santos AS, Tomazzoni GC. Niveles de compromiso profesional y afianzamiento profesional de enfermeras de hospitales públicos y privados. *Rev. Latino-Am. Enfermería* 2015;23(6):1033-40. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0211.2646>.

26. Neves Teresa, Graveto João, Rodrigues Victor, Marôco João, Parreira Pedro. Compromiso organizacional, cualidades psicométricas e invariantes del cuestionario de Meyer y Allen para enfermeros portugueses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26: e3021. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2407.302>
27. Cáceres C. Protocolarización de cuidados críticos de enfermería según Virginia Henderson en la UTI Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce. 2016. Repositorio digital del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner. Fecha de búsqueda 10/03/2019. <https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/422?show=full>
28. Guanín A, Andrango M. Propuesta de un modelo de gestión por procesos en la atención de enfermería en el servicio de emergencias del Hospital Militar. 2015. Tesis de Maestría. Quito: EPN, 2015. <http://bibdigital.epn.edu.ec/handle/15000/10592>
29. Ramírez C. Perdomo A., Galán E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en Enfermería*. 2013; 31(1). Doi: <http://42-51.23460261.01214500>.
30. Ortega C, Suárez M. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería: Estrategias para su aplicación. Argentina: 2da edición. Panamericana. 2009.
31. Vergílio Maria Silvia Teixeira Giacomasso, Toledo Vanessa Pellegrino, Silva Eliete Maria. Talleres como propuesta democrática para cambiar el trabajo de supervisión en enfermería. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0286>.
32. Aragonés R, De Rojas J. Cuidados intensivos: atención integral al paciente crítico. España: Panamericana; 2016.
33. Pietro R, Torre M. Enfermería en cuidados intensivos: Prácticas integradoras. Argentina: Panamericana; 2019.
34. Hernández Ledesma Y, Fernández Camargo I, Henríquez Trujillo D, Lorenzo Nieves Y. Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2018; 8(2):46-53
35. Iafrancesco G. Pedagogía del Cuidado. Bogotá: Coripet; 2011.