

Revista Científica
FEMUAS



Julio-Diciembre 2024 Núm. 2

U N I V E R S I D A D A U T Ó N O M A D E S I N A L O A



e-ISSN (en trámite)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

Revista Científica FEMUAS

de la Facultad de Enfermería Mochis

Número 2, e-ISSN (en trámite)



Los Mochis, Sinaloa, México.

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

DR. JESÚS MADUEÑA MOLINA
Rector Titular

DRA. ARMIDA LLAMAS ESTRADA
Secretario General

DR. ELEAZAR ANGULO LÓPEZ
Secretaria de Administración y Finanzas

DR. JORGE MILÁN CARRILLO
Secretario Académico Universitario

DR. MARIO NIEVES SOTO
Director General de Investigación y Posgrado

DR. JESÚS ENRIQUE SÁNCHEZ ZAZUETA
Director General de Vinculación y Relaciones Internacionales

DR. LAURO CÉSAR PARRA ACEVIZ
Vicerrector de Unidad Regional Norte

DR. JOEL CUADRAS URIAS
Director General del Sistema Bibliotecario

DR. JUAN CARLOS GUZMÁN PRECIADO
Subdirector de Biblioteca Central “Francisco Segovia Ochoa” URN

DRA. FABIOLA HEREDIA HEREDIA
Directora de la Facultad de Enfermería Mochis

LIC. NIDIA ODETTE SANTANA RODELO
Coordinadora del Repositorio Institucional de Revistas Científicas

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Fabiola Heredia Heredia
Directora de la Revista Científica FEMUAS

Dr. Gustavo Alfredo Gómez Rodríguez
Editor Jefe

Dr. Felix Gerardo Buichia Sombra
Gestor Editorial

Dra. Guadalupe Adriana Miranda Cota
Soporte Técnico

MEC. José Vladimir Paredes Cuevas
Traductor y Corrector de Estilo

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Rosario Eduardo Apodaca Armenta
Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel 1
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8144-3457>

Dra. Carolina Valdez Montero
Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel 1
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087>

Dra. Rosario Edith Ortiz Felix
Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel 1
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5827-3218>

Dra. Patricia Enedina Miranda Felix
Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel 1
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7076-0991>

Dr. Mario Enrique Gámez Medina
Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel 1
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-4782>

Dra. Mariel Heredia Morales
Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel C
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5926-1537>

Dra. Jessica Guadalupe Ahumada Cortez
Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel 1
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0092-0221>

El Comité Editorial de la Revista Científica FEMUAS de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, agradece la colaboración realizada como pares evaluadores a investigadores de nuestra institución y de otras instituciones del país, así como autores e investigadores de nivel nacional e internacional pertenecientes a universidades, centros de investigación e instituciones tecnológicas. En reconocimiento a sus aportaciones, se divulgan sus nombres y procedencia, lo que permite una publicación de acceso abierto manteniendo la integridad del procedimiento de evaluación de la calidad en Revista Científica FEMUAS de la Facultad de Enfermería Mochis, Núm. 2, julio-diciembre, 2024.

CINTILLO LEGAL

Revista Científica FEMUAS Núm. 2, julio-diciembre, 2024, es una revista semestral, editada por la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, con domicilio en prolongación Ángel flores y justicia social s/n. Ciudad Universitaria, C.P. 81223, Los Mochis, Sinaloa. Teléfono: 6688126405. Editor responsable: Dr. Gustavo Alfredo Gómez Rodríguez. Por medio del Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR) se obtiene la Reserva de Derechos al Uso Exclusivo Núm. (04-2024-110614145300-102), eISSN: (en trámite). Cada artículo es obra original del autor, donde son reflejadas sus ideas y apreciaciones; el Comité Editorial y la Revista Científica FEMUAS, no se hacen participantes de dicha postura, por lo consiguiente el autor de cada artículo/texto será considerado legalmente responsable. La Revista Científica FEMUAS rechaza cualquier reclamación legal proveniente por la reproducción parcial o total de la información, y de plagio en los trabajos publicados. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor. Cada manuscrito está bajo la licencia Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 (CC BY-NC 4.0).

CONTENIDO

EDITORIAL

- Carta al Editor 7
Dr. Felix Gerardo Buichia Sombra, Gestor Editorial

ARTÍCULO ORIGINAL

- Conocimiento del Lavado de Manos en Profesionales de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel 8-30

Knowledge of Hand Hygiene Among Nursing Professionals in a Second-Level Hospital

Kimberly Nayely Guerrero Palma, María Elena Fernández López, Gregorio Cota Valenzuela, Casandra Aidee Soto Olivas, Cristina Isabel Heredia Aboyte

- Caracterización de las Prácticas Sexuales de Riesgo y la Práctica del Papanicolaou en Mujeres Adultas de Celaya, Gto. 31-46

Characterization of Risky Sexual Behaviors and the Practice of Pap Smears in Adult Women in Celaya, Gto.

Guadalupe de Jesús Corral Gil, José Manuel Herrera-Paredes

- Los conversatorios como Estrategia de Acompañamiento Académico y Emocional en la Transición del Cierre del Programa de la Carrera de Enfermería 47-64

Conversations as a Strategy for Academic and Emotional Support: Transition in the Face of the Closure of the Nursing Degree

Montserrat-Mariscal Delgadillo, María Guadalupe Loza Rojas, Diana Berenice Ortega Cruz, Jorge Fidel Coronado Ramírez, Jorge Ismael Alcalá Ortiz, Ana Lilia Fletes-Rayas

APORTE DE INNOVACIÓN PARA LA PRÁCTICA

- Programa para el Reconocimiento de Terapeutas Tradicionales Mexicanos en el Sistema Nacional de Salud 65-84

Program for the Recognition of Traditional Mexican Therapists in the National Health System

Luis Antonio Mancillas Berrelleza, Patricia Enedina Miranda-Félix, Jessica Jazmín Leyva-Perea, Lilia Karely de Jesús Moreno-Zavala

- Proceso de atención en enfermería en el ámbito comunitario: estudio de caso 85-106

Nursing care process in the community setting: case study

Mayra Mendoza Armenta, Tania Liliana López-Trujillo, Elia Celene Medina Osuna



Carta al Editor

Estimada comunidad académica:

En el marco del 60 aniversario de Fundación de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, presentamos con gran orgullo el número 2 de la Revista Científica FEMUAS, incluida en el Repositorio Institucional de Revistas Científicas de nuestra Universidad. El equipo editorial de este proyecto busca consolidarse como un medio de referencia en la difusión del conocimiento científico, promoviendo el intercambio de ideas y avances en el campo de la enfermería y las ciencias de la salud.

El segundo número de la revista FEMUAS incluye una serie de trabajos que abordan temas de relevantes para la práctica de la enfermería y la salud. Entre ellos, destaca el estudio sobre Conocimiento del Lavado de Manos en Profesionales de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel, que enfatiza la importancia de las medidas de higiene como pilar fundamental en la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Asimismo, se presenta la Caracterización de las Prácticas Sexuales de Riesgo y la Práctica del Papanicolaou en Mujeres Adultas de Celaya, Gto., un análisis que ofrece una visión crítica para la promoción de la salud sexual y reproductiva en contextos comunitarios.

Por otro lado, el artículo Los conversatorios como Estrategia de Acompañamiento Académico y Emocional en la Transición del Cierre del Programa de la Carrera de Enfermería propone un enfoque innovador que subraya la importancia del acompañamiento integral a los estudiantes en momentos de cambio. También se incluye el Programa para el Reconocimiento de Terapeutas Tradicionales Mexicanos en el Sistema Nacional de Salud, una iniciativa que resalta el valor de la Medicina Tradicional dentro del sistema sanitario actual. Finalmente, el artículo Proceso de atención en enfermería en el ámbito comunitario: estudio de caso ilustra la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería en escenarios comunitarios.

Con esta edición, reafirmamos nuestro compromiso de brindar un espacio para el análisis, la reflexión y la divulgación científica, en el que profesionales, investigadores, investigadoras y estudiantes puedan contribuir al desarrollo de la enfermería y la salud. Invitamos a nuestros lectores a explorar los contenidos de este número, con la certeza de que encontrarán aportaciones de gran valor que enriquecerán su práctica profesional y académica. Agradecemos a todos los autores y colaboradores cuyo esfuerzo y dedicación hacen posible la continuidad de este proyecto editorial.

¡Bienvenidos a este nuevo capítulo en la historia de FEMUAS!

Dr. Felix Gerardo Buichia Sombra

Gestor Editorial



Artículo Original

Conocimiento del Lavado de Manos en Profesionales de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel

Knowledge of Hand Hygiene Among Nursing Professionals in a Second-Level Hospital

Kimberly Nayeli Guerrero Palma¹

 <https://orcid.org/0009-0005-0414-9982>

María Elena Fernández López^{2*}

 <https://orcid.org/0000-0003-0784-9069>

Gregorio Cota Valenzuela³

 <https://orcid.org/0009-0001-8499-4430>

Cassandra Aidee Soto Olivas⁴

 <https://orcid.org/0009-0006-4779-3767>

Cristina Isabel Heredia Aboyte⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-9157-156X>

¹Estudiante de Licenciatura de Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

²Doctora en Educación, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa *

³Doctor en Educación, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

⁴Doctora en Educación, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

⁵Doctora en Educación, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

*Autor para correspondencia: maria.fernandez@uas.edu.mx

Recibido: 03/12/2024

Aceptado: 13/12/2024



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir y adaptar siempre que se cite adecuadamente la obra, no se utilice con fines comerciales y se comparta bajo las mismas condiciones que el original.

Resumen

Introducción: El lavado de manos es una de las medidas más efectivas y económicas para prevenir infecciones intrahospitalarias, que son comunes y graves en pacientes hospitalizados. En México, las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) afectan hasta un 21% de los pacientes hospitalizados y en unidades de cuidados intensivos la cifra es aún mayor. **Objetivo:** Describir el nivel de conocimiento del lavado de manos que poseen los profesionales de enfermería de un hospital de segundo nivel. **Metodología:** El estudio empleó un diseño descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 367 enfermeros y enfermeras, de los cuales se seleccionó una muestra de 189 participantes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Se utilizó un cuestionario con tres dimensiones del conocimiento sobre lavado de manos, basado en los protocolos de la OMS y el Ministerio de Salud de Perú, con un coeficiente de confiabilidad de 0.872. **Resultados:** Los resultados del estudio indican que, aunque la mayoría de los profesionales de enfermería (86.7%) conoce la principal vía de transmisión de microorganismos y el 94% reconoce la importancia del lavado de manos en momentos clave, existen deficiencias en la técnica. **Conclusiones:** El estudio muestra que, aunque los profesionales de enfermería tienen un buen conocimiento teórico sobre el lavado de manos, existen deficiencias en la aplicación correcta de la técnica. La capacitación continua es crucial, misma que garantiza la atención de calidad y prevención de infecciones en los pacientes. **Palabras claves:** Lavado de manos, Infecciones asociadas a la atención de la salud, Profesionales de enfermería

Abstract

Introduction: Hand hygiene is one of the most effective and economical measures for preventing healthcare-associated infections (HAIs), which are common and serious in hospitalized patients. In Mexico, HAIs affect up to 21% of hospitalized patients, with the rate being higher in intensive care units. **Objective:** The objective of this study was to describe the level of hand hygiene knowledge among nursing professionals in a second-level hospital. **Methodology:** A descriptive cross-sectional study design was used, with a population of 367 nurses, from which a sample of 189 participants was selected through non-probability convenience sampling, with a 95% confidence level and a 5% margin of error. A questionnaire was employed, measuring three dimensions of hand hygiene knowledge based on WHO protocols and the Ministry of Health of Peru, with a reliability coefficient of 0.872. **Results:** The results indicated that although most nursing professionals (86.7%) were aware of the main route of microorganism transmission and 94% recognized the importance of hand hygiene at key moments, there were deficiencies in the correct application of the technique. **Conclusions:** The study concluded that, while nursing professionals have a good theoretical understanding of hand hygiene, there are deficiencies in the proper application of the technique. Continuous training is crucial to ensure quality care and prevent infections in patients.

Key words: Hand hygiene, Healthcare-associated infections, Nursing professionals

Introducción

La transmisión de microorganismos a través de las manos del personal de enfermería en el entorno hospitalario es uno de los principales problemas clínicos y epidemiológicos asociados a la propagación de infecciones nosocomiales o intrahospitalarias. Estas infecciones aumentan significativamente las tasas de morbilidad y mortalidad a nivel global, generando pérdidas en la calidad de vida de los pacientes, mayor tiempo de hospitalización y una carga económica tanto para los individuos como

para los sistemas de salud. No obstante, estas infecciones pueden prevenirse mediante la implementación rigurosa de medidas de vigilancia, control y prevención, como la correcta aplicación de la técnica de lavado de manos, según los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017).

Según la OPS (2022), el lavado o higiene de manos es uno de los métodos más efectivos, eficientes y económicos para prevenir infecciones intrahospitalarias. Este procedimiento constituye un pilar fundamental del autocuidado y la prevención de complicaciones en pacientes hospitalizados. Además, está respaldado por la ciencia de la enfermería, reflejándose en indicadores de calidad de los cuidados. Para los profesionales de enfermería, la higiene de manos es una actividad esencial, especialmente al tratar a pacientes en condiciones críticas de salud, quienes requieren medidas estrictas de precaución para evitar complicaciones derivadas de una higiene inadecuada.

Las infecciones nosocomiales representan una de las principales causas de muerte y morbilidad en pacientes hospitalizados, generando un impacto considerable en su bienestar, en sus familias y en la salud pública. Entre estas, la neumonía es la más frecuente, seguida de las infecciones urinarias y las de heridas quirúrgicas. Los profesionales de la salud son una de las principales vías de transmisión de patógenos nosocomiales, al estar expuestos tanto a la flora residente como a patógenos de la flora transitoria adquiridos a través del contacto con personas u objetos contaminados. Estos microorganismos pueden sobrevivir en las manos del personal durante períodos variables, facilitando su propagación (OMS, 2016).

En México, la prevalencia de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) alcanza hasta un 21% de los casos de hospitalización, cifra que puede superar el 23% en unidades de cuidados intensivos, excediendo los estándares internacionales. Las IAAS prolongan la estancia hospitalaria entre 5.9 y 9.6 días, incrementan en un 6.9% la

probabilidad de mortalidad y, en promedio, los pacientes afectados permanecen hospitalizados 21.5 días. Cerca del 20% de estos pacientes fallecen durante su internamiento. Estas infecciones constituyen la tercera causa de muerte en la población general en el país, aunque se estima que hasta el 40% podrían prevenirse (Armijos et al., 2021).

La práctica adecuada del lavado de manos entre los profesionales de enfermería es fundamental, ya que constituye una estrategia clave para prevenir las infecciones nosocomiales y reducir la propagación de enfermedades en los hospitales. Estas infecciones generan una carga significativa para los sistemas de salud, afectando la calidad de vida de los pacientes y sus familias, además de aumentar los costos hospitalarios. Dado que los profesionales de enfermería están en contacto constante con pacientes y superficies contaminadas, su conocimiento y aplicación correcta de la técnica de lavado de manos es crucial para garantizar ambientes hospitalarios seguros. Estudiar el nivel de conocimiento en este grupo permitirá identificar áreas de mejora en la educación y práctica del cuidado, contribuyendo a la reducción de infecciones nosocomiales y al fortalecimiento de la seguridad del paciente en hospitales de segundo nivel.

Marco Teórico Conceptual

Los aspectos epidemiológicos y la relevancia del lavado de manos en el ámbito sanitario están estrechamente vinculados, ya que las manos representan la principal vía de transmisión de microorganismos responsables de diversas enfermedades.

Según la Organización Mundial de la Salud en 2016, el lavado de manos es fundamental para prevenir la propagación de patógenos en el entorno hospitalario, donde su transmisión depende de las actividades realizadas por el personal de salud. Este fenómeno, conocido como infecciones nosocomiales está asociado con la asistencia sanitaria y la falta de conocimiento y medidas preventivas adecuadas dentro del sector

salud. Como consecuencia, se genera un aumento significativo en los costos hospitalarios, lo que, además, implica una carga económica considerable para los sistemas de salud, los pacientes y sus familias, el problema también está relacionado con un incremento en la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, lo que puede ocasionar incapacidades y contribuir a la muerte prematura de los pacientes (OMS, 2016).

La Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 establece las directrices que deben seguirse para la prevención, monitoreo y control de las infecciones nosocomiales, que son una amenaza significativa para la salud de los pacientes que utilizan los servicios médicos en los hospitales. Esta norma es de cumplimiento obligatorio para todas las instituciones de salud que brindan atención médica, sin importar si pertenecen al sector público, social o privado dentro del Sistema Nacional de Salud, su objetivo es garantizar la seguridad de los pacientes y prevenir la propagación de infecciones adquiridas en los centros hospitalarios, asegurando la adecuada atención en todos los niveles del sistema de salud mexicano.

Por lo tanto, es esencial llevar a cabo iniciativas de promoción que fomenten la adopción de prácticas preventivas, especialmente aquellas relacionadas con las técnicas de lavado de manos, teniendo en cuenta los momentos clave en los que deben realizarse. El personal de enfermería debe ser considerado un grupo estratégico en estos esfuerzos, que, debido a la naturaleza de su trabajo, se encargan de procedimientos estrictos de asepsia, manejo de productos y materiales estériles, así como de ropa para procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, equipos y suministros de curación, estos elementos requieren una manipulación cuidadosa y con el nivel adecuado de asepsia para garantizar que el riesgo de transmisión de infecciones, tanto para los profesionales de salud como para los pacientes, se mantenga al mínimo (Hernández, 2016).

De acuerdo con (Mendoza, 2021) en una investigación titulada “Conocimiento de lavado de manos en las enfermeras pediátricas en los últimos 10 años”, la autora revisó

diversos estudios nacionales e internacionales con el objetivo de examinar el conocimiento y la práctica del lavado de manos entre enfermeras. Los resultados, muestran una variedad de situaciones: por un lado, algunas instituciones cuentan con enfermeras que han internalizado la técnica del lavado de manos y comprenden su relevancia en el cuidado del paciente pediátrico; por otro lado, un grupo reducido de estudios (10%) está en proceso de implementación de esta práctica, mientras que otro sector aún no reconoce las graves consecuencias que la falta de higiene de manos puede tener sobre la salud de los pacientes pediátricos, lo cual contribuye al incremento de las infecciones intrahospitalarias.

En su artículo de Córdor y colaboradores en 2018, “Nivel de conocimientos de higiene de manos en enfermeras y médicos de tres hospitales nacionales del Seguro Social de Salud, 2018”, en el cual utilizaron un cuestionario dividido en tres secciones, cuya evaluación se llevó a cabo utilizando una escala vigesimal. Identificaron, que el nivel de conocimiento sobre la higiene de manos era bajo tanto en enfermeras como en médicos, con una pequeña diferencia entre ambos grupos (13,3% frente a 13,6%).

Además, se observó una disparidad significativa en los niveles de conocimiento entre los diferentes subgrupos profesionales.

De acuerdo con datos publicados por la (OMS 2019), se estima que anualmente se registran alrededor de 450,000 casos de infecciones nosocomiales, las cuales pueden provocar hasta 32 muertes por cada 100,000 habitantes al año. Aunque estas cifras son alarmantes desde una perspectiva social, el impacto económico también es significativo, con un costo aproximado de 1,500 millones de pesos anuales. Se conoce que entre el 10% y el 15% de los pacientes hospitalizados adquieren alguna infección nosocomial, con una tasa de letalidad que puede alcanzar el 20% (Storr, 2017). En México, en 2021, se reportaron 40,128 casos de infecciones nosocomiales, lo que representó un aumento del 122.46% en comparación con años anteriores (Fundación IO, 2022).

Metodología

Diseño de estudio

El estudio se desarrolló bajo un diseño descriptivo de corte transversal, dado que su objetivo es describir la variable en cuestión en un momento específico. Este enfoque también se caracteriza por la recolección de datos en un único punto en el tiempo (Hernández et al., 2018).

Población, muestra y muestreo

La población del estudio estuvo compuesta por 367 profesionales de enfermería de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 24 y 60 años, que trabajan en un hospital de segundo nivel en el noroeste de Sinaloa, se utilizó una muestra de 189 participantes, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, los datos de la muestra fueron obtenidos a través del programa Netquest, lo que garantizó una representación fiel a la realidad del estudio, el muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, lo que permitió al investigador seleccionar a los sujetos con mayor accesibilidad y disponibilidad para participar en la investigación.

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería de ambos sexos.
- Profesionales de enfermería que trabajen en un hospital de segundo nivel.
- Profesionales de enfermería del área asistencial que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería en periodo de vacaciones o licencia durante la recolección de datos.
- Profesionales de enfermería que no deseen participar en el estudio. Profesionales de enfermería que no trabajen en el área asistencial.

Criterios de eliminación:

- Profesionales de enfermería que no respondan el cuestionario de manera completa (100%).

Instrumentos de medición

Para la recolección, se utilizó una cédula socio- demográfica para recabar información sobre las características de los participantes. además, se utilizó un cuestionario que evalúa el conocimiento en tres dimensiones: conocimientos generales (6 ítems), recomendaciones sobre el lavado de manos (3 ítems) y la técnica del lavado de manos (11 ítems). El cuestionario tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.872. Además, el cuestionario está basado en los protocolos de lavado de manos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Perú (MINSA). Cada pregunta del cuestionario tiene cinco opciones de respuesta, donde una respuesta correcta recibe 1 punto y las respuestas incorrectas o no respondidas reciben 0 puntos.

El conocimiento sobre el lavado de manos se midió en relación con los "cinco momentos" definidos por la OPS/OMS. (2017): antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después de la exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

Procedimiento de recolección de datos

Para iniciar la recolección de datos, primero se obtuvo la aprobación del comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería Mochis. Una vez aprobado, se solicitó la participación de los profesionales de enfermería. Se explicó el propósito del estudio y se envió un formulario de Google Drive a los supervisores de enfermería a través de un grupo de WhatsApp. Los supervisores reenviaron el formulario a los enfermeros de su respectivo turno, quienes debieron completar el cuestionario.

El formulario incluyó una carta de consentimiento informado y una cédula de datos personales (CDP). La participación fue voluntaria, y se les pidió a los participantes que acepten participar haciendo clic en una opción obligatoria que confirme su consentimiento. Tras aceptar, completaron la CDP y luego respondieron el cuestionario.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.00. Se utilizó estadística descriptiva, como frecuencias, proporciones y medidas de variabilidad, para describir las características de los participantes y los resultados del conocimiento sobre el lavado de manos. La confiabilidad del cuestionario se verificó mediante el coeficiente de correlación Alpha de Cronbach (Talavera & Rivas, 2011).

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos establecidos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos (Secretaría de Salud, 2014). Además, contando con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Enfermería Mochis. Se garantizó la protección de los derechos, la dignidad y el bienestar de los participantes, conforme a lo estipulado en la legislación vigente.

El consentimiento informado se obtuvo de cada participante, a quien se le informó sobre el propósito y el procedimiento del estudio, y tuvo la libertad de retirarse en cualquier momento sin que ello afecte su situación laboral. Además, se garantizó la confidencialidad de la información, y los datos recolectados fueron tratados de forma anónima.

Se cumplió con el principio de beneficencia, procurando el mayor beneficio para los participantes, y se aplicó el principio de no maleficencia, evitando cualquier daño. Asimismo, se respetó el principio de justicia, asegurando que todos los participantes recibieran un trato equitativo y que los recursos necesarios para la atención de salud sean distribuidos de manera justa (Mazzanti Di Ruggiero, 2011).

Plan de análisis de datos

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SPSS versión 22. Inicialmente, se verificó la confiabilidad del cuestionario mediante el cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach luego, se respondieron los objetivos de investigación mediante estadísticas descriptivas, tales como frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central, para obtener una visión detallada del conocimiento sobre el lavado de manos entre los profesionales de enfermería.

Resultados

En este capítulo se exponen los resultados del estudio, organizados de la siguiente manera: primero, se presentan los datos sociodemográficos de los profesionales de enfermería, clasificados por género, antigüedad, nivel académico y tipo de contrato. A continuación, se muestran los datos relacionados con las variables de conocimiento y práctica sobre el lavado de manos, desglosados por ítems según el cuestionario utilizado. Finalmente, se incluyen las pruebas estadísticas correspondientes, con el fin de dar respuesta a los objetivos establecidos en el estudio.

Los resultados muestran (tabla 1), un total de 150 participantes, 25 son hombres (16.7%) y 125 son mujeres (83.3%), lo que refleja una clara predominancia de enfermeras en la institución, lo cual es consistente con la tendencia general en la profesión, en cuanto a la edad, la mayoría de los enfermeros se encuentra en el grupo de 20 a 30 años, con 76 profesionales (50.7%), lo que sugiere que una proporción considerable de la muestra está en las primeras etapas de su carrera. Un 27.3% (41 enfermeros) tiene entre 41 y 50 años, mientras que 27 enfermeros (18.0%) tienen entre 31 y 40 años. Solo un pequeño porcentaje, 6 enfermeros (4.0%), pertenece al grupo de 51 a 60 años. Estos datos reflejan una mayor concentración de enfermeros jóvenes, lo cual podría indicar una renovación continua del personal, así como una posible mayor disposición para aprender y adoptar nuevas prácticas de salud.

Respecto al tipo de contrato, la mayoría de los enfermeros, con 69 participantes (46.0%), tienen un contrato base, lo que implica una mayor estabilidad laboral, mientras que 31 enfermeros (20.7%) tienen contrato interino y el 33.3% restante (50 enfermeros) se encuentra en otro tipo de contrato, esta distribución muestra una importante proporción de personal en condiciones laborales más precarias o temporales, lo que podría tener implicaciones en la continuidad de su participación en programas de capacitación o en la implementación de nuevas prácticas institucionales.

En relación con la antigüedad, el grupo más numeroso, con 88 enfermeros (58.7%), tiene entre 1 y 5 años de experiencia en la institución, lo que señala que la mayoría del personal es relativamente nuevo solo 3 enfermeros (2.0%) tienen más de 30 años de experiencia, mientras que 12 (8.0%) tienen entre 6 y 10 años, 22 (14.7%) entre 11 y 20 años, y 25 enfermeros (16.7%) tienen entre 21 y 30 años de antigüedad; esto indica que, aunque la institución cuenta con un porcentaje significativo de personal experimentado, la mayoría del personal tiene menos de 5 años de servicio, lo cual podría ser relevante para la evaluación de su conocimiento y prácticas en relación con el lavado de manos y otras intervenciones preventivas.

En términos de grado académico, la mayoría de los enfermeros, con 102 profesionales (68.0%), posee la licenciatura en enfermería, lo que refleja un nivel académico considerablemente alto, además, 28 enfermeros (18.7%) son maestros en enfermería, lo que sugiere que existe un número significativo de profesionales con formación avanzada, Sin embargo, también hay un 10.0% (15 enfermeros) con formación técnica en enfermería y un 3.3% (5 enfermeros) que son auxiliares de enfermería; esta distribución académica resalta una fuerte presencia de profesionales altamente capacitados, lo cual es importante para entender el nivel de conocimiento y práctica sobre el lavado de manos y otras intervenciones clínicas en el hospital.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los Participantes

	<i>F</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	25	16.7%
Femenino	125	83.3%
Edad		
20 años a 30 años	76	50.7%
31 años a 40 años	27	18.0%
41 años a 50 año	41	27.3%
51 años a 60 años	6	4.0%
41 años a 50 años	41	27.3%
51 años a 60 años	6	4.0%
Tipo de contrato		
Contrato Base	69	46.0%
Interino	31	20.7%
Otros	50	33.3%
Antigüedad		
1 a 5 años	88	58.7%
6 a 10 años	12	8.0%
11 a 20 años	25	16.7%
21 a 30 años	22	14.7%
Más de 30 años	3	2.0%
Grado académico		
Auxiliar de enfermería	5	3.3%
Enfermería técnica	15	10.0%
Licenciada en enfermería	102	68.0%
Maestra en enfermería	28	18.7%

Nota: $n=150$, $f=$ frecuencia, $\%=$ porcentaje

En relación con el nivel de conocimiento del lavado de manos de los profesionales de enfermería, respecto al lavado de manos, basado en una serie de preguntas sobre prácticas y procedimientos relacionados con esta técnica de higiene. Los resultados se dividen en dos categorías: aquellos que conocen la respuesta correcta y aquellos que no conocen la respuesta correcta.

En la primera pregunta, sobre la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes en los centros sanitarios, un alto porcentaje de, 130 enfermeros (86.7%), identificó correctamente la respuesta, mientras que 20 (13.3%) no lo hicieron. Esta alta proporción sugiere un buen nivel de conocimiento sobre los aspectos básicos de la transmisión de infecciones.

La segunda pregunta sobre la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención de salud reveló una distribución menos favorable. Solo 42 enfermeros (28.0%) respondieron correctamente, mientras que una gran mayoría, 108 profesionales (72.0%), no conocieron la respuesta correcta, lo que indica una importante área de mejora en el conocimiento sobre las fuentes específicas de infección en los entornos sanitarios.

Respecto a la tercera pregunta, que aborda el momento adecuado para realizar el lavado de manos, 141 enfermeros (94.0%) respondieron correctamente, mientras que solo 9 (6.0%) desconocían la respuesta. Este resultado muestra un alto nivel de conocimiento sobre cuándo se debe realizar esta práctica, un factor crucial para la prevención de infecciones nosocomiales.

En la cuarta pregunta, relacionada con el procedimiento más importante para el control y la prevención de las infecciones intrahospitalarias, 129 enfermeros (86.0%) dieron la respuesta correcta, mientras que 21 (14.0%) no lo hicieron. Esto resalta un buen nivel de conocimiento en relación con la prevención de infecciones, pero también señala un pequeño porcentaje de profesionales que no dominan esta información crítica.

La pregunta sobre el lavado de manos clínico mostró que 122 enfermeros (81.3%) conocían la respuesta correcta, mientras que 28 (18.7%) no. Esta diferencia podría sugerir que, aunque la mayoría tiene un buen conocimiento de los procedimientos básicos, aún persiste un porcentaje considerable de enfermeros que necesitan formación adicional en la técnica.

En cuanto a los materiales requeridos para el lavado de manos clínico, 131 enfermeros (87.3%) identificaron correctamente los materiales necesarios, mientras que 19 (12.7%) no lo hicieron. Este es un buen resultado que refleja que la mayoría está familiarizada con los insumos básicos para realizar correctamente el lavado de manos.

La séptima pregunta, referente a las recomendaciones para el lavado de manos clínico, obtuvo un resultado favorable con 138 respuestas correctas (92.0%) y 12 incorrectas (8.0%). Este resultado resalta una fuerte comprensión de las recomendaciones para la higiene de manos en el ámbito hospitalario.

En la pregunta sobre los materiales usados para el lavado de manos clínico, 91 enfermeros (60.7%) proporcionaron la respuesta correcta, mientras que 59 (39.3%) no lo hicieron. Aunque la mayoría conocía la respuesta correcta, casi un 40% de los participantes aún muestra deficiencias en este aspecto.

Finalmente, en cuanto al tiempo adecuado para el lavado de manos clínico, solo 48 enfermeros (32.0%) respondieron correctamente, mientras que una significativa mayoría de 102 enfermeros (68.0%) desconocían el tiempo recomendado para realizar la técnica correctamente. Este es uno de los puntos más débiles en el conocimiento, lo cual es crítico, ya que un tiempo insuficiente o inadecuado puede comprometer la efectividad del lavado de manos en la prevención de infecciones.

Tabla 2

Nivel de conocimiento del lavado de manos de los profesionales de enfermería

Ítem	Conoce		No conoce	
	F	%	F	%
1. ¿Cuál de las siguientes es la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes en los centros sanitarios? Señale sólo una respuesta	130	86.7%	20	13.3%
2. ¿Cuál es la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención de salud?	42	28.0%	108	72%
3. ¿Cuándo considera usted que se debe realizar el lavado de manos?	141	94%	9	6.0%
4. ¿Qué procedimiento considera usted más importante para el control y la prevención de las infecciones intrahospitalarias?	129	86%	21	14%
5. Con relación al lavado de manos clínico, señale la respuesta correcta	122	81.3%	28	18.7%
6. ¿Cuál es el requerimiento de material básico para el lavado de manos clínico?	131	87.3%	19	12.7%
7. ¿Cuál es la recomendación para el lavado de manos clínico?	138	92%	12	8.0%
8. Señale la respuesta correcta, respecto a los materiales usados para el lavado de manos clínico	91	60.7%	59	39.3%
9. El tiempo total para el lavado de manos clínico debe durar de:	48	32%	102	68%

Nota: $n=150$, f = frecuencia, %= porcentaje

Con relación a la eficacia de la técnica del lavado de manos de los profesionales de enfermería (tabla 3). Los resultados están desglosados por cada uno de los pasos de la técnica, con las respuestas divididas en "Conoce" y "No conoce".

En el primer paso del lavado de manos clínico, 74 enfermeros (49.3%) conocen la técnica correctamente, mientras que 76 (50.7%) no lo hacen, lo que indica una distribución casi equilibrada, con una ligera mayoría de enfermeros que no realizan este primer paso correctamente. En cuanto al segundo paso, 58 enfermeros (38.7%) responden correctamente, mientras que 92 (61.3%) no lo hacen, lo que señala una mayor deficiencia en el conocimiento de este paso en particular.

El tercer paso del lavado de manos muestra una baja tasa de conocimiento, ya que solo 36 enfermeros (24.0%) lo conocen correctamente, mientras que 114 (76.0%) no lo hacen, lo que refleja una falta considerable de conocimiento en una de las fases esenciales de la técnica. En el cuarto paso, la situación mejora ligeramente, ya que 81 enfermeros (54.0%) conocen el procedimiento, mientras que 69 (46.0%) no lo conocen, mostrando una mayor proporción de enfermeros familiarizados con este paso.

En el quinto paso, la tasa de conocimiento se reduce significativamente, ya que solo 27 enfermeros (18.0%) lo conocen correctamente, mientras que 123 (82.0%) no lo hacen, lo que pone de manifiesto una deficiencia importante en este aspecto de la técnica. En el sexto paso, 47 enfermeros (31.3%) lo conocen, mientras que 103 (68.7%) no lo conocen, lo que indica una gran área de mejora en el conocimiento de este paso crucial en el proceso de lavado de manos.

El séptimo paso muestra resultados similares al primer paso, con 74 enfermeros (49.3%) que lo conocen y 76 (50.7%) que no, indicando que nuevamente casi la mitad de los profesionales no realizan este paso correctamente. En el octavo paso, los resultados son casi idénticos, con 73 enfermeros (48.7%) que conocen el procedimiento y 77 (51.3%) que no, lo que subraya una falta generalizada de conocimiento en los pasos

intermedios de la técnica. El noveno paso es el que presenta la mayor deficiencia de conocimiento, ya que solo 22 enfermeros (14.7%) conocen la respuesta correcta, mientras que 128 (85.3%) no lo hacen, lo que sugiere una falta significativa en el conocimiento de este paso final de la técnica.

En cuanto al secado de manos, 50 enfermeros (33.3%) responden correctamente, mientras que 100 (66.7%) no lo hacen, lo que resalta una brecha importante en el conocimiento sobre este paso crucial para evitar la recontaminación después del lavado. Finalmente, en el último paso, el término del lavado de manos clínico, 139 enfermeros (92.3%) realizan el procedimiento correctamente, mientras que solo 11 (7.3%) no lo hacen. Este es el paso con la mayor proporción de enfermeros que conocen la técnica adecuadamente, lo que indica que, aunque hay deficiencias en varios pasos intermedios, el final del proceso de lavado de manos se ejecuta correctamente por la mayoría de los profesionales.

Tabla 3

Eficacia de la técnica del lavado de manos de los profesionales de enfermería

	Conoce		No conoce	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
10. Cuando usted realiza el primer paso del lavado de manos clínico, realiza lo siguiente:	74	49.3%	76	50.7%
11. Como segundo paso usted realiza lo siguiente:	58	38.7%	92	61.3%
12. En el tercer paso realiza lo siguiente:	36	24%	114	76%
13. Como cuarto paso usted realiza lo siguiente:	81	54%	69	46%
14. Como quinto paso usted realiza lo siguiente:	27	18%	123	82%

15. Como sexto paso usted realiza lo siguiente:	47	31.3%	103	68.7%
16. Como sétimo paso usted realiza lo siguiente:	74	49.3%	76	50.7%
17. Como octavo paso usted realiza lo siguiente:	73	48.7%	77	51.3%
18. Como noveno paso usted realiza lo siguiente:	22	14.7%	128	85.3%
19. Respecto al secado de manos después del lavado de manos clínico, señale lo correcto:	50	33.3%	100	66.7%
20. Al término del lavado de manos clínico usted realiza lo siguiente:	139	92.3%	11	7.3%

Nota: n=150, f= frecuencia, %= porcentaje

Conclusiones

Con base en los resultados de este estudio, cuyo objetivo fue medir el nivel de conocimiento sobre el lavado de manos entre los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel, se concluye que, en general, los participantes poseen un alto nivel de conocimiento respecto a la importancia y las recomendaciones para llevar a cabo esta práctica. Un 94% de los enfermeros identificaron correctamente los momentos clave para realizar el lavado de manos, y el 86.7% reconoció la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos. Asimismo, el 92% de los profesionales está familiarizado con las recomendaciones de la OMS para el lavado de manos clínico.

Sin embargo, los resultados revelaron una discrepancia importante entre el conocimiento teórico y la ejecución práctica de la técnica. Aunque un alto porcentaje de profesionales conoce la técnica, su implementación varía considerablemente. Por ejemplo, mientras el 92.3% indicó realizar correctamente el último paso del lavado de manos, solo el 49.3% aplica adecuadamente el primer paso, y el 76% no ejecuta correctamente el tercer paso. Esto evidencia que, aunque la formación teórica está bien establecida, la aplicación práctica presenta inconsistencias significativas.

Por lo tanto, es fundamental reforzar las acciones formativas relacionadas con la técnica de lavado de manos, haciendo énfasis en la práctica supervisada y en la evaluación continua. Para cerrar la brecha entre el conocimiento teórico y la acción práctica, es crucial implementar capacitaciones periódicas, supervisión directa y un seguimiento constante de las prácticas de higiene de manos. Estas acciones deben ser prioritarias para garantizar la eficacia de esta intervención, que es clave en la prevención de infecciones nosocomiales y en la mejora de la seguridad del paciente en el hospital.

Además, resulta relevante continuar investigando el fenómeno de las infecciones nosocomiales, identificando los factores que contribuyen a la prolongación de la estancia hospitalaria y evaluando el impacto de la higiene de manos en la prevención de dichas infecciones. El seguimiento riguroso del desempeño del personal de enfermería, como primer punto de contacto en la atención y prevención de la salud de los pacientes, será esencial para alcanzar estos objetivos y fortalecer los sistemas de cuidado hospitalario.

Conflicto de interés

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

Referencias

- Armijos, J. A. G., Cano, I. C. M., Coronel, A. A. R., & Clavijo, A. C. S. (2021).
Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud: Revisión sistemática.
Journal of American Health. <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/83>
- Condor, R., Gil, F., & otros. (2020). Nivel de conocimientos de higiene de manos en enfermeras y médicos de tres hospitales nacionales del seguro social de salud, 2018. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13(2), 141–145. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.132.664>
- Fundación iO. (2022). Aumento de infecciones hospitalarias en México en 2021. <https://fundacionio.com/>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill.
- Mazzanti-Di Ruggiero, M. L. Á. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista colombiana de bioética*, 6(1), 125–144. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189219032009>

- Mendoza, F. (2021). Conocimiento de lavado de manos en enfermeras pediátricas en los últimos 10 años. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Consultado el 03 de junio de 2023, en https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9579/Conocimiento_Mendoza%20Farfan_Jackeleen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Prevención de las infecciones nosocomiales: Guía práctica (2ª ed.). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67877/?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Por infecciones en hospitales, en México mueren al año 32 pacientes por cada 100,000 habitantes. Cámara de Diputados. Consultado el 03 de junio de 2023, en http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2019/Abril/1_2/1443-Infecciones-nosocomiales-representan-gran-costopara-las-finanzas-publicas
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2017). La higiene de manos salva vidas. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2017). La higiene de manos salva vidas. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>
- Secretaría de Salud. (2005). Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=3250451&fecha=29/12/2005
- Secretaría de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México.

http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wpcontent/Archivos/Normateca/DispGrales/ReglamentoLeyGeneralSalud_MaterialInvestigacion_Ago2014.pdf

Talavera, J. O., & Rivas, R. R. (2011). Estadística médica: Recopilación con fines didácticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(4), 401-405. http://revistamedica.imss.gob.mx/es/system/files/recurso_diverso/rm-recopcaic2.pdf



Artículo Original

Caracterización de las conductas sexuales de riesgo y la práctica del papanicolaou en mujeres adultas de Celaya, Gto.

Characterization of risky sexual behaviors and the practice of Pap smears in adult women in Celaya, Gto.

Guadalupe de Jesús Corral-Gil¹

<https://orcid.org/0000-0002-3770-9764>

José Manuel Herrera-Paredes^{2*}

<https://orcid.org/0000-0001-7631-5904>

¹Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería, División de Ciencias de Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México

²Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, Guanajuato, México*

*Autor para correspondencia: mherrera@ugto.mx

Recibido: 30/09/2024

Aceptado: 15/04/2023



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir y adaptar siempre que se cite adecuadamente la obra, no se utilice con fines comerciales y se comparta bajo las mismas condiciones que el original.

Resumen

Introducción: Las conductas sexuales de riesgo y la práctica del papanicolaou son aspectos que recobran importancia ante las cifras de morbimortalidad que se muestran en los diferentes informes de salud a nivel nacional e internacional; es por ello que las prácticas de autocuidado se convierten en capacidades fundamentales cuando se realizan de manera preventiva y no curativa. **Objetivo:** Describir la caracterización de las conductas sexuales de riesgo y la práctica del papanicolaou en mujeres adultas de Celaya, Guanajuato en el periodo agosto-diciembre 2023. **Metodología:** Estudio aplicado, cuantitativo y descriptivo, no experimental, transversal; se tuvo una muestra de $n=366$ mujeres adultas de 18 a 59 años, con vida sexual. Se emplearon el cuestionario CSR (2019) y el instrumento APAS de toma de citología vaginal. **Resultados:** La escolaridad prevalente fue nivel bachillerato (58.2%) con ocupación de estudiante universitaria (59.8%); el 19.7% nunca se había realizado la prueba del papanicolaou y no tenían intención de realizarla próximamente. Las características principales de las conductas sexuales de riesgo son (9.6%) nunca usar preservativo y (31.4%) contar con múltiples parejas sexuales. **Conclusión:** El determinar características en grupos poblaciones favorecen a la planeación de intervenciones de cuidado específicas; con base a los resultados se identifican conductas sexuales de riesgo, donde la educación para la salud como método preventivo no ha resultado eficiente ya que los determinantes sociales e importancia comunal puede influir en la práctica del autocuidado (baja práctica de Papanicolau).

Palabras clave: Papanicolaou, conducta sexual, mujeres.

Abstract

Introduction: Sexual risk behaviors and the practice of pap smears are aspects that regain importance in view of the morbimortality figures shown in the different health reports at national and international level; that is why self-care practices become fundamental capabilities when performed in a preventive rather than curative manner. **Objective:** To describe the characterization of sexual risk behaviors and the practice of Pap smears in adult women in Celaya, Guanajuato in the period August-December 2023. **Methodology:** Applied, quantitative and descriptive, non-experimental, cross-sectional study; a sample of n=366 sexually active adult women aged 18 to 59 years. The CSR questionnaire (2019) and the APAS Pap smear collection instrument were used. **Results:** Prevalent schooling was high school level (58.2%) with the occupation of university student (59.8%); 19.7% had never had a Pap smear test and had no intention of having one in the near future. The main characteristics of sexual risk behaviors were (9.6%) never using condoms and (31.4%) having multiple sexual partners. **Conclusion:** Determining characteristics in population groups favors the planning of specific care interventions; based on the results, risky sexual behaviors are identified, where health education as a preventive method has not been efficient, since the most effective method is the use of condoms.

Keywords: Pap smear, sexual behavior, women.

Introducción

El virus del papiloma humano (VPH), es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) la cual al ser persistente en el cuello uterino y de no ser tratada causa el 95% de los cánceres de cuello uterino (CaCu) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024; Instituto Nacional del Cáncer [NIH], 2023). El CaCu el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604,000 nuevos casos y 342,000 muertes en 2020 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Asimismo, se estima que más del 90% de los casos nuevos de CaCu ocurren en los países subdesarrollados. Si bien, las tasas de CaCu en países desarrollados, han descendido en las últimas décadas, en un gran número de países subdesarrollados han permanecido sin cambios e incluso han aumentado (Badillo et al., 2019).

Las investigaciones en salud sexual y reproductiva (SSR) de jóvenes y adultos emergentes, como prioridad para las intervenciones en el contexto de la salud pública, se han centrado en las conductas sexuales de riesgo, definidas de diversas maneras como las prácticas sexuales vaginales, anales y orales sin protección, relaciones sexuales con parejas casuales o desconocidas, el uso de drogas intravenosas en las relaciones, la promiscuidad y la edad temprana de inicio de vida sexual entre otros (OMS, 2013; Villanueva-González & Ruvalcaba-Ledezma, 2019).

En contexto un estudio llevado a cabo en jóvenes universitarios de la ciudad de México mostró que cuatro de cada cinco han tenido vida sexual; 80% 2-3 o más veces; 81% sexo sin protección, 48% 2 o más veces; 60% uso de anticonceptivos naturales, 35% dos o más ocasiones; 50% sexo bajo la ingestión de alcohol o drogas, 43% una, dos o más veces y 39% errores en el uso de métodos anticonceptivos, 11% dos o más ocasiones. Además, se encontró una correlación significativa entre la actividad sexual sin protección o uso de métodos menos confiables (coito interrumpido) de $r=.797$ y actividad sexual con

sexo bajo condiciones de riesgo (bajo influjo de alcohol u otras drogas) de $r=.451$ (Tapia-Martínez et al., 2021).

Por otro lado, en Ecuador se reportaron algunos factores sociodemográficos que están relacionados a la no aceptación del Papanicolaou, entre los cuales se encontró el nivel de instrucción, edad, situación conyugal, situación económica y social baja. Así como deficiencias en las unidades de salud, como dificultad para agendar fechas y hora, retraso en la entrega de resultados, además de una actitud inadecuada en la atención por parte del personal de salud, falta de experiencia y deficiente información y motivación (Guartán, 2020).

Ante esta problemática, los organismos responsables en salud han determinado que brindar educación para la salud es una herramienta clave e importante que influye en los cambios de conducta y estilos de vida saludable; siendo la población femenina vulnerable a múltiples enfermedades; por ello, es importante sensibilizarla sobre los beneficios e importancia de la toma del papanicolaou y su utilidad en la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, las estadísticas y altas prevalencias de enfermedad muestran un escenario catastrófico, por lo que se observa dicha problemática y se trata de generar conocimientos que favorezca a la solución de este fenómeno (OMS, 2023).

En este sentido, las conductas sexuales de riesgo y la práctica del Papanicolaou son aspectos sumamente importantes al momento de hablar de la salud de las mujeres adultas en México, estas conductas forman parte del autocuidado indispensable para prevenir la formación de este cáncer tan recurrente en la población femenina; en donde la profesión de enfermería está sumamente involucrada, más aún en el primer nivel de atención, el cual involucra la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, enfatizando en la salud sexual. Partiendo de ello, el objetivo del estudio fue describir las

características de las conductas sexuales de riesgo y la práctica del papanicolaou en mujeres adultas de Celaya Guanajuato, durante el periodo agosto – diciembre 2023.

Metodología

El estudio es cuantitativo, descriptivo, de tipo aplicado; dado que persiguió obtener una aplicación práctica y concreta desde el involucramiento en el campo de trabajo (fenómeno de estudio). Por otro lado, al no haber manipulación de variables se trató de un estudio no experimental, con la recolección de datos de fuentes primarias de información (mujeres con vida sexual) y medición transversal, puesto que se recolectó una sola vez la información (Hernández-Sampieri & Mendoza-Torres, 2018).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), la ciudad de Celaya Guanajuato cuenta con una población de mujeres mayores de 18 años 204,847. Para el cálculo de tamaño de muestra se consideró un $N=204,847$, con 95% de intervalo de confianza, .5% de margen de error y una probabilidad de 61% que las mujeres practican el Papanicolaou; por lo que el tamaño de la muestra fue de $n=366$ mujeres.

Para la selección de las participantes, se consideró que cumplieran con los criterios de inclusión: Personas con vagina e identificadas como mujeres adultas (a partir de 18 años), que hayan iniciado su vida sexual, que habiten en la ciudad de Celaya Guanajuato, que hayan firmado el consentimiento informado y que acepten participar en la investigación. Los criterios de no inclusión fueron mujeres con histerectomía.

Se empleó una muestra probabilística, ya que todos los elementos del universo tuvieron la posibilidad de ser parte de la muestra. En este caso, se utilizó un muestreo aleatorio simple, pues cada sujeto de estudio tuvo un número de identificación y mediante un sorteo aleatorio, algunas fueron seleccionados para la muestra.

Para las variables sociodemográficas se utilizó un carnet de identificación, en el cual se recabaron los datos del sujeto de investigación, este incluye: número de folio (este se proporcionó por parte de los investigadores para mantener el

anonimato del sujeto), edad, escolaridad (primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, postgrado), estado civil (soltera, casada, divorciada, viuda y unión libre), y ocupación (estudiante, comerciante, obrera, profesional, ama de casa y desempleada).

Para medir las variables de estudio se utilizaron dos cuestionarios, el primero corresponde a conductas sexuales de riesgo (CSR-2019) diseñado por Ali Fernández y Quiñones Lucen (2020); el cual ha reportado una confiabilidad de $\alpha=.87$, y se compone de 14 ítems, en los cuales se abordan las conductas sexuales de riesgo relacionadas al uso de preservativo, al consumo de sustancias ilícitas en el acto sexual y por último al sexo casual. Dentro de estos ítems, las posibles respuestas van de nunca hasta siempre, con valores del 0 a 4. De esta forma, el cuestionario aborda las categorías sexo con preservativo, sexo sin preservativo, sexo bajo efectos de sustancias y sexo casual. El instrumento ha mostrado consistencia interna en las 4 dimensiones con valores mínimos de $\alpha=.61$ y máximo de $\alpha=.87$.

El segundo es el cuestionario Aproximación de Procesos a la Acción Saludable de toma de citología vaginal (APAS), con el cual se midió la variable práctica del papanicolaou; y reporta una consistencia interna de $\alpha=.71$. Consta de un cuestionario con 6 escalas con 25 ítems de tipo Likert, los cuales están relacionados a distintas situaciones que se pueden presentar en la práctica del papanicolaou y miden la percepción de riesgo, expectativas de resultados, autoeficacia para el mantenimiento y planeación (Flórez-Alarcón & Rubio-León, 2011).

El estudio de investigación se apegó a los aspectos éticos que describe el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en atención a los artículos 13, 17, 20, 21 y 22 (Secretaría de Salud, 2014). Por otro lado, considera los principios éticos que se enmarcan en la Declaración de Helsinki, donde el respeto, la dignidad y protección de los derechos, así como el bienestar de las mujeres

involucradas, se mantuvo la privacidad y confidencialidad de ellas como participantes. Además, a través de un consentimiento informado se les dio explicación clara y concisa del objetivo del estudio y detalles de su participación (Asociación Médica Mundial [AMM], 2015).

Resultados y discusión

La muestra constó de $n = 366$ mujeres adultas de 18 a 59 años de la ciudad de Celaya Guanajuato, con una \bar{x} de 27 ± 10.3 años y vida sexual activa. Lo cual coincide con la literatura que menciona que el rango de edad de las mujeres sexualmente activas oscila entre los 18 a 51 años (\bar{x} de 22.9) (Fernández-Feito et al., 2018). En sentido se considera que uno de los factores de mayor riesgo para realizar conductas sexuales riesgosas es tener una edad >20 años (Badillo et al., 2019).

En lo que respecta a la escolaridad, el nivel de mayor prevalencia fue bachillerato con un 58.2%; el estado civil más presente fue soltera (63.9%); y la ocupación prevalente fue estudiante (59.8%). En contraste otro estudio, encontró que solo el 25.9% de las mujeres entrevistadas eran solteras (Guamán Lema y Lema Punín, 2021). Agregando, se estima que las mujeres solteras presentan mayor riesgo a realizar conductas sexuales de riesgo, y son los estudiantes quienes tienen una probabilidad más alta de adquirir una ITS (Reyes-Narváez & Oyola-Canto, 2022).

Relacionado a las conductas sexuales de riesgo, se identificó que el 9.6% de las mujeres nunca usó un preservativo durante las relaciones sexuales, el 37.4% algunas veces insistió en mantener relaciones sexuales sin preservativo, el 33.1% ha convencido en retirar el preservativo en pleno acto sexual, el 18% nunca lleva preservativos cuando va a tener relaciones sexuales, el 32% a veces ha tenido relaciones sexuales con diferentes personas en cortos periodos de tiempo, el 21.9 % ha tenido tríos y el 29.8% a veces ha tenido encuentros sexuales con una persona y no la ha vuelto a ver.

En cambio, González et al. (2019) exponen que el 3.6% ($n = 22$) nunca ha utilizado el condón en sus relaciones sexuales; el 27.5% ($n = 168$) hasta el momento había tenido entre 5-9 parejas sexuales; el 33.1% ($n = 202$) señaló haber tenido, en algún momento, más de una pareja de manera sincrónica y el 3.4% ($n = 21$) refirió haber tenido sexo en grupo. En este sentido, Giménez et al. (2019), refieren que un mayor uso del preservativo se asocia significativamente con un inicio más tardío en las relaciones sexuales, altos niveles de miedo a las infecciones de transmisión sexual y menor consumo de alcohol. En cuanto a los factores de riesgo, en línea con los modelos sociocognitivos que muestran la importancia de las creencias del riesgo, la valoración del miedo hacia las infecciones de transmisión sexual ha mostrado ser relevante para la realización de la propia conducta preventiva.

Asimismo, dentro de otro estudio se encontró que, entre las razones para no usar preservativo, la más frecuente (68.7%) es tener pareja estable o pareja de confianza, sin que haya diferencias significativas por género, más sí por edad (Calafat et al., 2021).

Otro hallazgo del presente estudio es que el 42.3% de los participantes reportan haber tenido “a veces” relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias (alcohol y/o drogas), el 31.1% “a veces” disfrutó más de las relaciones sexuales bajo efectos de sustancias, el 19.7% “algunas veces” consume sustancias en el acto sexual para incrementar el rendimiento o disfrute, el 27.6% “a veces” ha tenido relaciones sexuales sin compromiso con personas que conocieron en internet, el 37.7% “a veces” han tenido relaciones sexuales buscando placer sin importar el ámbito sentimental con la otra persona, el 31.4% “a veces” lleva una doble vida sexual y el 29.5% “en ocasiones” ha tenido relaciones sexuales con un amigo(a) o conocido (a) sin importar que ambos tengan pareja.

En concordancia con otros estudios que reportan que el 40% alguna vez ha tenido relaciones sexuales bajo el influjo de alcohol u otras drogas (Tapia-Martínez et al., 2020);

o que el 24.4% mantuvo relaciones sexuales sin protección bajo la influencia de alcohol o drogas; y el 11.8% alguna vez estuvo bajo el efecto de drogas y/o alcohol y no recuerda si utilizó preservativo (Feldman, 2021).

De igual forma, Leonangeli et al., (2021) refieren que el consumo de alcohol está directamente relacionado con las conductas sexuales de riesgo, debido a que el alcohol desinhibe la conducta, aumenta la impulsividad, provoca pérdida de autocontrol y disminuye la capacidad para evaluar riesgos y tomar decisiones. Es ese estado de vulnerabilidad los factores de riesgo aumentan, volviéndonos más propensos a mantener relaciones sexuales no seguras o sin tomar las medidas de precaución adecuadas.

De acuerdo con la práctica del papanicolaou, se identificó que el 19.7% nunca se ha realizado la toma de Papanicolaou y no tienen la intención de realizarla en este año. Además, el 9.6% se han realizado la prueba de Papanicolaou, pero no tienen la intención de hacérsela de nuevo; mientras que el 13.1% refiere que se han tomado varias citologías vaginales y tienen la firme intención de seguirla haciendo cada año. En cambio, se determinó en un estudio que el 60% de las mujeres asume una práctica correcta ($n=138$) respecto a la prueba del Papanicolaou, y el 40% posee una práctica incorrecta ($n=92$) en base a la valoración (Dután & Lliguisupa, 2021). Asimismo, se reportó que las prácticas hacia toma del Papanicolaou fueron desfavorables en un 56.78% y favorables en un 43.22% de las mujeres encuestadas (Yovera-Jara, 2022).

De esta manera, la relación entre las conductas sexuales de riesgo y la práctica del papanicolaou es que el 9.6% de las mujeres refirieron nunca usar preservativo en las relaciones sexuales ($P=0.258$; $p=0.02$), el 18% nunca llevó preservativos cuando se quería tener relaciones sexuales ($p=0.015$; $P=-0.128$), el 32% a veces ha tenido relaciones sexuales con más de una persona en cortos períodos de tiempo ($p=0.009$; $P=0.136$), el 42.3% a veces ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias ($p=0.004$; $P=0.149$), el 31.1% a veces disfrutó más de las relaciones sexuales bajo los efectos de

sustancias ($p=0.002$; $P= 0.163$), el 27.6% a veces tuvieron relaciones sexuales sin compromiso con personas que se conocieron por medio de redes sociales o aplicaciones de internet ($p=0.012$; $P= 0.131$) y el 31.4% a veces ha llevado una doble vida sexual ($p=0.000$; $P= 0.214$).

En comparación Cruz Cruzado (2022), encontró correlación entre tener un mayor número de parejas sexuales, a una mayor frecuencia de exposición a microorganismos precancerosos y que comprometan directamente la salud. Con respecto a la variable múltiples parejas sexuales, las mujeres con la condición de haber tenido dos o más parejas sexuales aumentan significativamente el riesgo para que el resultado de la prueba Papanicolaou resulte positiva.

Conclusión

El cáncer cervicouterino hoy en día sigue siendo una de las principales causas de muerte en las mujeres, esto provocado por la inadecuada salud sexual en el estilo de vida de estas. En este caso, las conductas sexuales de riesgo y la mala o nula práctica del Papanicolaou representan un factor clave para la aparición de dicha patología.

Por ello, es indispensable la culturización hacia el autocuidado, trabajo nada sencillo que implica una vasta coordinación entre las instituciones de salud, así como la redistribución de recursos que le abonen significativamente a las acciones preventivas y de diagnóstico oportuno más que a las curativas.

Además, es alarmante encontrar que existe una mala práctica en la realización del papanicolaou en las mujeres adultas de Celaya. De manera que con base en los resultados se confirmó la hipótesis de investigación encontrando una relación entre las conductas sexuales de riesgo y la práctica del Papanicolaou en mujeres adultas de 18 a 59 años de Celaya Guanajuato. Asimismo, las conductas sexuales de riesgo provocan también una mala práctica en la realización de la prueba del papanicolaou, causando con ello un daño aún mayor a la salud de las mujeres adultas.

Ante esta problemática el personal de enfermería deberá participar íntegramente a través de la prevención y promoción de la salud para reducir este tipo de conductas y así favorecer el estado de salud de la población con factores de riesgo. De igual forma, con la investigación realizada se identifican los aspectos más vulnerables que requieren atención e implementación de estrategias eficaces.

Por todo lo anteriormente mencionado, se sugiere realizar programas o intervenciones que fomenten en las mujeres no solo la realización constante de la prueba de Papanicolau, sino la adopción de conductas sexuales seguras que prevengan la adquisición de ITS incluyendo el VPH y así prevenir el desarrollo de CaCu.

Conflicto de interés

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

Referencias

Ali-Fernández, J. L., & Quiñones-Lucen, R. A. (2020). *Construcción y validación de la escala de conductas sexuales de riesgo en Universitarios de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo].

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57522#:~:text=El%20prop%C3%B3sito%20de%20esta%20investigaci%C3%B3n,de%2017%20a%2030%20a%C3%B1os>

Asociación Médica Mundial (AMM, 2015). Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

- Badillo, M., Mendoza, X., Barreto, M., & Diaz, A. (2019). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería Global*, 19(59).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300422
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A., & Ramón, A. (2021). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21(2)
- Cruz-Cruzado, A. C. (2022). *Factores de riesgo para prueba de papanicolaou positiva en pacientes mujeres del Hospital I La Esperanza*, [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego].
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9871/1/REP_AUREA.CR_UZ_FACTORES.RIESGO.PAPANICOLAOU.pdf
- Dután, W., & Lliguisupa, M. (2021). *Conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino y realización de papanicolaou en mujeres de la parroquia Guapán*, [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Cuenca].
<https://dspace.ucacue.edu.ec/items/c89f0ae1-9ab4-4626-97e4-53a26e54f23a>
- Feldman, F., Pereyra, S., Venturini, V., Alvarez, N., Pereira, R., Correa, L., & Grazzia, R. (2021). Análisis de las conductas sexuales de riesgo en un grupo estudiante de medicina del H. de Clínicas, *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 59(1), 19-27
<https://ago.uy/publicacion/1/numeros/13/articulo/analisis-de-las-conductas-sexuales-de-riesgo-en-un-grupo-estudiantes-de-medicina-del-hospital-de-clinicas>

- Fernández-Feito, A., Antón-Fernández, R., & Paz-Zulueta, M. (2018). Conductas sexuales de riesgo y actividades preventivas frente al cáncer de cuello uterino en mujeres universitarias vacunadas frente al VPH [Sexual risk behaviours and PAP testing in university women vaccinated against human papillomavirus]. *Atención primaria*, 50(5), 291–298. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.007>
- Flórez-Alarcón, L., & Rubio-León, D. C. (2011). Cuestionarios para evaluar la conducta de toma de citología según el modelo de aproximación de procesos a la acción saludable. *Psicología y Salud*, 21(2). <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/567/974>
- Giménez-García, C., Nebot-García, J., Bisquert-Bover, M., Elipe-Miravet, M. & Gil-Llario, M. (2019). Infecciones de transmisión sexual en población joven ¿qué mantiene su exposición al riesgo. *Revista de Psicología*, 1. https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/14414/1/0214-9877_2019_1_5_547.pdf
- González-Habib, Roberto, Pastén-Zapata, Adriana Edith, & Zetina-Alvarado, Sergio. (2019). Evaluación de las conductas sexuales de riesgo y hábitos anticonceptivos en una muestra de población mexicana. *Ginecología y obstetricia de México*, 87(3), 153-166. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2542>
- Guamán-Lema, A. K., & Lema-Punín, G. A. (2021). *Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres de la comunidad de cercapata sobre el cáncer cérvicouterino suscal, 2020*, [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36293/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

- Guartán, C. (2020). *PAPANICOLAOU Y LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICO-UTERINO*, [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Cuenca].
<https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/10562/1/TESIS%20-%20GUADALUPE%20GUARTAN%20%20PDF.pdf>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2018). Concepción o elección del diseño de investigación. En *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana. 2018; 5: 136-141.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/gto/poblacion/>
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH, 2023). El virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/vph-y-cancer>
- Leonangeli, S., Rivarola Montejano, G., & Michelini, Y. (2021). Impulsividad, consumo de alcohol y conductas sexuales riesgosas en estudiantes universitarios [Impulsivity, alcohol use and risky sexual behaviors in college students]. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina)*, 78(2), 153–157.
<https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.29287>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). *Cáncer de cuello uterino*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) Cáncer de cuello uterino. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiAvP-

6BhDyARIsAJ3uv7ZW6H_QiBxp2hGHKMxKG1GI PR9UKOiOC83Ao9dmbd
Xtb4eHDz25H68aAkO5EALw_wcB

Reyes-Narváez, S. E. & Oyola-Canto, M. S. (2022). Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comunicación*, 13(2), 127-137. <https://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.13.2.687>

Secretaria de Salud (SSA, 2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Tapia-Martínez, H., Hernández-Falcón, J., Pérez-Cabrera, I., & Jiménez-Mendoza, A.. (2020). Conductas sexuales de riesgo para embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Enfermería universitaria*, 17(3), 294-304. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.703>

Villanueva-González, R., & Ruvalcaba-Ledezma, J. C. (2019). La vida sexual insegura como riesgo para cáncer. *Journal*, 537-550.

Yovera-Jara, J.P. (2022). *CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES, AA. HH ALMIRANTE MIGUEL GRAU-II ETAPA CASTILLA- PIURA, 2022*, [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Los Ángeles Chimbote]. http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/31233/ACTITUDES_CONOCIMIENTOS_YOVERA_%20JARA%2c_JUDITH_%20DEL_%20PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Artículo Original

Conversatorios como Estrategia de Acompañamiento Académico y Emocional: Transición ante el Cierre de la Carrera de Enfermería

Conversations as a Strategy for Academic and Emotional Support: Transition in the Face of the Closure of the Nursing Degree

Montserrat Mariscal-Degadillo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0794-0930>

María Guadalupe Loza-Rojas^{2*}

 <https://orcid.org/0009-0002-7501-2199>

Diana Berenice Ortega Cruz³

 <https://orcid.org/0009-0006-6156-7678>

Jorge Fidel Coronado Ramírez⁴

 <https://orcid.org/0009-0003-7409-2980>

Jorge Ismael Alcalá Ortiz⁵

 <https://orcid.org/0009-0003-1112-026X>

Ana Lilia Fletes-Rayas⁶

 <https://orcid.org/0000-0003-3420-8574>

¹ Doctora en Ciencias de la Educación. Departamento de Enfermería Clínica Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Sierra Mojada

² Maestra en Gestión de la Calidad y Seguridad en los Servicios de Salud. Doctorante en Salud Pública. Departamento de Enfermería Clínica Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud*

³ Maestra en Ciencias de la Enfermería. Coordinadora de la Carrera de Enfermería escolarizada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

⁴ Maestro en Gestión de la Calidad y Seguridad en los Servicios de Salud. Doctorante en Salud Pública. Departamento de Enfermería Clínica Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

⁵ Maestro en Ciencias de la Enfermería. Doctorante en Salud Pública. Departamento de Enfermería Clínica Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

⁶ Doctora en Genética Humana. Departamento de Enfermería Clínica Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

*Autor para correspondencia: guadalupe.loza@academicos.udg.mx

Recibido: 28/09/2024

Aceptado: 10/12/2024



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir y adaptar siempre que se cite adecuadamente la obra, no se utilice con fines comerciales y se comparta bajo las mismas condiciones que el original.

Resumen

La tutoría académica es esencial para apoyar a los estudiantes en su trayectoria universitaria, abordando tanto sus necesidades académicas como personales. Los conversatorios proporcionan un espacio para el diálogo y la reflexión, permitiendo a los estudiantes expresar sus inquietudes y recibir orientación. **Objetivo:** Describir el impacto de los conversatorios como estrategia de apoyo académico y emocional. **Metodología:** El diseño metodológico del estudio es mixto, combinando enfoques cuantitativos y cualitativos para evaluar el impacto de los conversatorios en la experiencia académica y emocional de 216 estudiantes. Se aplicaron cuestionarios antes y después de las sesiones para medir las percepciones sobre el apoyo tutorial, complementados con análisis cualitativos de las discusiones durante los conversatorios. **Resultados:** Antes de la intervención, existía un alto nivel de desmotivación y preocupación entre los estudiantes respecto a su futuro académico y laboral. Las emociones predominantes incluyeron incertidumbre y miedo ante el cierre del programa. Sin embargo, tras la implementación de los conversatorios, se observó una mejora en la percepción del apoyo recibido, lo que sugiere que esta estrategia puede ser efectiva para mitigar las preocupaciones emocionales y fomentar un ambiente más propicio para el aprendizaje. **Conclusión:** Los conversatorios como una estrategia integral en el proceso educativo, destacando su potencial para mejorar no solo el rendimiento académico, sino también el bienestar emocional de los estudiantes en situaciones adversas.

Palabras claves: Tutoría, Rendimiento Académico, Estudiantes

Abstract

Academic tutoring is essential to support students in their university career, addressing both their academic and personal needs. The conversations provide a space for dialogue and reflection, allowing students to express their concerns and receive guidance.

Objective: To describe the impact of the conversations as a strategy for academic and emotional support. **Methodology:** The methodological design of the study is mixed, combining quantitative and qualitative approaches to evaluate the impact of the conversations on the academic and emotional experience of 216 students. Questionnaires were applied before and after the sessions to measure perceptions about the tutoring support, complemented by qualitative analysis of the discussions during the conversations. **Results:** Before the intervention, there was a high level of demotivation and concern among students regarding their academic and work future. The predominant emotions included uncertainty and fear of the program closing. However, after the implementation of the conversations, an improvement in the perception of the support received was observed, suggesting that this strategy may be effective in mitigating emotional concerns and fostering a more conducive environment for learning. **Conclusion:** The conversations as an integral strategy in the educational process, highlighting their potential to improve not only academic performance, but also the emotional well-being of students in adverse situations.

Key words: Mentoring, Academic Performance, Students

Introducción

desarrollo de competencias personales que son esenciales en el proceso de toma de decisiones y en la construcción de un proyecto de vida coherente con las aspiraciones del estudiante (UNESCO, 2017). En este sentido, el acompañamiento tutorial se convierte en una vía para que los estudiantes puedan enfrentar los desafíos de su formación y proyectarse más allá de las dificultades del presente hacia la consecución de metas más elevadas.

1.- La tutoría, los conversatorios y las necesidades del estudiante

La tutoría académica es un proceso fundamental en la educación superior, concebido para ofrecer un acompañamiento personalizado que favorezca el desarrollo integral del estudiantado. Este concepto, ampliamente discutido en la literatura actual, desempeña un papel clave en la configuración de un modelo educativo que priorice las necesidades del alumnado, especialmente en entornos caracterizados por la masificación y la diversidad de perfiles estudiantiles (Álvarez González, 2017). Según la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), la tutoría es un proceso integral que abarca la orientación académica, personal y profesional, con el objetivo primordial de disminuir la deserción escolar, mejorar el rendimiento académico y fortalecer la vinculación de los estudiantes con su entorno educativo (ANUIES, 2020). Este proceso no solo facilita la transición de los estudiantes dentro del entorno universitario, sino que también promueve el desarrollo de competencias transversales esenciales para enfrentar un entorno laboral incierto y en constante cambio (Martínez et al., 2020).

Desde la perspectiva teórica, la tutoría académica puede analizarse a través del prisma de la teoría de la motivación de Maslow, que jerarquiza las necesidades humanas en cinco niveles: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de estima y de autorrealización (Carrillo et al., 2009). En el ámbito educativo, estas necesidades están

estrechamente ligadas a la motivación del aprendizaje. Maslow plantea que solo cuando se satisfacen las necesidades básicas, los individuos pueden centrarse en las más elevadas, como el logro académico y personal. Así, el apoyo tutorial busca atender las necesidades de seguridad y pertenencia, fundamentales para que los estudiantes alcancen sus metas académicas y profesionales. Esto es especialmente relevante en contextos de vulnerabilidad, donde las necesidades de seguridad y apoyo emocional son críticas para el rendimiento académico. La tutoría, por tanto, no solo es un mecanismo de apoyo académico, sino también de contención emocional que promueve la autorrealización del estudiantado (Maslow, 1956).

En el caso de la carrera de enfermería del CUCS, los conversatorios se configuran como una herramienta clave en el proceso de tutoría académica. Este enfoque grupal responde a la necesidad de ampliar la cobertura de tutoría, especialmente en los programas de enfermería escolarizada y semi escolarizada, donde se ha identificado un alto índice de deserción y un bajo rendimiento académico (ENADIS, 2017). Los conversatorios, entendidos como espacios de diálogo y construcción conjunta de ideas, dinamizan la interacción entre tutores y estudiantes. Esta metodología facilita el proceso continuo de retroalimentación que impulsa la acción tutorial hacia el éxito académico y personal de los estudiantes (Agudo y Suárez, 2007).

La implementación de los conversatorios también está alineada con los ODS, en particular con el ODS 4, que promueve una educación inclusiva, equitativa y de calidad. Estas herramientas contribuyen a mejorar los índices de retención escolar y garantizar el acceso a tutorías personalizadas, lo que fomenta el éxito académico y la equidad en el acceso a oportunidades de aprendizaje (UNESCO, 2017). La relación entre los conversatorios y la teoría de Maslow se hace evidente al considerar que estos espacios permiten atender las necesidades básicas de los estudiantes, como la seguridad y el sentido de pertenencia, lo que a su vez favorece su desarrollo académico y personal.

Además, estudios sobre la deserción escolar, como el de Castro y Rivas (2006), resaltan que este fenómeno es el resultado de un proceso multifactorial, en el que influyen factores socioeconómicos, la falta de apoyo institucional y barreras emocionales que impactan negativamente en la trayectoria educativa de los estudiantes. En este contexto, los conversatorios se presentan como una solución efectiva, ya que permiten la identificación y atención de las necesidades académicas y emocionales de los estudiantes en situación de riesgo. Esto facilita una intervención oportuna que previene la deserción escolar y mejora las condiciones de aprendizaje.

El uso de conversatorios se sustenta en la creación de espacios colaborativos, donde los estudiantes pueden expresar sus inquietudes, recibir orientación y adquirir herramientas para enfrentar los desafíos académicos y profesionales. Ochoa y Gómez (2019) destacan que, en contextos educativos complejos, como el de la Universidad Nacional Autónoma de Chiapas, los conversatorios han demostrado ser una metodología innovadora para abordar la tutoría de manera integral. En el CUCS, este enfoque no solo acerca a los estudiantes a sus tutores, sino que también les ofrece una orientación integral en aspectos clave como la normativa universitaria, becas, modalidades de titulación y otros temas relacionados con su trayectoria académica.

El enfoque de Maslow es particularmente útil para entender la situación actual de las carreras de enfermería del CUCS, donde parte de la población estudiantil está compuesta por adolescentes de entre 15 y 17 años que enfrentan contextos de vulnerabilidad. Según el ENADIS (2017), estos estudiantes están expuestos a riesgos como la pobreza, la marginación y la violencia, factores que inciden negativamente en su rendimiento académico. En este sentido, la tutoría académica debe ser capaz de detectar estos problemas y proporcionar un apoyo integral que aborde tanto la trayectoria como el egreso de los estudiantes, atendiendo sus necesidades de seguridad y pertenencia (Martínez Clares et al., 2020).

Metodología

El presente estudio utilizó un diseño mixto descriptivo longitudinal, integrando métodos cuantitativos y cualitativos para ofrecer una evaluación comprensiva del impacto de los conversatorios en la trayectoria académica y emocional de los estudiantes. Este enfoque permitió combinar mediciones objetivas de los resultados obtenidos con un análisis profundo de las experiencias y percepciones de los participantes. La naturaleza longitudinal del diseño permitió observar cambios a lo largo del tiempo, proporcionando datos sobre la evolución en la percepción del apoyo tutorial y las inquietudes de los estudiantes (Garaigordobil, 2007; Cárdenas, 2009).

La población de estudio estuvo conformada por 216 estudiantes del programa de enfermería del CUCS. Estos estudiantes pertenecían a los semestres finales de su formación, enfrentando el contexto de cierre del programa. La selección fue no probabilística e incluyó a todos los estudiantes disponibles que participaron activamente en los conversatorios dentro del Programa de Acción Tutorial (PAT).

Instrumentos de recolección de datos

Cuantitativo: Se empleó el instrumento "Evaluación del Desempeño en la Tutoría", previamente validado con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.891, lo que asegura una alta consistencia interna y fiabilidad en la medición de variables relacionadas con la percepción del apoyo tutorial. Este instrumento fue aplicado antes (pretest) y después (postest) de la implementación de los conversatorios. Las preguntas se enfocaron en aspectos como claridad de la orientación, apoyo emocional y satisfacción general con la tutoría.

Cualitativo: Durante los conversatorios, se plantearon preguntas abiertas diseñadas para explorar las emociones, pensamientos y necesidades específicas de los

estudiantes. Estas preguntas incluyeron temas como: "¿Cuáles son sus emociones y pensamientos ante la noticia del cierre del programa?" y "¿Qué tipo de orientación consideran necesaria para afrontar esta transición?". Las respuestas fueron transcritas, categorizadas y analizadas mediante análisis de contenido.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en tres fases:

Evaluación Inicial (Pretest): Se aplicó el cuestionario cuantitativo para establecer una línea base sobre la percepción de la tutoría.

Análisis Cualitativo y Diseño de Intervención: Los datos cualitativos recopilados en los primeros conversatorios se analizaron para identificar las necesidades prioritarias, las cuales guiaron el diseño del taller "Proyecto de Vida" y el contenido de las sesiones posteriores.

Evaluación Final (Postest): Al finalizar los conversatorios, se aplicó nuevamente el cuestionario para evaluar los cambios en las percepciones y niveles de satisfacción de los estudiantes, complementado con un análisis cualitativo de las últimas sesiones.

Análisis de datos

Los datos cuantitativos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para determinar cambios significativos en la percepción de los estudiantes entre el pretest y el postest. Para los datos cualitativos, se realizó un análisis de contenido categorial, identificando temas recurrentes y patrones relacionados con las emociones y necesidades detectadas.

Fase 1: Evaluación Inicial (Pretest)

En la primera fase, se aplicó el instrumento "Evaluación del Desempeño en la Tutoría" para establecer una línea de base sobre la percepción de los estudiantes en relación con el apoyo académico y emocional recibido. El instrumento, validado con un alfa de Cronbach de 0.891, permitió identificar las principales debilidades del sistema de tutoría, como la falta de competencias de los tutores en temas académicos y administrativos, y una deficiente canalización de problemas a instancias adecuadas. Los resultados mostraron un alto nivel de desmotivación, incertidumbre y preocupación por el futuro académico y laboral de los estudiantes, con solo un 20% de satisfacción hacia la tutoría.

Análisis Cualitativo

Después de la fase de pretest, se llevó a cabo un análisis cualitativo que permitió explorar en profundidad las preocupaciones y necesidades emocionales de los estudiantes. Este análisis se centró en las respuestas a preguntas abiertas planteadas durante los conversatorios, destacando especialmente la pregunta detonadora: "¿Cuáles son sus emociones y pensamientos ante la noticia del cierre de la carrera de enfermería?". Las respuestas obtenidas revelaron un amplio espectro de emociones, entre las que predominaban la desmotivación, la tristeza, el temor ante las oportunidades laborales y pensamientos de desvalorización hacia la carrera.

A partir de estas respuestas, el análisis de contenido evidenció profundos sentimientos de vulnerabilidad y reflexión, permitiendo identificar cuatro temas recurrentes que ilustran las emociones, preocupaciones y transformaciones experimentadas por los participantes. En primer lugar, la incertidumbre emergió como una de las emociones predominantes. Comentarios como "*No sé si tendré opciones de empleo después de terminar mi carrera*" y "*Me da miedo que, al cerrar la carrera, nuestro*

título ya no tenga el mismo valor" muestran el temor de los estudiantes sobre el impacto del cierre del programa educativo en su inserción laboral. Este sentimiento no solo denota una falta de claridad sobre las oportunidades futuras, sino que también pone en evidencia la necesidad de reforzar estrategias institucionales que respondan a sus necesidades inmediatas. En este contexto de incertidumbre, la insuficiencia de información inicial amplificó su inseguridad, creando un entorno emocional complejo que los estudiantes debieron enfrentar con escasos recursos de orientación.

De manera paralela, surgieron profundos sentimientos de desamparo y abandono. Expresiones como *"Siento que nos dejaron a la deriva"* y *"Nos tratan como si no importáramos por ser los últimos en esta carrera"* encapsulan una percepción colectiva de indiferencia por parte de la institución, que los estudiantes interpretaron como una falta de reconocimiento a su esfuerzo académico. Algunos participantes fueron más allá al expresar: *"Es como si ya no valiera la pena terminar porque la carrera va a desaparecer."* Estas emociones no solo permitieron identificar una desconexión entre los estudiantes y la institución, sino que también una pérdida temporal del propósito académico, lo que afectó directamente su motivación para continuar.

En un nivel más profundo, el análisis reveló la existencia de un estigma asociado a su elección académica, lo que intensificó los sentimientos de inferioridad entre los estudiantes. Frases como *"Nos ven como si no fuéramos profesionales, y eso duele"* y *"Parece que al ser de esta carrera que se está cerrando ya no tenemos el mismo respeto que otras profesiones que continuarán ofertadas"* muestran cómo las narrativas externas sobre el cierre de la carrera de enfermería influyeron negativamente en la construcción de su identidad profesional. Este fenómeno, agravado por el cierre del programa, no solo

afectó su autoestima, sino que también limitó su capacidad para valorar la importancia de su formación.

No obstante, a pesar del panorama adverso, los conversatorios demostraron ser una herramienta eficaz para transformar estas emociones negativas en acciones concretas y constructivas. Comentarios como *"El taller me ayudó a definir lo que quiero hacer después de terminar la carrera, ahora tengo un plan claro"* y *"Me siento más seguro de cómo seguir adelante, incluso ante el cierre"* vislumbran cómo los estudiantes encontraron claridad y fortaleza a través de estos espacios. Estas respuestas evidencian que los conversatorios no solo ofrecieron soluciones prácticas, sino que también fomentaron una reflexión profunda sobre sus trayectorias académicas y profesionales, ayudándoles a recuperar un sentido de agencia frente a las adversidades.

Con base en estos hallazgos, se identificaron diagnósticos de enfermería clasificados según las necesidades de Maslow (ver Tabla 1). Estos diagnósticos fueron esenciales para desarrollar estrategias de intervención específicas, como el taller "Proyecto de Vida", diseñado para atender las necesidades emocionales y ayudar a los estudiantes a proyectar metas profesionales y personales en el contexto del cierre del programa. Esta intervención no solo contribuyó a abordar sus inquietudes inmediatas, sino que también permitió que los estudiantes reflexionaran sobre sus capacidades y visualizaran un futuro lleno de posibilidades, incluso en medio de la incertidumbre.

Tabla 1

Diagnósticos de Enfermería Clasificados Según las Necesidades de Maslow para Estudiantes de Enfermería Frente al Cierre del Programa Educativo

Necesidades	Diagnósticos de Enfermería	de Justificación
Fisiológicas	Alteración del patrón de sueño relacionada con el estrés académico	El estrés por la incertidumbre del cierre del programa ha generado problemas de sueño, afectando directamente la salud y rendimiento académico.
Seguridad	Ansiedad relacionada con incertidumbre sobre el futuro profesional	Los estudiantes señalaron preocupación sobre seguridad, empleo y estabilidad posgraduación.
Amor y Pertenencia	Alteración en la interacción social por cambios en el entorno educativo	Los estudiantes externan que su actual estado emocional ante el cierre ha generado cambios en su entorno académico que han alterado dinámicas de grupo, aumentando los conflictos entre compañeros.
Estima	Baja autoestima relacionada con el miedo al fracaso académico	Los estudiantes señalaron en repetidas ocasiones la preocupación sobre competencias y habilidades frente a futuras oportunidades laborales ante la extinción del nivel académico en la carrera de enfermería básica.
Autoactualización	Gestión ineficaz del conocimiento relacionada con la transición del programa	Los estudiantes mencionaron desconocimiento sobre cómo crecer profesionalmente como enfermeros posteriormente al egreso del programa de la carrera de enfermería básica.

Fase 2: Desarrollo de los Conversatorios

Los resultados del análisis cualitativo guiaron la estructuración y ajuste de los conversatorios. El taller "Proyecto de Vida" fue integrado como respuesta a las necesidades emocionales y profesionales detectadas, brindando orientación sobre la construcción de metas personales y el desarrollo de habilidades de vida. Los siguientes conversatorios abordaron otras inquietudes expresadas por los estudiantes, tales como dudas sobre el proceso de titulación, créditos faltantes, becas disponibles, y opciones de nivelación para la licenciatura. Cada sesión fue diseñada para ofrecer respuestas claras y orientación académica, reduciendo la incertidumbre y proporcionando a los estudiantes herramientas para tomar decisiones informadas sobre su futuro académico.

Fase 3: Evaluación Final

Después de completar los conversatorios, se aplicó el mismo instrumento utilizado en la fase inicial para medir el impacto de la intervención. El postest reveló una mejora significativa en la percepción de los estudiantes sobre la tutoría académica. Un 89.2% de los participantes valoraron de manera positiva la orientación y el apoyo recibidos durante los conversatorios. Este resultado fue estadísticamente significativo, con un valor de $p < 0.001$, comprobado mediante una prueba de Chi-cuadrado. La satisfacción global con la tutoría aumentó del 20% al 96%, lo que evidenció el éxito de los conversatorios en la mejora del acompañamiento académico y emocional de los estudiantes.

Conclusión

La implementación de los conversatorios, en el contexto del cierre del programa de enfermería, no solo resultó ser una estrategia eficaz para mejorar el rendimiento académico y reducir la deserción, sino que también permitió identificar y priorizar de

manera profunda las necesidades emocionales, académicas y existenciales de los estudiantes. Al abordar estas necesidades desde una perspectiva humanista y emancipadora, se utilizó la teoría de las necesidades de Maslow como marco para comprender los desafíos que enfrentaban los estudiantes en su trayectoria educativa y personal.

En el nivel más básico, las necesidades fisiológicas de los estudiantes, como el descanso y la salud afectada por el estrés académico, se vieron comprometidas ante la incertidumbre del cierre del programa. A través de los conversatorios, se crearon espacios donde los estudiantes pudieron expresar estas tensiones, aliviando parte del peso emocional que les impedía concentrarse y cuidarse a sí mismos. Las necesidades de seguridad, ligadas a la ansiedad por el futuro académico y profesional, revelaron una profunda inquietud existencial. Los estudiantes no solo temían por su estabilidad económica o laboral, sino también por el sentido de su trayectoria personal. La claridad ofrecida a través de los conversatorios permitió que esta incertidumbre se enfrentara con información y apoyo, devolviéndoles una sensación de control y propósito frente a lo desconocido.

En el nivel de pertenencia, el cierre del programa amenazaba con aislar a los estudiantes de sus pares y tutores, debilitando las conexiones sociales que sustentaban su desarrollo. Los conversatorios, sin embargo, fortalecieron esos lazos, creando una comunidad en la que cada individuo podía compartir su carga emocional, reconocer su interdependencia y hallar consuelo en la solidaridad de los otros.

Las necesidades de estima fueron también críticas. Muchos estudiantes se enfrentaban al miedo al fracaso académico y profesional, lo que erosionaba su autoestima.

Al participar en los conversatorios, fueron capaces de reconstruir su confianza, reconociendo su propio valor y las habilidades que habían desarrollado a lo largo de su formación. Este proceso no solo les permitió verse a sí mismos con mayor claridad, sino que también les abrió la puerta hacia una autoaceptación más profunda, donde los logros no se medían únicamente en términos académicos, sino en el descubrimiento de su propio potencial.

Así mismo, en el nivel más elevado de la jerarquía de Maslow, las necesidades de autorrealización se vieron claramente reflejadas. Los estudiantes no solo buscaron respuestas inmediatas a los desafíos del presente, sino que, a través de los conversatorios, comenzaron a proyectar sus vidas más allá de las barreras que el cierre del programa había impuesto. Este espacio de diálogo les permitió reconectar con sus aspiraciones más profundas, con una visión de su futuro que no estaba determinada por las circunstancias externas, sino por su capacidad interna para trascenderlas.

Los conversatorios, al alinearse con los diagnósticos de enfermería priorizados por niveles de necesidad, ofrecieron no solo soluciones académicas, sino también una emancipación personal. Cada nivel de la jerarquía de Maslow fue atendido en un proceso en el que los estudiantes no solo encontraron apoyo para sus inquietudes inmediatas, sino que también descubrieron en sí mismos la fortaleza para redefinir sus trayectorias y enfrentar los desafíos con una renovada conciencia de su capacidad de transformación y autorrealización. Esta estrategia no solo respondió a las demandas académicas y emocionales de los estudiantes, sino que también les permitió reconocerse como agentes de su propio desarrollo, capaces de superar los obstáculos y proyectarse hacia un futuro más auténtico y significativo.

Por otra parte, este estudio también abre nuevas líneas de investigación. En primer lugar, sería relevante evaluar el impacto de los conversatorios en carreras con contextos de vulnerabilidad similares, explorando cómo estas estrategias pueden adaptarse a diferentes escenarios educativos. Además, la inclusión de un enfoque longitudinal más amplio permitiría analizar los efectos a largo plazo de estas intervenciones en las trayectorias académicas y profesionales de los estudiantes.

Finalmente, recomienda que las instituciones de educación superior adopten modelos de tutoría que integren espacios reflexivos como los conversatorios, reconociendo su potencial para transformar la experiencia educativa. Estas estrategias no solo contribuyen a reducir la deserción y mejorar el rendimiento académico, sino que también promueven una educación más inclusiva, equitativa y centrada en las necesidades del individuo, en línea con los ODS.

Conflicto de interés

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

Referencias

- Agudo, M. y Suárez, R. (2007). La importancia de los espacios de diálogo en la construcción de conocimiento. Editorial X.
- Álvarez González, M. (2017). Hacia un modelo integrador de la tutoría en los diferentes niveles educativos. *Educatio Siglo XXI*, 35(2), 21-42.
- ANUIES (2020). Tutoría en la educación superior: retos y perspectivas. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.
- Cajigal, E., Arias, L., & Farfan, E. R. (2022). Resiliencia y deserción escolar: Un estudio para plantear estrategias desde la tutoría en la educación superior. *CPU-e, Revista*

- de Investigación Educativa, 34, 199-223.
<https://doi.org/10.25009/cpue.v0i34.2794>
- Cárdenas Castro, M. (2009). Diseños de investigación en ciencias sociales. Ediciones CIESPAL.
- Carrillo, M., Padilla, J., Rosero, T., & Villagómez, M. S. (2009). La motivación y el aprendizaje. *ALTERIDAD. Revista de Educación*, 4(2), 20-32.
- Castro Ramírez, B., & Rivas Palma, G. (2006). Estudio sobre el fenómeno de la deserción y retención escolar en localidades de alto riesgo. *Sociedad Hoy*, 11, 35-72.
- ENADIS. (2017). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México.
- Garaigordobil, M. (2007). Perspectivas metodológicas en la medición de los efectos de un programa de intervención. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 357-376.
- Martínez Clares, P., et al. (2020). La tutoría universitaria vista por sus alumnos: propuestas de mejora. *Revista de la Educación Superior*, 49(195), 55-72.
- Maslow, A. H. (1956). *Motivación y personalidad*. Nueva York: Harper & Row.
- Molina, E. (2022). Resiliencia y deserción escolar: Un estudio para plantear estrategias desde la tutoría en la educación superior. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, (34), 1-20.
https://www.academia.edu/115820072/Resiliencia_y_deserci%C3%B3n_escolar_Un_estudio_para_plantear_estrategias_desde_la_tutor%CAEn_la_educaci%C3%B3n_superior
- Ochoa, M. y Gómez, L. (2019). Innovación educativa en contextos desafiantes: el caso de los conversatorios en la Universidad Nacional Autónoma de Chiapas. *Revista Latinoamericana de Educación*.
- Terraza, W. (2019). Estrategias de retención estudiantil en educación superior y su influencia en la deserción. *Revista Electrónica Educare*, 23(1), 1-15.
<https://www.redalyc.org/journal/5739/573960911005/>

UNESCO. (2017). Education for Sustainable Development Goals: Learning Objectives.
UNESCO Publishing.



Propuesta innovadora para la practica

Programa para el Reconocimiento de Terapeutas Tradicionales Mexicanos en el Sistema Nacional de Salud

Program for the Recognition of Traditional Mexican Therapists in the National Health System

Luis Antonio Mancillas-Berrelleza¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6369-3607>

Patricia Enedina Miranda-Félix^{2*}

 <https://orcid.org/0000-0002-7076-0991>

Jessica Jazmín Leyva-Perea³

 <https://orcid.org/0000-0002-6028-6093>

Lilia Karely de Jesús Moreno-Zavala⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-8771-1045>

¹Maestro en Ciencias en Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa; Hospital del Bajo Río Mayo, IMSS Bienestar, Servicios de Salud de Sonora

² Doctora en Ciencias en Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa *

³ Maestra en Ciencias en Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

⁴ Maestra en Ciencias en Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

*Autor para correspondencia: patriciamiranda@uas.edu.mx

Recibido: 09/10/2023

Aceptado: 10/12/2024



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir y adaptar siempre que se cite adecuadamente la obra, no se utilice con fines comerciales y se comparta bajo las mismas condiciones que el original.

Resumen

Introducción: La medicina tradicional (MT) es una práctica ancestral utilizada globalmente para preservar la salud y tratar enfermedades. Este texto aborda la relevancia de la MT en diferentes países, destacando la necesidad de políticas públicas para su regulación e integración en sistemas de salud. En México, la diversidad cultural ha dado lugar a la Medicina Tradicional Mexicana (MTM), donde terapeutas tradicionales desempeñan un papel crucial en la atención sanitaria. Sin embargo, el reconocimiento y la inclusión de la MTM en el sistema nacional de salud (SNS) avanzan lentamente.

Objetivo: proponer un programa de reconocimiento de los terapeutas Tradicionales Mexicanos en el SNS para la práctica de la MTM. **Metodología:** los pasos propuestos para proyectos de impacto social permiten realizar estrategias basadas en un marco normativo sólido que abarque las etapas clave, 1). Identificación de Necesidades, 2). Diseño del Procedimiento, 3). Capacitación, 4). Implementación y 5). Evaluación. Se busca promover la interculturalidad, visibilizar los beneficios de la Medicina Tradicional Mexicana (MTM) y garantizar su sostenibilidad. **Conclusión:** el programa para el reconocimiento de TTM busca integrar saberes ancestrales al SNS. Promueve capacitación, reglamentación y apoyo continuo para mejorar la atención intercultural en comunidades indígenas y rurales. Su éxito dependerá de políticas públicas efectivas, investigación científica y un marco normativo que garantice su sostenibilidad.

Palabras claves: Medicina Tradicional, Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente, México

Abstract

Introduction: Traditional medicine (TM) is an ancestral practice used globally to preserve health and treat diseases. This text addresses the relevance of TM in different countries, highlighting the need for public policies for its regulation and integration into health systems. In Mexico, cultural diversity has given rise to Traditional Mexican Medicine (TMM), where traditional therapists play a crucial role in health care. However, the recognition and inclusion of TMM in the national health system (NHS) is progressing slowly. **Objective:** to propose a program for the recognition of Traditional Mexican therapists in the SNS for the practice of TMM. **Methodology:** the proposed steps for social impact projects allow for strategies based on a solid normative framework that encompasses the key stages, 1). Identification of Needs, 2). Procedure Design, 3). Training, 4). Implementation and 5). Evaluation. The aim is to promote interculturality, make the benefits of Traditional Mexican Medicine (TMM) visible and guarantee its sustainability. **Conclusion:** the program for the recognition of TMM seeks to integrate ancestral knowledge into the SNS. It promotes training, regulation and continuous support to improve intercultural care in indigenous and rural communities. Its success will depend on effective public policies, scientific research and a regulatory framework that guarantees its sustainability.

Key words: Traditional Medicine, Culturally Competent Health Care, Mexico

Introducción

La medicina tradicional (MT) es utilizada a lo largo de todo el mundo por diferentes motivos, la Organización Mundial de la Salud (2013) declara que las MT de calidad, segura y con eficacia comprobada contribuyen a asegurar el acceso a la atención en salud a todas las personas. La MT es la suma de conocimientos, habilidades y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias oriundas de las diferentes culturas, sean o no explicables y se usan para el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

La MT hoy en día es utilizada por países donde su sistema de salud y estatus económico está en crecimiento. El 80% de la población africana utiliza la MT, en China alrededor del 40% es utilizada dentro de la atención sanitaria, en Australia la utiliza un 48%, Canadá con el 70%, un 42% en Estados Unidos, 38% en Bélgica y hasta un 75% en la comunidad francesa (OMS, 2013). Sin embargo, se requiere políticas públicas que regulen la seguridad y la eficacia de la MT para poder ser integradas a los sistemas de salud nacionales, regionales y locales.

La OMS (2019) menciona que durante 1999 soafricanáises contaban con políticas que regulaban la MT, en el 2005 aumentó a 45, en el 2012 fueron 79 y para el 2018 se multiplicó a 98 países, es decir que de los 194 países miembros (a la OMS) el 50% de ellos cuenta con al menos una política pública sobre el uso de la MT; de acuerdo a la distribución mundial por región, actualmente existen 39 países de la región Africana, 15 de la región americana, 12 del este mediterráneo, 21 de Europa, 9 de sureste de Asia y 13 de oeste del pacífico.

Para la implementación de la política pública acerca de la MT se debe contar con instituciones gubernamentales responsables de la implementación y/o regulación, en el año 2018 el 55% de los países miembros a la OMS (107 de 194) refirieron contar con

oficinas nacionales para la MT, en 93 países (48%) cuentan con comités de personas expertas en MT, en 75 países (40%) cuenta con al menos un instituto que realiza investigación de MT; solamente en 13 países actualmente cuenta con un plan nacional para la integración de la MT, como lo son Brasil, Benín, Bolivia, Cuba, Corea, Ghana, Guatemala, Haití, India, Mali, Nicaragua y Tailandia (OMS, 2019). México se encuentra dentro de los países que no han incorporado políticas a un programa nacional relacionado con la MT.

La utilización de la MT en México es de gran diversidad debido a las diferentes culturas existentes, pero cada una con sus propias creencias y conocimientos que le dan identidad a la denominada Medicina Tradicional Mexicana (MTM). En la práctica se pueden encontrar una gama de expertos en MTM quienes son conocidos como terapeutas tradicionales, dentro de ellos podemos encontrar a los curanderos, yerberos, sobadores, rezadores, hechiceros, parteras tradicionales y algunos otros más; utilizan la herbolaria, realizan ceremonias o rituales con sentido curativo muy alto, utilizando animales, huevos, miel, leche por mencionar algunos; siempre buscando la curación y aliviar los malestares del enfermo (Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED]-Organización Panamericana de Salud [OPS], 2017).

Los terapeutas tradicionales utilizan los recursos heredados por sus ancestros para prevenir o tratar padecimientos de las personas, los recursos terapéuticos pueden ser muy diversos o variados y combinan sus conocimientos ancestrales con la experiencia dentro de sus prácticas culturales, en ocasiones pueden basarse en tratamientos dados por el médico convencional (Singer et al., 1988). Normalmente los terapeutas tradicionales se encuentran desconectados de los sistemas de salud, además que el intercambio de conocimientos entre los médicos y los terapeutas tradicionales no suele ser positiva debido al reconocimiento de la MT y/o al conocimiento del médico en relación los tipos de tratamientos y enfermedades que pueden tratar de manera segura (Delgado, 2000).

Existe un gran número de enfermedades que el terapeuta tradicional puede tratar, como lo puede ser: el susto, el empacho, la caída de la matriz, caída de mollera, el paladeo, el mal de ojo, por mencionar algunas; y dentro de la práctica pueden realizar el paladeo, colar fajas, colgar pies de niños y mujeres, sobada o fletada, limpias con huevos, regurgitación, enjuague de pelo y algunas otras, según la necesidad que traiga o solicite la persona (Mosquera et al., 2006).

Hoy en día, la federalización de los servicios de salud en México bajo el nuevo modelo propuesto por el IMSS-Bienestar ha permitido integrar conocimientos culturales y comunitarios en la atención médica, promoviendo acciones preventivas y educativas que consideran la diversidad lingüística y cultural del país; este programa no solo busca mantener estas prácticas en regiones donde ya existen, sino también reintroducirlas en aquellas donde han sido desplazadas por enfoques biomédicos (Gobierno de México, 2022; IMSS, 2024). Precisamente el modelo de Atención Integral para la Salud (MAS) del programa IMSS-Bienestar incluye un enfoque robusto para integrar la MTM y a sus TTM. Este modelo reconoce explícitamente la relevancia de la medicina basada en conocimientos ancestrales y culturales, vinculándola a la atención comunitaria y médica. Se incluyen especialistas como sobadores, hueseros, curanderos, hierberos y parteras, quienes desempeñan roles clave en la promoción de la salud, atención primaria y derivación de casos complejos hacia unidades médicas (Gobierno de México, 2022; La Jornada, 2023).

Sin embargo, en México las políticas públicas relacionadas con el reconcomiendo y/o la integración de la MTM avanza muy lentamente, aunque se reconocen como parte del patrimonio cultural y sanitario del país, además de que a nivel gubernamental actualmente existen muy pocas iniciativas sobre esta temática (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, 2024). La Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano (2009) presentó una ley en materia de MT, donde contemplaba el

reconocimiento de los terapeutas tradicionales, desde su incorporación hasta un programa de formación; sin embargo, en la actualidad no se encuentra con ningún tipo de seguimiento sobre esta ley.

El Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI, 2023) ha implementado proyectos para preservar y promover prácticas tradicionales, reconocer a los terapeutas y el uso de plantas medicinales, sin tener éxito hasta este momento debido a que no existe un marco normativo que se reconozca la práctica de la MTM bajo los conocimientos culturales que posee el TTM.

Por lo tanto, se requieren propuestas que permitan integrar políticas públicas dentro de los programas de salud actuales, tanto a nivel nacional, estatal y municipal. Dentro de la diversidad mexicana, se cuenta con un país con una cosmovisión creada a través de las creencias indígenas, que a lo largo de los años los pueblos rurales han acumulado conocimiento donde se incorpora la utilización de la MT y que busca ser reconocida como un derecho cultural de todos los pueblos indígenas de México (INPI, 2023). Es por eso por lo que este programa tiene como objetivo el reconocimiento de los terapeutas tradicionales mexicanos (TTM) en el sistema nacional de salud (SNS) para la práctica de la MTM.

Para ello, se requiere de servicios de salud con enfoque intercultural, donde se ejerza la MTM en condiciones seguras y adecuadas, con el desarrollo de programas de capacitación, apostar en la creación de evidencia científica de los TTM y la MTM y sus aportes a la salud. Para el cumplimiento del programa es necesario elaborar estrategias que ayuden a reconocer, pero a su vez incorporar a los TTM dentro del SNS, quienes poseen el conocimiento tradicional y puedan ejercer la práctica de la MTM. Sin embargo, se requiere de la preparación de las instituciones y la capacitación del personal de salud en un modelo intercultural que este interrelacionado con la medicina convencional y la

MTM (servicios de atención mixta), apegado a un marco normativo que regule todos los procesos de ejecución.

Justificación de la Propuesta del Programa

La medicina tradicional (MT) implica prácticas por parte de terapeutas tradicionales y de experiencias arraigadas en contextos culturales específicos, las cuales implican el uso de medicinas a base de hierbas, partes de animales y/o minerales (OMS, 2002). La MT también es conocida en muchos países como medicina no convencional, complementaria o alternativa. Además, comprende diversas prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias e incorpora el uso de plantas, animales, fuentes minerales, espirituales, técnicas manuales y ejercicios, siempre buscando el bienestar de las personas (OMS, 2002).

La OMS (2013) dentro de la asamblea mundial de la salud llevada a cabo en Ginebra, Suiza se establecieron diferentes estrategias sobre la MT proyectadas al año 2014-2023, se invitó a todos los países miembros a aprovechar la contribución potencial de MT a la salud, el bienestar y la atención centrada en las personas. Además se establecieron 4 objetivos: 1. En lo posible integrar a los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y aplicación de políticas y programas para su aplicación, 2. La seguridad, eficacia y calidad de la MT mediante la aplicación del conocimientos y la prestación de asesoramiento sobre normas reglamentarias y de calidad, 3. El acceso a la mejora de la disponibilidad y accesibilidad de la MT, especialmente a las personas de bajos recursos económicos, y 4. Promover el uso racional terapéutico de la MT entre los especialistas y los consumidores (OMS, 2013).

Partiendo que la población es heterogénea y tienen diferentes necesidades socioculturales en la búsqueda de mejorar la salud, la OPS en busca de cumplir con la estrategia sobre MT de la OMS 2014-2017 elaboró una política sobre etnicidad y salud. Dicha política busca promover tres objetivos principales: el primero sobre determinar un

enfoque intercultural que contribuya en el mejoramiento de la salud, el segundo es eliminar las barreras de accesos a los servicios de salud y el tercero mejorar los resultados de salud de los pueblos indígenas; dentro del cumplimiento al tercer objetivo que busca la generación de evidencia, el impulso de acciones en materia de políticas, participación social y alianzas estratégicas, el desarrollo de las capacidades a todos los niveles y por último “el reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y/o complementaria” (OPS, 2017).

Para el reconocimiento de los conocimientos ancestrales de la MT es necesario crear políticas públicas, elaborar instrumentos, contar con recursos (humanos y económicos) y el establecimiento de procedimientos nacionales que consideren las diversas cosmovisiones de los pueblos indígenas; siendo estas una condición necesaria para el diálogo de saberes en la promoción de conocimientos, sin embargo es necesario tomar en cuenta que no solo se busca la atención de la enfermedad sino la promoción de la salud y el acompañamiento de la muerte (OPS, 2017). La región de las Américas se caracteriza por una exuberante riqueza multiétnica y multicultural, tal es el caso de México que es perceptible que la MT es la primera forma de acercarse para atender la salud, en diferentes situaciones, principalmente relacionadas con el nivel económico y el fácil acceso a los productos que ofrece dicha terapéutica (Secretaría de Salud de Puebla, 2020).

Una encuesta realizada en México por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) sobre la percepción pública de la existencia de tratamientos no convencionales (medicina tradicional o alternativa) el 74.56% reconoce la existencia de ellas, el 18.56% no las reconoce como tal y solo el 6.88% no tiene conocimiento sobre este tipo de tratamientos. La MT en México resulta de una serie de conocimientos que históricamente han aportado al desarrollo cultural del país, su práctica existe desde las comunidades indígenas en el que existe la MT y la medicina doméstica o casera

(CONAMED-OPS, 2017). Es así como surge la medicina tradicional mexicana (MTM) dentro de una cosmovisión del mundo indígena que permite la causalidad natural o divina de las enfermedades y así poder determinar el uso de recursos terapéuticos y prácticas curativas necesarias para el restablecimiento de la salud.

El marco legal de la MTM surge desde el cumplimiento del artículo 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (DOF, 1917) nos dice que todas las comunidades indígenas tienen derecho a tomar sus decisiones de acuerdo con sus normas, procedimientos y prácticas tradicionales. El artículo 6 de la Ley General de Salud (LGS, 1984) busca promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas y el artículo 93 que establece que la secretaria de educación pública promueva la enseñanza en materia de la salud y de la misma manera reconocer, respetar y promover el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Sin embargo, el artículo 79 de LGS que habla del ejercicio de las actividades profesionales en el campo de la medicina no reconoce dentro de ella la MT.

A pesar de que la OMS invita a reconocer y crear políticas relacionadas con la MT, aun en México no se cuenta con ningún plan nacional que reconozca y contemple a los terapeutas tradicionales mexicanos (TTM) y la MTM dentro del sistema nacional de salud (SNS). En 1981 se habló por primera vez de la MTM en zonas rurales del país y se conoció que existían personas con conocimientos ancestrales para la curación de enfermedades. En 1994 la secretaria de salud lanza un comunicado con las 10 principales enfermedades que las personas se atendían con los TTM. Curaban desde el mal de ojo, caída de mollera, torceduras de pie, problemas de anginas y muchas otras más. Los TTM se encontraban en zonas rurales y practicaban sus conocimientos sin reconocimiento por ningún tipo de institución y sin ser reconocidos como parte del SNS (CONAMED-OPS, 2017).

Metodología

Para la incorporación de TTM al SNS es necesario elaborar estrategias encaminadas al fortalecimiento del programa. Una de las metodologías para proyectos de impacto social (Rossi et al., 2019) destaca la necesidad de diseñar manual y procedimientos que regulen las etapas de identificación, capacitación, implementación y evaluación en cualquier propuesta innovadora.

1. Identificación de Necesidades

Esta etapa inicial implica detectar los requerimientos específicos del programa, como las áreas donde se necesita integrar a los terapeutas tradicionales y las necesidades de la población. En este punto, también se deben identificar los recursos humanos, materiales y legales que serán necesarios para el proceso.

2. Diseño del Procedimiento

Aquí se establecen los lineamientos específicos para estructurar las acciones necesarias. Por ejemplo, defina cómo se identificarán los terapeutas tradicionales, cómo será el proceso de certificación y qué mecanismos se implementarán para su integración en las instituciones del SNS. Este diseño debe basarse en un marco normativo claro y estar alineado con las políticas públicas vigentes.

3. Capacitación

Esta etapa incluye la formación de los terapeutas tradicionales sobre los estándares del SNS, así como del personal de salud institucional para trabajar en un contexto intercultural. Además, es importante garantizar que ambos grupos comprendan sus roles y limitaciones dentro del sistema de salud.

4. Implementación

Una vez establecido el diseño y la capacitación, se procede a la puesta en marcha del programa. Esto puede incluir la incorporación de los terapeutas en las clínicas y

hospitales, la apertura de espacios de trabajo colaborativo y el inicio del registro nacional de terapeutas.

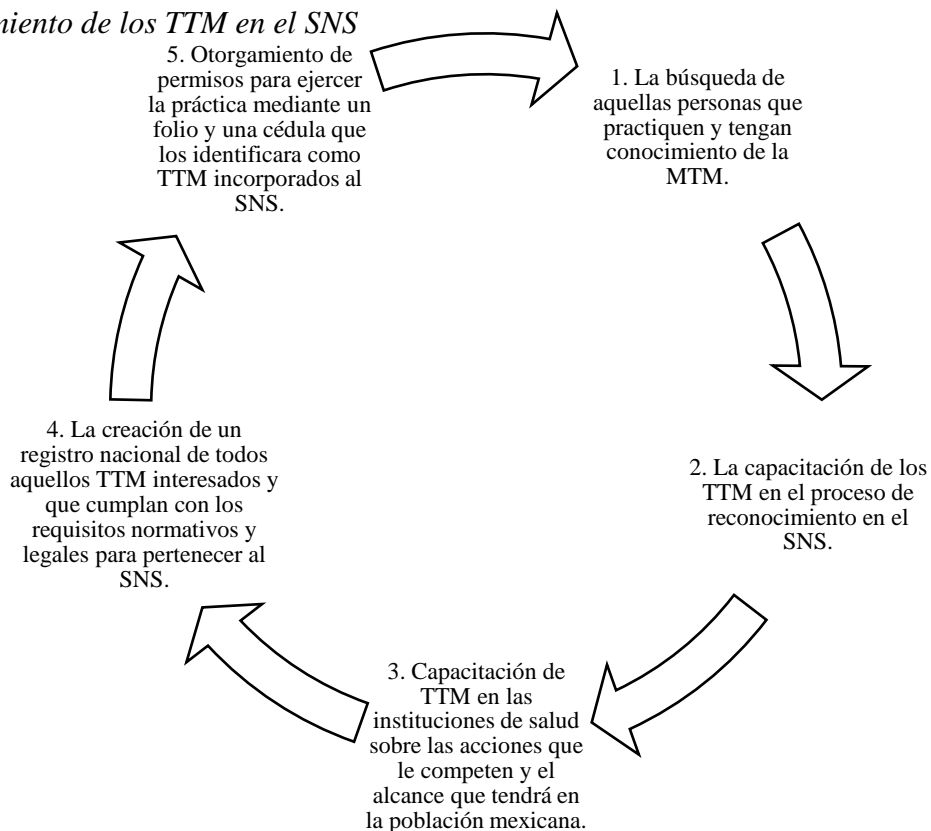
5. Evaluación y Mejora Continua

Es fundamental monitorear los resultados del programa mediante indicadores específicos, como la aceptación de los servicios de los terapeutas tradicionales, la satisfacción de los pacientes y la eficacia de los tratamientos. Los datos recopilados deben ser utilizados para ajustar y perfeccionar el programa, garantizando su sostenibilidad y relevancia.

La propuesta de elaborar un manual de procedimientos va encaminado al cumplimiento de las etapas propuesta por Rossi et al., (2019), ya que se pretende que dicho manual sirva como herramienta para el seguimiento del cumplimiento de los objetivos que se propongan alcanzar.

Figura 1. Procedimiento para la Integración del Manual para el

Reconocimiento de los TTM en el SNS



Se implementará un programa educativo en toda institución de salud a nivel nacional, con temática de interculturalidad, cosmovisión, marco normativo de los TTM, la MTM y sus alcances dentro del SNS. La Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) será la responsable en colaboración con la dirección general de calidad y educación en salud (DGCE) a través de sus programas la distribución de dicho programa educativo así como de la evaluación.

Los carteles publicitarios contendrán información de las políticas, normas y requisitos necesarios para que los TTM puedan ingresar al SNS. también contendrá la información necesaria para el personal de salud sobre la interconexión que tendrán con ellos y la práctica de la MTM dentro de las instituciones, y por último información necesaria para la población general con el objetivo de que conozcan la próxima incorporación al SNS los TTM y que podrán recibir una atención mixta (médicos convencionales y terapeutas tradicionales) si así lo solicitan. Se distribuirán a lo largo del país en cada una de las instituciones de salud donde se pretenda la iniciación y la incorporación de TTM, haciendo énfasis en las clínicas rurales donde se concentre población indígena como posibles precursores de conocimientos tradicionales y así puedan aportar al personal de salud una rápida y segura incorporación a las instituciones del SNS.

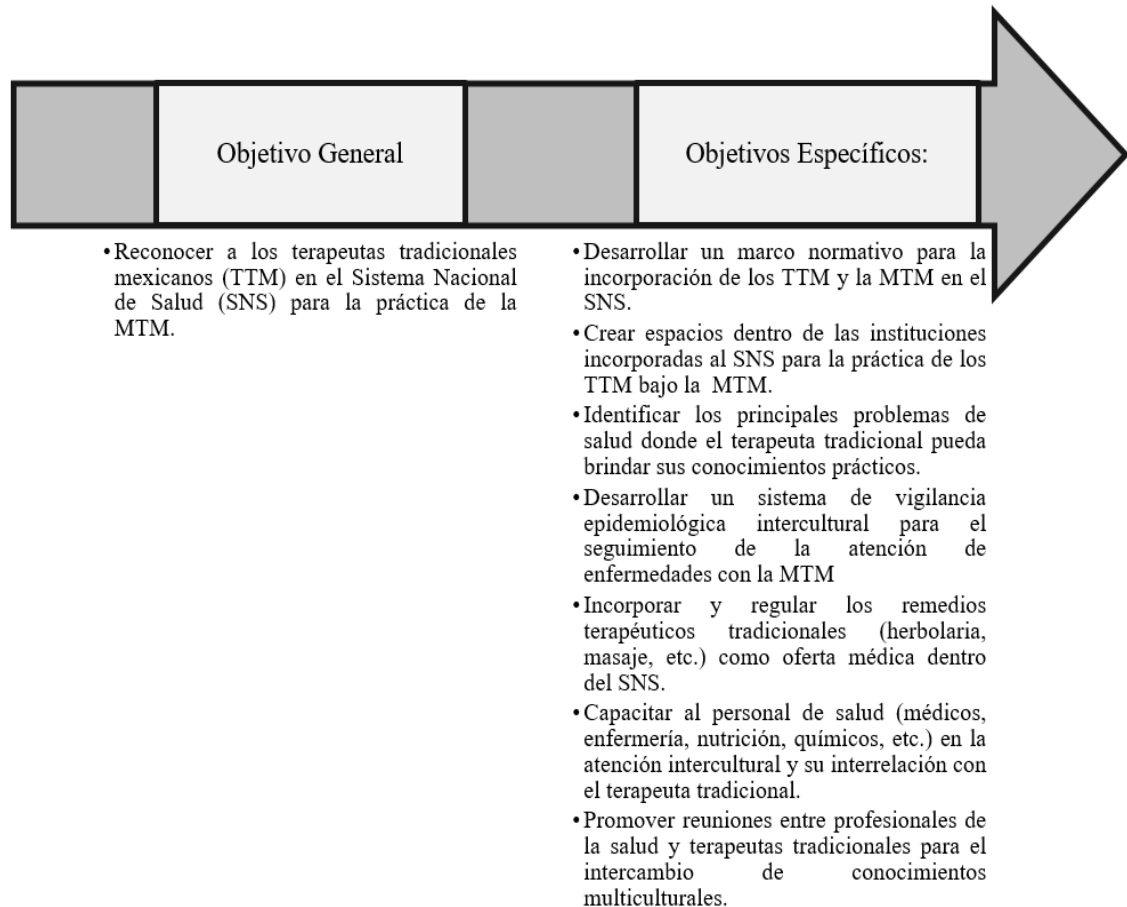
Toda información relevante y asociada al presente programa será difundida a lo largo del país, utilizando medios de comunicación como la televisión y la radio, además de las redes sociales que hoy en día juegan un papel fundamental en la difusión de información más rápida. Se busca que sea de conocimiento público (población en general, personal de salud, TTM, instituciones interesadas) sobre la implementación del programa, los beneficios que traerá para todos los mexicanos y el alcance que busca cubrir en toda persona que requiera una atención con enfoque intercultural.

Resultados

Formulación de la Propuesta del Programa

Para la formulación de la propuesta es necesario establecer los objetivos que se deberán cumplir en el programa. La figura 2 muestra el objetivo general del programa propuesto, así como los objetivos específicos.

Figura 2. *Objetivo General y Específicos para la Propuesta del Programa*



A continuación (tabla 1) se presenta la interrelación de los objetivos propuestos para el programa de reconocimiento de los TTM en el SNS, cada uno presenta sus estrategias y los indicadores que deberán de medirse. Cabe mencionar que en algunos indicadores deberán ser medidos desde su proceso de elaboración y otros desde su impacto (porcentaje de cumplimiento).

Tabla 1

Interrelación de Objetivos, Estrategias e Indicadores

Objetivo 1	Desarrollar un marco normativo para la incorporación de los TTM y la MTM en el SNS.
<i>Estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un marco normativo de regulación de las acciones del TTM en la práctica de la MTM dentro del SNS. • Crear un proceso de registro nacional de TTM para su incorporación al SNS a cargo de la COFEPRIS, con lineamientos establecidos en el marco normativo para su reconocimiento. Se le proporcionara una cédula de registro de identificación personal a cada TTM. • Proporcionar un código presupuestal para el reconocimiento económico del TTM.
<i>Indicadores</i>	<p>- Proceso: creación de marco normativo y asignación de código presupuestal.</p> <p>- Impacto: número de TTM incorporados al SNS en un año.</p>
Objetivo 2	Creación de espacios dentro de las instituciones de salud para la práctica de la MTM por TTM.
<i>Estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar de recurso económico, físico y administrativo para la creación de espacios para consultorios de MTM dentro de las instituciones del SNS. • Crear oficinas de regulación y coordinación de los consultorios de MTM y de los TTM en cada entidad federativa.
<i>Indicadores</i>	- Proceso: Gestión de recurso (económico, físico y administrativo).
Objetivo 3	Determinar el campo de acción (problemas de salud) específico del TTM.
<i>Estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un campo de acción de enfermedades donde el TTM puede ejercer sus conocimientos prácticos. • Elaborar un flujograma para la acción práctica del TTM dentro de las instituciones de salud. • Crear un catálogo de enfermedades para la práctica del TTM incorporado al catálogo universal de los servicios de salud (CAUSES).
<i>Indicadores</i>	<p>- Proceso: Flujograma para la toma de decisiones en la atención de enfermedades tratadas por el TTM.</p> <p>- Proceso: Catálogo de enfermedades en atención del TTM.</p>
Objetivo 4	Desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológico para enfermedades atendidas por el TTM.
<i>Estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un sistema de vigilancia epidemiológica intercultural incorporado al SINAVE para el seguimiento de enfermedades tratadas por el TTM. • Incorporar al sistema único de información de vigilancia epidemiológica (SUIVE) el catálogo de enfermedades atendidas por el TTM.

	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte mensual dentro del sistema de enfermedades atendidas en las instituciones de salud. • Reconocer la figura del TTM dentro de los comités nacionales de vigilancia epidemiológica.
<i>Indicadores</i>	<p>- Proceso: Sistema de vigilancia epidemiológica intercultural.</p> <p>- Impacto: Numero de enfermedades atendidas por el TTM durante 30 días.</p>
Objetivo 5	Incorporar y regular los remedios terapéuticos tradicionales (medicina tradicional mexicana) utilizados por el TTM como oferta dentro del SNS.
<i>Estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar una guía de tratamientos y/o productos terapéuticos tradicionales a cargo del COFEPRIS. • Gestión de licencias y permisos sanitarios de los productos terapéuticos tradicionales. • Crear un sistema de vigilancia terapéutica para el reporte de eventos adversos a productos terapéuticos. • Fomentar el desarrollo de investigación de los beneficios de los productos terapéuticos. <p>- Proceso: Guía de productos terapéuticos tradicionales.</p> <p>- Proceso: Autorización de licencias y permiso de productos terapéuticos tradicionales.</p>
<i>Indicadores</i>	<p>- Impacto: Número de eventos adversos relacionados con productos terapéuticos tradicionales durante un mes.</p> <p>- Impacto: Número de artículos de investigación de los productos terapéuticos tradicionales publicados durante un año.</p>
Objetivo 6	Capacitar al personal de salud (médicos, enfermería, nutriólogos, etc.) en la atención intercultural y su interrelación con el TTM.
<i>Estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un programa de capacitación para el personal de salud en interculturalidad en salud, desde el reconocimiento de la salud física, emocional, espiritual y lo cultural. • Crear un flujograma de interrelación para la toma de decisiones del personal de salud en colaboración con el TTM como consultante o Interconsultantes (según lo solicite el paciente). <p>- Proceso e impacto: Programa de capacitación nacional y estatal en interculturalidad en salud; porcentaje de personal de salud capacitado en un año.</p> <p>- Proceso e impacto: Flujograma de consulta e interconsulta de TTM.</p>
<i>Indicadores</i>	<p>- Proceso e impacto: Programa de capacitación nacional y estatal en interculturalidad en salud; porcentaje de personal de salud capacitado en un año.</p> <p>- Proceso e impacto: Flujograma de consulta e interconsulta de TTM.</p>
Objetivo 7	Promover reuniones (congresos, coloquios, conversatorios, etc.) entre profesionales de salud y TTM para el intercambio de conocimientos.
<i>Estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un comité de desarrollo de eventos como congresos, simposios, conversatorios, etc. relacionados con los conocimientos del TTM y los beneficios de la MTM.
<i>Indicadores</i>	<p>- Proceso: Comité de eventos relacionados con los conocimientos del TTM y la MTM.</p>

Nota. TTM= terapeutas tradicionales mexicanos, MTM= Medicina tradicional mexicana, SNS= sistema nacional de salud

Conclusiones

La propuesta del Programa para el Reconocimiento de Terapeutas Tradicionales Mexicanos en el Sistema Nacional de Salud representa un paso crucial hacia la integración de saberes ancestrales en la atención sanitaria oficial en México. Este programa no solo reconoce el valor de las prácticas de los terapeutas tradicionales, sino que también fomenta su inclusión en el sistema de salud pública, buscando mejorar el acceso a servicios de salud en comunidades rurales e indígenas. El fortalecimiento de estas prácticas a través de la capacitación y el reconocimiento formal puede contribuir a una atención más culturalmente relevante, respetuosa de la diversidad de conocimientos y prácticas en salud que existen en el país (INPI, 2023).

Sin embargo, su éxito dependerá de la implementación efectiva de políticas públicas que garanticen la formación, reglamentación y apoyo continuo a los TTM. Además, es esencial fomentar la investigación científica que valide y apoye estas prácticas, promoviendo su integración respetuosa con la medicina alopática y la creación de un marco normativo robusto podría ser clave para asegurar la viabilidad a largo plazo de esta propuesta y mejorar la calidad de la atención en diversas comunidades, particularmente las más marginadas. Por lo tanto, este enfoque también podría servir como modelo para otros países que buscan integrar la MT en sus sistemas de salud de manera inclusiva y respetuosa.

Conflicto de interés

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

Referencias

Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano. (2009). *Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional*. Parlamento Latinoamericano.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38477/LeyMarcoMedicinaTradicional.pdf>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)-Organización Panamericana de Salud (OPS). (2017). *Medicina Tradicional*, 1-6.

http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin13/medicina_tradicional.pdf

Delgado, S. los especialistas en la medicina tradicional. *Instituto Nacional de Medicina Tradicional*.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1385118&pid=S1726-4634201500030001200006&lng=es

Diario Oficial de la Federación. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. 1-354. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Diario Oficial de la Federación. (1984). *Ley General de Salud*. Texto Vigente, 1-342. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/737080/LGS.pdf>

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. (2023). *Define e impulsa la política intercultural en la oferta de los servicios de salud institucionales*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional-y-desarrollo-intercultural-313624>

Gobierno de México. (2022). *Integración de médicos tradicionales en el modelo IMSS-Bienestar*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/marcoJuridico/Acuerdo-Modelo-Atencion-Salud-Bienestar.pdf>

IMSS-Bienestar. (2024). *Historia y componentes del programa*. <http://www.imss.gob.mx>.

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2024). *Medicina y partería tradicional: Políticas públicas y proyectos comunitarios*. <https://gob.mx/inpi>

- La Jornada. (2023). *Medicina tradicional en el nuevo Plan de Salud IMSS Bienestar: Esto se sabe*. La Jornada Maya.. <https://www.lajornadamaya.mx>
- Mosquera, M.T., Valdés, A. & Paredes, V. (2006). *Terapeutas tradicionales, terapias y racionalidad MAYA: elementos para su inserción y consolidación en el pluralismo del sistema de salud en Guatemala. Dirección General de Investigación- Instituto de Estudios Interétnicos*, 1-4.
<https://digi.usac.edu.gt/sitios/puicb/uploads/3/5/9/9/3599288/terapeutas3.pdf>
- Organización Mundial de Comercio (OMC). (2006). *Chapter II: El contexto normativo para la actuación en materia de innovación y acceso. D: conocimiento y medicinas tradicionales*.
https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/trilatweb_s/ch2d_trilat_web_13_s.htm
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*.
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31763.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional 2014-2013*. Asamblea mundial de salud (WHA62.13), 9-72.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Who global report on traditional and complementary medicine 2019*. 1-228.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Política sobre etnicidad y salud*. 29 conferencia sanitaria Panamericana, 1-33. <https://www.paho.org> › file › download.

Rossi, P.H, Lipsey, M.W. & Freeman, H.E. (2019). *Evaluación: un enfoque sistemático*.

Thousand Oaks: SAGE Publications, 8va edición.

<https://doi.org/10.4135/9781544364620>

Secretaria de Salud de Puebla. (2020). *Día mundial de la medicina tradicional*.

Gobierno de Puebla. [https://ss.puebla.gob.mx/prevencion/informate/item/364-](https://ss.puebla.gob.mx/prevencion/informate/item/364-dia-mundial-de-la-medicina-tradicional)

[dia-mundial-de-la-medicina-tradicional](https://ss.puebla.gob.mx/prevencion/informate/item/364-dia-mundial-de-la-medicina-tradicional)

Singer, M., Davison, L. & Gerdes, G. (1988). Culture, critical theory and reproductive

illness behavior in Haiti. *Med Antropol Q.* 2(4), 370-385.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1385116&pid=S172

[6-4634201500030001200005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1385116&pid=S172)



Aporte de innovación para la práctica

Proceso de atención de enfermería en el ámbito comunitario: estudio de caso

Nursing care process in the community setting: case study

Mayra Mendoza-Armenta ^{1*}

 <https://orcid.org/0000-0002-5225-7495>

Tania Liliana López-Trujillo ²

 <https://orcid.org/0009-0008-4628-7293>

Elia Celene Medina-Osuna ³

 <https://orcid.org/0009-0008-2371-7350>

¹Doctora en Educación, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa *

²Doctora en Innovación y Administración Educativa, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.

³Doctora en Innovación y Administración Educativa Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

*Autor para correspondencia: mayramendoza@uas.edu.mx

Recibido: 02/12//2024

Aceptado: 16/12/2024



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir y adaptar siempre que se cite adecuadamente la obra, no se utilice con fines comerciales y se comparta bajo las mismas condiciones que el original.

Resumen

Introducción: El cuidado es considerado la esencia de la disciplina de enfermería. Por lo cual utiliza como herramienta el proceso de atención de enfermería para brindar el cuidado. El proceso de atención de enfermería es el método científico el cual permite a los profesionales de enfermería ofrecer cuidados de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática, logrando proporcionar una atención individualizada y holística

Objetivo: Aplicar el Proceso de atención enfermero en el ámbito comunitario.

Metodología: Se realizó un estudio de caso en el ámbito comunitario, se utilizó el proceso de atención de enfermería como metodología, se llevaron a cabo las cinco etapas. En la etapa de valoración se utilizó la valoración de Dorothea Elizabeth Orem y se llevó a cabo la valoración cefalocaudal. En la etapa diagnóstica se utilizó la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Con respecto a la etapa de planeación se usó la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC), Classification of Nursing Interventions (NIC). **Resultados:** Se identificaron ocho diagnósticos enfermeros (cinco reales, dos de riesgo o potenciales y uno de síndrome) y un problema interdependiente. **Conclusiones:** Los cuidados de enfermería en el entorno real del individuo permiten desarrollar acciones personalizadas y con mayor impacto en un menor tiempo posible.

Palabras claves: Proceso de atención enfermero, teoría Orem; ámbito comunitario.

Abstract

Introduction: Care is considered the essence of nursing discipline. Therefore, it uses the nursing care process as a tool to provide care. The nursing care process is the scientific method which allows nursing professionals to offer care in a structured, homogeneous, logical and systematic way, achieving the provision of individualized and holistic care.

Objective: To apply for the Nursing Care Process in the community setting.

Methodology: A case study was carried out in the community setting, the nursing care process was used as a methodology, and the five stages were carried out. In the assessment stage, the Dorothea Elizabeth Orem assessment was used, and the cephalocaudal assessment was carried out. In the diagnostic stage, the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) taxonomy was used. Regarding the planning stage, the Nursing Outcomes Classification (NOC) and Classification of Nursing Interventions (NIC) taxonomy was used.

Results: Eight nursing diagnoses were identified (five real, two risk or potential, and one syndrome) and one interdependent problem. **Conclusions:** Nursing care in the individual's real environment allows for the development of personalized actions with a greater impact in the shortest possible time.

Keywords: Nursing care process, Orem theory; community setting.

Introducción

El cuidado es el objeto del conocimiento enfermero. Para enfermería, el cuidado es considerado la esencia de la disciplina (Hidalgo-Mares, & Altamira-Camacho, 2021). Es un servicio de salud especializado y se distingue de otros servicios humanos por su atención en dar respuesta a la necesidad de cuidados que generan los problemas de salud del individuo, familia y/o comunidad (Dandicourt, 2018). Es de suma importancia considerar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como herramienta principal para brindar el cuidado enfermero, ya que es el método científico que permite a los profesionales de enfermería ofrecer cuidados de una forma estructurada y sistemática, logrando proporcionar un cuidado individualizado y holístico (González & Moreno, 2011). Además, este proceso ayuda a los enfermeros a establecer objetivos y planes de cuidado claros y efectivos, lo que mejora significativamente la calidad de la atención que brinda.

El PAE ha evolucionado gracias al crecimiento científico de esta profesión, su desarrollo en cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) se sustenta con la mejor evidencia científica, actualmente se considera como tal a las taxonomías de enfermería NANDA, NOC y NIC, las cuales se han convertido internacionalmente en el lenguaje propio de la disciplina (González-Castillo & Monroy-Rojas, 2016). Con base en lo anterior, enfermería se caracteriza por proporcionar cuidados basados en conocimientos científicos; que permiten desarrollar un método de trabajo propio, siendo el PAE un método que permite llevar a cabo un conjunto de procedimientos lógicos, dinámicos y sistemáticos para brindar cuidados sustentados en evidencia científica (Miranda-Limachi, Rodríguez-Núñez & Cajachagua-Castro, 2019).

En enfermería una de las teorías más utilizadas en América Latina es la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem (López & Guerrero, 2006). Orem, define el autocuidado como una conducta que realiza la persona para cuidar de sí misma

(Hernández, Pacheco & Larreynaga, 2017). Es por ello que el profesional de enfermería debe definir en qué momento el individuo puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir, considerando que existen tres niveles de atención dependiendo de la condición del individuo; totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo y educación, encaminados a la participación del individuo y su familia en la búsqueda de cambios y/o modificación de los estilos de vida (Durán, Rodríguez & Cárdenas, 2019). La teoría de Orem es de gran alcance y utilizada en diversos campos de acción de la enfermería, sirve de sustento en la aplicación de PAE permitiendo al profesional de enfermería brindar cuidados de calidad (López & Guerrero, 2006; Durán, Rodríguez & Cárdenas, 2019).

El presente escrito tiene como objetivo presentar un caso comunitario utilizando como herramienta científica el PAE y la teoría de Orem, con la finalidad de identificar las necesidades de salud reales y de riesgo del individuo, permitiendo brindar cuidados para la mejora del estado de salud físico, mental y social. A continuación, se presenta el PAE aplicado en una femenina (E.A.A.C), de 56 años de edad, con diagnóstico médico de cervicalgia/cervicobraquialgia, valorada en su domicilio, ubicado en una zona rural de un municipio del estado de Sinaloa, México.

Metodología

Se realizó un estudio de caso utilizando como herramienta metodológica para brindar el cuidado el Proceso de Atención de Enfermería aplicando sus cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. En la etapa de valoración se llevó a cabo mediante una entrevista semiestructurada basada en la aplicación de los siguientes instrumentos: formato de valoración de acuerdo con la teoría de Dorothea Elizabeth Orem y la valoración cefalocaudal utilizando los métodos de exploración física. La valoración se llevó a cabo en el domicilio de la persona sujeta a estudio, siempre respetando su privacidad e individualidad. Se cuidó la privacidad e integridad de la femenina.

Para la etapa diagnóstica se llevó a cabo mediante formatos que incluyen el razonamiento diagnóstico, estructuración de diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración, utilizando la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2021-2023; Tabla 1 y Tabla 2). Se priorizaron las etiquetas diagnósticas de acuerdo con la pirámide de Maslow (1943). Cabe señalar que los diagnósticos se priorizaron para dar un orden a los cuidados a brindar. En lo que respecta a la etapa de planeación se realizó planes de cuidados con base a los diagnósticos enfermeros identificados, empleando la taxonomía Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, por sus siglas en inglés) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés). En la etapa de ejecución se aplicaron los planes de cuidados con sus respectivas intervenciones y actividades. Por último, se llevó a cabo la etapa de evaluación en cada una de las etapas del PAE.

Tabla 1

Estructura del razonamiento diagnóstico con base a la teoría de déficit de autocuidado

Factores condicionantes básicos	Requisitos universales	Requisitos de desarrollo	Requisitos de desviación de la salud	Demanda de autocuidado	Diagnóstico enfermería/problema en colaboración
<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - 56 años - Católica - Unión libre - Zona rural - Diagnóstico médico de Cervicobraquialgia /Cervicalgia - La comunidad no cuenta con pavimento, alambrado público, recolección de basura. - Empleada - Trabaja 9 hrs diarias - Sale a caminar tres por semana aproximadamente por 30 minutos - Estado de salud regular - Cuenta con cobertura institucional de salud (IMSS). - Tiene la capacidad para la toma de decisiones con respecto a su salud 	<p>1.Mantenimiento de aporte suficiente de aire.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para respirar - FR de 15 por minuto -Ocasionalmente presenta dolor en nariz -Dolor en cuello <p>2.Mantenimiento de aporte suficiente de agua.</p> <ul style="list-style-type: none"> -T/A 130/70 mmHg -Diagnóstico médico de hipertensión arterial - Consume de 500 a 1000 ml de agua al día -Consume refresco 950 ml al día -Consume café/té 800 ml al día -Refiere que ocasionalmente consume agua de la llave (tubería). <p>3.Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Talla 1.54 metros Peso 64 kg -IMC 26.98 Kg/m² -Sobrepeso -PA de 90 cm -Prepara los alimentos con aceite -Refiere presentar reflujo ocasionalmente -Consume bebidas endulzadas con azúcar. 	<p>Etapa adulto joven.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Epistaxis - Cervicalgia -Artritis <p>Etapa edad fértil.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problema en riñones 	<ul style="list-style-type: none"> -Realiza chequeo general de salud cada 6a 12 meses -No realiza sus controles de salud mensual para cheque de enfermedad crónico-degenerativa (HAS) -No sabe en qué consiste su enfermedad -No aceptaría presentar alguna discapacidad física -Realiza actividades de rehabilitación por la cervicalgia -Tratamiento farmacológico para hipertensión arterial sistémica (Losartán potásico 50 mg, 1 tableta vía oral c/24hrs). 	<p>Apoyo Educativo</p>	<p>Problema de colaboración</p>

Factores condicionantes básicos	Requisitos universales	Requisitos de desarrollo	Requisitos de desviación de la salud	Demanda de autocuidado	Diagnóstico enfermería/problema en colaboración
	<p>5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. -Duerme menos de 6 horas -Presenta cambios en el patrón de sueño. - Dolor del cuello el cual interrumpe su descanso -Presenta bostezos -No toma siestas -Rigidez en articulaciones -Presenta dolor en cuello al realizar actividad física -Sale a caminar 3 veces por semana aproximadamente por 30 minutos. -Refiere que su sueño se ve interrumpido por ronquidos por parte del compañero de cama (esposo).</p>			<p>Apoyo Educativo</p>	<p>Diagnóstico de enfermería</p>
	<p>6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. -Presenta mareos -Sufre de astigmatismo -Usa lentes de armazón.</p>			<p>Apoyo Educativo</p>	<p>Diagnóstico de enfermería</p>
	<p>7. Prevención de peligro para la vida, funcionamiento y el bienestar humano. - Antecedentes heredo-</p>			<p>Apoyo Educativo</p>	<p>Diagnóstico de enfermería</p>

Factores condicionantes básicos	Requisitos universales	Requisitos de desarrollo	Requisitos de desviación de la salud	Demanda de autocuidado	Diagnóstico enfermería/problema en colaboración
	familiares: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cáncer, artritis reumatoide -No implementa medidas de seguridad para el cuidado de su salud y la de su familia.	.		Apoyo Educativo	Diagnóstico de enfermería
	8.Promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial, y conocimiento de las limitaciones y deseo de estar normal. -No aceptaría los cambios en su cuerpo a partir de una enfermedad -Presenta tristeza, preocupación y angustia debido a su estado de salud - Ronquidos por parte del compañero de cama (esposo).			Apoyo Educativo	Diagnóstico de enfermería

Tabla 2

Estructuración de diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración

Etiqueta o problema	Unión	Factor relacionado	Unión	Características definitorias	Priorización
Deterioro del intercambio de gases	R/C	-Patrón respiratorio ineficaz, dolor.	M/P	-Alteración del ritmo respiratorio.	3
Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	R/C	-Alteración de la ingesta de líquidos, dificultad para acceder al agua, conocimiento inadecuado de la necesidad de líquidos.	M/P		8

Etiqueta o problema	Unión	Factor relacionado	Unión	Características definitorias	Priorización
Sobrepeso	R/C	-Patrones anormales de la conducta alimentaria, actividad física, menor a la recomendada por sexo y edad, consumo de bebidas endulzadas con azúcar, periodo corto del sueño.	M/P	Adulto: IMC >25kg/m ²	4
Patrón del sueño alterado	R/C	-Interrupción del sueño causado por la pareja, privacidad insuficiente, presencia de dolor en área afectada.	M/P	-Expresa insatisfacción con el sueño, expresa cansancio, ciclo del sueño no reparador, despertar sin habérselo propuesto.	5
Síndrome de dolor crónico	R/C	-IMC por encima del rango normal para la edad y sexo, conocimiento inadecuado de las conductas de manejo del dolor.	M/P	Patrón del sueño alterado, deterioro regulación de estado de ánimo, deterioro de la movilidad física.	2
Riesgo de caídas en adultos	R/C	-Dolor músculo esquelético, mareos al girar y extender el cuello, deterioro de la movilidad física, individuo con restricciones (visuales).	M/P		9
Autogestión ineficaz de la salud	R/C	-Compromiso inadecuado con un plan de acción, conocimiento inadecuado del régimen terapéutico, capacidad limitada para realizar aspectos del régimen terapéutico.	M/P	-Disminución de la atención a la enfermedad de uno o más miembros de la familia, fracaso al tomar medidas para reducir factor de riesgo en uno o más miembros de la familia.	7

Etiqueta o problema	Unión	Factor relacionado	Unión	Características definitorias	Priorización
Ansiedad	R/C	-Enfermedad crónica (HAS), necesidades no satisfechas, dolor, crisis situacional	M/P	-Expresa angustia, tristeza, expresa ansiedad por cambios en eventos de la vida, incremento de la presión arterial.	6
Cervicalgia	S/A	Cervicobraquialgia	M/P	-Dolor en el cuello y nariz, articulaciones rígidas.	1

Nota. Se realizó la priorización de acuerdo con la pirámide de Maslow.

Resultados

Se aplicó la valoración de Orem y se llevó a cabo la valoración cefalocaudal, a continuación se presenta el resumen de la información identificada: Femenina E.A.A.C de 56 años de edad, de religión católica, estado civil de unión libre, escolaridad de preparatoria incompleta, con diagnóstico médico de cervicalgia/cervicobraquialgia, vive en zona rural dependiente del municipio de Ahome, Sinaloa, México, la vivienda cuenta con los servicios básicos (luz eléctrica, agua y drenaje), la comunidad no cuenta con pavimento y alumbrado público, recolección de basura.

La señora ocupa el rol familiar de esposa y madre (tres hijos), su ocupación es empleada en una fábrica de manufactura, donde labora 9 horas diarias. El ingreso económico mensual familiar es de dos salarios mínimos, refiere no depender de nadie económicamente. Como actividad para el cuidado de la salud sale a caminar por las tardes tres veces a la semana aproximadamente 30 minutos y realiza ejercicios de rehabilitación por la cervicalgia. Ella percibe su estado de salud actual como regular pues ha estado presentando varios problemas de salud y está esperando su próxima cita médica con especialista (traumatología), desde un punto de vista general considera su salud estable ya que refiere poder realizar actividades diarias. Menciona tener una cobertura institucional pública en Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Refiere ser capaz de tomar sus propias decisiones para su atención de salud. Presenta una Frecuencia Respiratoria (FR) de 15 por minuto, una Saturación de Oxígeno (SpO₂) de 95%, llenado capilar de 1 segundo presenta periodos de disnea y refiere marearse ocasionalmente, presenta dolor en cuello y ocasionalmente en nariz, y menciona que no sabe cómo controlar el dolor, lo cual le causa desespero y enojo. La Frecuencia Cardíaca (FC) es de 80 por minuto, Tensión Arterial (T/A) de 130/85 mm Hg refiere tener Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) diagnosticada desde hace 6 años, con tratamiento farmacológico Losartán potásico 50 mg, 1 tableta vía oral c/24hrs.

En cuanto al consumo de agua es de 500 a 1000 ml por día (agua embotellada y menciona que ocasionalmente consume agua de la llave, refiriendo que esta última cuenta con los procesos de potabilización y que la consume ya que a veces no cuenta con el recurso económico para comprar el agua embotellada), también expreso que ingiere bebidas como refrescos (950 ml por día) y café/té (800 ml por día). En cuanto a la somatometría se identificó un peso de 64 kg y una talla de 1.54 m, dando como resultado un Índice de Masa Corporal (IMC) de 26.98 kg/m² lo cual arroja un estado nutricional de sobrepeso, un perímetro abdominal (PA) de 90 cm.

Con respecto a la digestión mencionó que sufre de reflujo ocasionalmente, guisa sus alimentos con aceite. Presento una Temperatura Corporal (TC) de 36.2° centígrados. Duerme aproximadamente menos de seis horas diarias, comenta que su patrón de sueño se ve interrumpido por dolor en el cuello a causa de su cervicalgia/cervicobraquialgia, así como por ronquidos por parte del compañero de cama (esposo), también refiere que su recámara no cuenta con puerta. Menciona que suele despertarse constantemente y que no

descansa correctamente, no toma siestas en el día y no utiliza ningún fármaco para poder conciliar el sueño.

Presenta rigidez en sus articulaciones y refiere dolor al realizar actividad física (caminar). También, menciona que se marea al girar y extender el cuello. En su agudeza visual presenta miopía y astigmatismo, y usa lentes de armazón. Refiere que ocasionalmente se siente triste, preocupada y angustiada por su situación de salud. Refirió antecedentes heredo-familiares de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cáncer y artritis reumatoide. Dentro de sus antecedentes históricos recuerda que tuvo problemas de salud durante el embarazo (problemas en los riñones), y actualmente en la etapa de adulto intermedio ha sufrido de cervicalgia/cervicobraquialgia, artritis y epistaxis. Tiene tres hijos y después de su último parto se realizó la salpingoclasia como método de planificación familiar definitivo.

Comenta que la menopausia la presento a los 45 años, y su fecha de último papanicolaou fue en julio del 2023. Se realiza chequeos generales de salud aproximadamente cada 6 a 12 meses, sin embargo, no realiza sus controles de salud mensual para chequeo de enfermedad crónica degenerativa (HAS). Menciona que no implementa medidas de seguridad para cuidar su salud y la de su familia, refiere no acudir a campañas de salud. Expresa que en caso de presentar alguna discapacidad se desaminaría.

A continuación, se detallan los planes de cuidados que dan respuesta a los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración identificados (Tabla de la 3 a la 11).

Tabla 3

Plan de Cuidados de Enfermería para el diagnóstico de Enfermería de Deterioro del intercambio de gases

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	AA	E
Dominio: (3) Eliminación e intercambio Clase: (4) Función respiratoria. Etiqueta Diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases Factor relacionado: Patrón respiratorio anormal, dolor. Características definitorias: Alteración del ritmo respiratorio. Dominio: (2) Fisiológico complejo Clase: (K) Control respiratorio Intervenciones: Monitorización respiratoria Actividades: 1. Orientar sobre la importancia de vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. 2. Enseñar a la femenina sobre como monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéstica, Biot y patrones atáxicos.	Estado respiratorio	-Frecuencia respiratoria	1.Desviacion grave del rango normal	2	5	4
	Salud fisiológica	-Ritmo respiratorio.	2.Desviacion sustancial del rango normal 3.Desviacion moderada del rango normal 4.Desviacion leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal	2	5	4

Nota: MA=Mantener A; AA= Aumentar A; E= Evaluación.

Tabla 4

Plan de Cuidados de Enfermería para el diagnóstico de Enfermería de Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	AA	E
Dominio: (2) Nutrición Clase: (5) Hidratación Etiqueta Diagnóstica: Riesgo de desequilibrio del volumende líquidos Factor relacionado: Alteración de la ingesta de líquidos, dificultad para acceder al agua, conocimiento inadecuado sobre lanecesidad de líquidos Dominio: (2) Fisiológico complejo Clase: (G) Control de electrolitos y acido-básico Intervenciones: Manejo de líquidos Actividades: 1. Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas pulsóadecuada presión arterial ortostática). 2. Monitorizar los signos vitales. 3. Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.	Hidratación	-Ingesta de líquidos	1.Gravemente comprometido	2	4	3
	Salud fisiológica		2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido			

Nota: MA=Mantener A; AA= Aumentar A; E= Evaluación

Tabla 5

Plan de Cuidados de Enfermería para el diagnóstico de Enfermería de Sobrepeso

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	AA	E
Dominio: (2) Nutrición Clase: (1) Ingestión Etiqueta Diagnóstica: Sobrepeso Factor relacionado: Patrones anormales de la conducta alimentaria, actividad física diaria, promedio menor a la recomendada por sexo y edad, consumo de bebidas endulzadas con azúcar. Características definitorias: Adulto: IMC > 25 Kg/m ² Dominio: (2) Fisiológico básico Clase: (D) Apoyo nutricional Intervenciones: Manejo de la nutrición	Estado nutricional	-Ingesta de alimentos	1.Desviación grave del rango normal	3	5	4
	Salud fisiológica	-Relación peso talla	2.Desviación sustancial del rango normal	3	5	4
	Digestión y nutrición		3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal			
Actividades:						
1. Instruir a la señora sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).						
2. Enseñar a la señora sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad (p. ej., aumento del calcio, proteínas, líquidos y calorías para las mujeres lactantes; aumento de la ingesta de fibra para prevenir el estreñimiento en los adultos mayores).						
3. Ayudar a la señora a acceder a programas nutricionales comunitarios específicos.						
Nota: MA=Mantener A; AA= Aumentar A; E= Evaluación						

Tabla 6

Plan de Cuidados de Enfermería para el diagnóstico de Enfermería de Patrón del sueño Alterado

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	AA	E
Dominio: (4) Actividad/Reposo Clase: (1) Sueño/Reposo Etiqueta Diagnóstica: Patrón del sueño alterado. Factor relacionado: Interrupción del sueño causado por la pareja, privacidad insuficiente, presencia de dolor en área afectada. Características definitorias: Expresa insatisfacción con el sueño, expresa cansancio, ciclo del sueño no reparador, despertar sin habérselo propuesto. Dominio: (1) Fisiológico básico. Clase: (F) Facilitación del autocuidado. Intervenciones: Mejorar el sueño.	Sueño	-Patrón del sueño	Comprometido 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente 5.No	2	5	4
	Salud funcional					
	Mantenimiento de la energía					
		-Sueño interrumpido	1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno	2	4	3

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	AA	E
Actividades:						
1. Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.						
2. Comentar con la persona y la familia técnicas para favorecer el sueño.						
3. Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.						
Nota: MA=Mantener A; AA= Aumentar A; E= Evaluación						

Tabla 7

Plan de Cuidados de Enfermería para el diagnóstico de Enfermería de Síndrome de dolor crónico

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	AA	E
Dominio: (12) Confort Clase: (1) Confort físico Etiqueta Diagnóstica: Síndrome de dolor crónico. Factor relacionado: IMC por encima del rango normal para la edad y sexo, conocimiento inadecuado de las conductas de manejo del dolor. Características definitorias: Patrón del sueño alterado, deterioro de la movilidad física, estrés por sobrecarga. Dominio: (1) Fisiológico básico. Clase: (E) Fomento de la comodidad física. Intervenciones: Manejo del dolor. Actividades: 1. Enseñar los principios del manejo del dolor. 2. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. 3. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 4. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, según corresponda.	Control del dolor Dominio: (4) Conocimiento y conducta de dolor Clase: (Q) Conducta de dolor	-Utiliza los analgésicos de forma apropiada -Reconoce síntomas asociados del dolor	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	2 3	4 5	3 4
Nota: MA=Mantener A; AA= Aumentar A; E= Evaluación						

Tabla 8

Plan de Cuidados de Enfermería para el diagnóstico de Enfermería de Riesgo de caídas en adultos

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	AA	E
Dominio: (11) Seguridad / protección. Clase: (2) Lesión física. Etiqueta Diagnóstica: Riesgo de caídas en adultos Factor relacionado: Dolor musculoesquelético, mareos al girar y extender el cuello, deterioro de la movilidad física, individuo con	Conducta de prevención: Caídas. Dominio: (4) Conocimiento y conducta de salud Clase: (T) Control del riesgo y seguridad	-Utiliza procedimientos de traslado seguros -Utiliza dispositivos oculares de corrección	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	2 2	4 4	4 4
Nota: MA=Mantener A; AA= Aumentar A; E= Evaluación						

Diagnóstico de Enfermería(NANDA)	Resultado NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	MA	MA
restricciones (visuales) Dominio: (4) Seguridad. Clase: (V) Control de riesgos. Intervenciones: Prevención de caídas						
Actividades:						
1. Identificar déficits cognitivos o físicos de la persona que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.						
2. Identificar las características de ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).						
3. Controlar la marcha, equilibrio y cansancio al deambular.						
4. Disponer de muebles firmes que no se caigan si se utilizan de apoyo.						
Nota: MA=Mantener A; AA= Aumentar A; E= Evaluación						

Tabla 9

Plan de Cuidados de Enfermería para el diagnóstico de Enfermería de Autogestión ineficaz de la salud.

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	AA	E
Dominio: (1) Promoción de la salud. Clase: (2) Manejo de la salud. Etiqueta Diagnostica: Autogestión ineficaz de la salud. Factor relacionado: Compromiso inadecuado con un plan de acción, conocimiento inadecuado del régimen terapéutico, capacidad limitada para realizar aspectos del régimen terapéutico. Características definitorias: Disminución de la atención a la enfermedad de uno o más miembros de la familia, fracaso al tomar medidas de para reducir el factor de riesgo en uno o más miembros de la familia. Dominio: (2) Fisiológico complejo. Clase: (H) Control de fármacos. Intervenciones: Manejo de la medicación.	Autocuidados: medicación no parenteral. Dominio: (1) Salud funcional. Clase: (D) Autocuidado.	-Utiliza la medicación según prescripción.	Comprometido 1. Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente 5.No	2	3	4
		-Realiza actividades de autocontrol	Comprometido 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente 5.No	2	3	4
Actividades:						
1.Determinar el conocimiento de la persona sobre la medicación.						
2.Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.						
3.Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.						
4.Desarrollar estrategias con la persona para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.						
5.Enseñar a la señora y/o a los familiares el método de administración de los fármacos, según corresponda.						
Nota: MA=Mantener A; AA= Aumentar A; E= Evaluación						

Tabla 10

Plan de Cuidados de Enfermería para el diagnóstico de Enfermería de Ansiedad

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana		
				MA	AA	E
Dominio: (9) Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase: (2) Respuestas de afrontamiento Etiqueta Diagnóstica: Ansiedad. Factor relacionado: Enfermedad crónica (HAS), necesidades no satisfechas, dolor, crisis situacional. Características definitorias: Expresa angustia, tristeza, expresa ansiedad por los cambios en los eventos de la vida, incremento de la presión arterial. Dominio: (3) Conductual. Clase: (R) Ayuda para el afrontamiento. Intervenciones: Apoyo emocional.	Autocontrol de la ansiedad. Dominio: (3) Salud psicosocial. Clase: (M) Bienestar psicológico.	-Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	Demostrado 1.Nunca 2.Raramente 3.A veces 4.Frecuentemente 5.Siempre	2	4	4
Actividades: 1.Planea estrategias para superar situaciones estresantes. 2.Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso 3.Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad 4.Animar a la persona a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza, etc.						
Nota: MA=Mantener A; AA= Aumentar A; E= Evaluación						

Tabla 11

Problema interdependiente de Cervicalgia

Problema interdependiente	Objetivos	Acciones de enfermería	Fundamentación científica
Problema: Cervicalgia S/A Etiología: Cervicobraquialgia M/P Signos/síntomas: Articulaciones rígidas Síntomas: Dolor	Disminuir el dolor de la persona causado por la cervicobraquialgia, así como prevenir complicaciones mediante la administración del tratamiento farmacológico y terapias de rehabilitación.	Independientes -Educar la importancia de la actividad física y buena. -Realizar terapia ocupacional. Interdependientes: Tratamiento: -Naproxeno 500mg cada 12 hrs. -Pregabalina 75 mg cada 12 hrs. -Realizar ejercicios de terapia de rehabilitación	La aplicación adecuada del ejercicio físico terapéutico mejora las condiciones físicas y fisiológicas de la región cervical, produciendo sensación de alivio y relajación. (Carrasco-Cárdenas M, et al. 2023) Existen técnicas terapéuticas que ayudaran a mejorar la calidad de vida como lo son las terapias físicas y ocupacionales. La Terapia ocupacional surge como una disciplina que resuelve los problemas generados por una disfunción en el estado de salud, entendiendo la salud

Problema interdependiente	Objetivos	Acciones de enfermería	Fundamentación científica
			como el concepto negativo de esta, es decir la ausencia de enfermedad (Carvajal, et al., 2019).
			Los objetivos del tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico, son aliviar el mismo y prevenir la ruptura con la actividad normal del individuo (Cid et al., 2001).
			La incorporación del ejercicio terapéutico a la práctica clínica habitual en el manejo del dolor cervical crónico incrementa la eficacia del tratamiento. (Fernández-de-las-Peñas C, et al., 2014)
<p>Evaluación: La persona mejoró su estado de salud, realizando las terapias físicas y ocupacionales, así como la aplicación del tratamiento, se sugiere una nueva visita en 4 semanas, para evaluar mejoría.</p>			

Conclusiones

Los profesionales de enfermería utilizan el PAE como una herramienta para brindar cuidados de manera integral. Específicamente, el enfermero comunitario, debe brindar cuidados buscando implicar al individuo, familia y/o comunidad, partiendo de los recursos con los que cuenta, y con sentido de compromiso para formar parte en la toma de decisiones sobre los problemas de salud. La implementación del PAE en el ámbito comunitario permite al profesional de enfermería brindar el cuidado de manera holística dirigido a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades. Por tanto, la enfermería comunitaria debe brindar un cuidado basado en lo preventivo conllevando a establecer acciones individuales y

colectivas, que consideren actividades, intervenciones y procedimientos de detección temprana y protección específica.

La aplicación del PAE en la femenina E.A.A.C, permitió mejorar su condición de salud, también se logró aumentar el nivel de conocimiento con respecto a las necesidades de salud identificadas. Por lo que se puede concluir que el uso del PAE como herramienta de cuidado del profesional de enfermería en el ámbito comunitario tiene un impacto considerable en la atención y por ende en la salud del individuo. Por otro lado, es importante mencionar las limitaciones que se identificaron en el presente trabajo: Al iniciar con la etapa de valoración la femenina se mostraba nerviosa e inquieta, sin embargo, conforme se avanzaba en la entrevista y la exploración física se fue mostrando más tranquila y en confianza, logrando obtener la mayor parte de la información requerida. Con respecto a la etapa de ejecución de los planes de cuidados se presentaron factores que impidieron aplicar de manera completa las actividades planeadas, dichos factores fueron los siguientes: el tiempo, el diagnóstico médico, falta de mayor privacidad.

Referencias

- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Wagner, C. M., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier.
- Carrasco-Cárdenas M, et al.(2023). Importancia del ejercicio físico terapéutico aplicado en el latigazo de la columna cervical. *Rev. Cubana Reumatol.*
- Carvajal Andrade, J. F., Gurumendi España, I. E., Pazmiño Castillo, C. N., & Calle Gómez, M. A. (2019). Cervicobraquialgia: Manejo del dolor, terapia física y terapia ocupacional. *RECIMUNDO*, 3(2), 26-51.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.26-51](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.26-51)
- Cid, J., De Andrés, J., Reig, E., Del Pozo, C., Cortés, A., & García-Cruz, J. J. (2001). Cervicalgias y lumbalgias mecanicodegenerativas. Tratamiento conservador. Actualización. *revista-sociedad española del dolor*, 8, 79-100.
- Dandicourt Thomas, C. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 55-62.
- Durán, A. I. G., Rodríguez, Y. S., & Cárdenas, A. A. C. (2019). Cuidado de enfermería en el paciente con pie diabético a la luz de la teoría de Dorothea Orem. *Cina Research*, 3(2), 37-45.
- Fernández-de-las-Peñas C, et al.(2014) eficacia del ejercicio terapéutico en el abordaje del dolor cervical crónico y la postura de cabeza adelantada.
- González Sara, S. H., & Moreno Pérez, N. E. (2011). Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. *Enfermería Global*, 10(23), 89-95.

- González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2), 124-129.
- Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espiritana*, 19(3).
- Hidalgo-Mares, B., & Altamira-Camacho, R. (2021). ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? *Enfermería Actual de Costa Rica*, (40).
- López Díaz, A. L., & Guerrero Gamboa, S. (2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Investigación y educación en enfermería*, 24(2), 90-100.
- Marcos, R. A. A. (2022). Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2021–2023. *Revista Científica de Enfermería (Lima, En Linea)*, 11(2), 2-4.
- Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería universitaria*, 16(4), 374-389.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (Eds.). (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. Elsevier.

Hecho en México
Sitio web administrado por:
Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa
Correo electrónico: revista.fem@uas.edu.mx
Revista Científica FEMUAS
Disponible en: <https://revistas.uas.edu.mx/index.php/FEMUAS/index>

