



Vol.9 Núm. 1
Enero-Junio 2025



Artículos de investigación

Experiencia de caídas en adultos mayores: un análisis desde la inteligencia emocional .

Diferencias de género en la percepción de las estrategias de afrontamiento masculinas ante la muerte .

Perfil de estilo de vida y nivel de estrés en estudiantes universitarios de ciencias de la salud.

Costos asociados a la atención de personas con demencia en residencias para personas mayores .

Estudio de caso

Proceso de atención de enfermería en un paciente con meningioma: Un estudio de caso clínico exploratorio





Volumen 9, Número 1

enero - junio de 2025

Comité Editorial

MCE. Eloisa Beatriz del Socorro Puch Ku

MINE. Lucy Minelva Oxté Oxté

Dr. Antonio Yam Sosa

ISC. Glendy del Pilar Pérez Góngora

Universidad Autónoma de Yucatán, México

Consejo editorial

Dra. Lorena Chaparro Díaz
Universidad Nacional de Colombia

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Universidad Autónoma de Nuevo
León

Dra. Irasema Romero Baquedano
Hospital Regional de Alta
Especialidad de Yucatán

Dra. Carolina Elizabeth Medina
Escobedo

Dr. Saul May Uitz
Universidad Autónoma de Yucatán

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dra. Patricia I. del S. Gómez Aguilar
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Martin Castro Guzmán
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Elsa María Rodríguez Ángulo
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Gloria de los Ángeles Uicab Pool
Universidad Autónoma de Yucatán

CONTENIDO

ARTÍCULOS	Página
ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN	1
Experiencias de caídas en adultos mayores: un análisis desde la inteligencia emocional Josue Francisco Vázquez López <i>Universidad Autónoma de Coahuila. Unidad Torreón</i> Luis Carlos Cortez González Diana Berenice Cortes Montelongo <i>Universidad Autónoma de Coahuila. Unidad Saltillo</i> Tirso Duran-Badillo <i>Universidad Autónoma de Tamaulipas</i>	
Diferencias de género en la percepción de las estrategias de afrontamiento masculinas ante la muerte Andrea Mancilla-Díaz María José Arteaga-Herrera Sergio Israel Cabrera-García Gabriela Palomé-Vega <i>Universidad Autónoma de Querétaro</i>	12
Perfil de estilo de vida y nivel de estrés en estudiantes universitarios de ciencias de la salud Luis Arturo Jaime-Martínez Laura Pueblito Centeno-Parra Nancy Viridiana Ruiz-Vargas <i>Universidad Tecnológica de México</i>	30
Costos asociados a la atención de personas con demencia en residencias para personas mayores Mariana López-Ortega Sara Torres-Castro Luis Miguel F. Gutiérrez-Robledo Azucena Guzmán <i>Instituto Nacional de Geriátría</i>	41
ESTUDIOS DE CASO	
Proceso de Atención de Enfermería en un paciente con meningioma: Un estudio de caso clínico exploratorio Nadely Patricia Ramírez-Ojeda	53

Dallany Trinidad Tun-González Arlene Lilian Moguel-Palma Laura Dioné Ortiz-Gómez Lizbeth Paulina Padrón Aké <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i>	
--	--

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencia de caídas en adultos mayores: un análisis desde la inteligencia emocional

Experience of falls in older adults: an analysis from emotional intelligence

Josue Francisco Vázquez-López¹, Luis Carlos Cortez-González², Diana Berenice Cortes-Montelongo², Tirso Duran-Badillo³

RESUMEN

Introducción: El fenómeno de las caídas es uno de gran incidencia en la población adulta mayor. Asimismo, presenta consecuencias diversas en la salud de la persona, lo que trae como consecuencia una vivencia diferente de una caída en el adulto mayor. Los adultos mayores del área rural están expuestos a sufrir una caída por las irregularidades en el terreno. **Objetivo:** Describir la experiencia de una caída en el adulto mayor del área rural. **Metodología:** Mediante el enfoque cualitativo y el método fenomenológico se realizó una entrevista semiestructurada a adultos mayores de una comunidad rural. **Resultados y Discusión:** Se clasificaron los argumentos de los participantes en las categorías autonomía para las actividades, respuesta emocional y respuesta social. **Conclusión.** La experiencia de haber sufrido una caída produce una disminución en la capacidad de realizar actividades cotidianas y lleva a una sobreprotección familiar. Sin embargo, expresa un deseo por seguir siendo una persona activa.

Palabras clave: Adulto mayor, Caídas, Inteligencia emocional, Experiencias

ABSTRACT

Introduction: The phenomenon of falls is one of great incidence in the elderly population. Likewise, it has different consequences on the individual's health, which can result in each person having a different experience of a fall. Accordingly, the elderly in rural areas is exposed to falling due to irregularities in the terrain. **Objective:** Describe the experience of a fall in older adults in rural areas. **Methodology:** Using the qualitative approach and the phenomenological method, a semi-structured interview was conducted with older adults from a rural community. **Results and Discussion:** The participants' arguments were classified into the categories autonomy for activities, emotional response, and social response. **Conclusion.** The experience of having suffered a stroke produces a decrease in the ability to carry out daily activities and leads to family overprotection. However, he expresses a desire to continue being an active person.

Keywords: Elderly, Falls, Emotional Intelligence, Experiences.

¹Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Enfermería. Unidad Torreón. Coahuila, México.

²Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Enfermería. Unidad Saltillo. Coahuila, México.

³Universidad Autónoma de Tamaulipas. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros. Tamaulipas, México.

Recibido: 12 de junio de 2024

Aceptado: 9 de julio de 2024

Publicado: 21 de enero de 2025

Correspondencia para el autor: Luis Carlos Cortez González. Calzada Francisco I. Madero 1237, Zona Centro, C.P. 25160.

Saltillo, Coahuila, México. luccortezg@uadec.edu.mx

INTRODUCCIÓN

Los síndromes geriátricos son uno de los factores que repercuten en la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores (PAM), por ser una causa importante de discapacidad y muerte (1). Entre estos síndromes están las caídas, que traen consigo diversas consecuencias que pueden afectar la funcionalidad, la calidad de vida y las relaciones sociofamiliares de las PAM, por las lesiones físicas o por la restricción de actividad provocada a causa la falta de confianza y la angustia de sufrir una nueva caída (2).

En el mundo, aproximadamente se producen alrededor de 684 000 caídas mortales y 37,3 millones de caídas que requieren hospitalización, aunque no sean mortales representan un importante gasto para los sistemas de salud (3). Además, se ha reportado en la población mexicana cifras de al menos un 20.50% de PAM de entre 60 y 64 años que han llegado a sufrir una caída, y en las PAM de entre 85 a 100 años, la cifra aumentaba hasta el 41% (4).

Aunque no se produzcan lesiones físicas, la pérdida de confianza en uno mismo por haber sufrido una caída, el deterioro de la propia imagen o sensación de inseguridad, pueden resultar en una consecuencia de carácter psicológico conocido como el miedo a caer. Se habla que dicho fenómeno tiene un componente motor, que incluye trastornos de la postura y de la marcha, así como un componente psicológico. Además, la evidencia señala que puede afectar a una

de cada cinco personas que sufren caídas y puede aumentar el riesgo hasta un cincuenta por ciento de volver a experimentar una caída (3).

El miedo a caer incluye tanto el miedo a caminar como la pérdida de confianza para desarrollar sus actividades (5). Además, como resultado del cambio de comportamiento, la salud del adulto mayor puede sufrir otras consecuencias como: la disminución de la movilidad y de la capacidad funcional. Así mismo, estas alteraciones pueden dar como resultado una mayor dificultad para la rehabilitación, dependencia de un cuidador, pérdida de contacto social, depresión por el sentimiento de inutilidad y pérdida de recursos y apoyo social (3).

Se ha mencionado que la conducta de evitación del adulto mayor (AM), puede ser reforzada a través del propio personal cuidador o incluso por medio de los familiares que están a su cargo. Después de fallar los esfuerzos para que el AM se levante y se traslade fuera de su cama, se terminará desistiendo en volver a intentar, resultando en que permitan que permanezcan en el mismo lugar de descanso. Como resultado se aprende y se refuerza una conducta de dependencia en el AM, que puede persistir en el tiempo si no se corrige oportunamente (3).

Por otra parte, se señala que la inteligencia emocional (IE) está relacionada con estrategias de manejo de situaciones estresantes y la regulación autónoma de las

emociones. Mayer y Salovey mencionan que la IE es un conjunto de conceptos que contribuyen a evaluar, expresar y regular con precisión las emociones propias y ajenas, así como también a utilizar las emociones para motivar, planificar y tener éxito en la vida (6,7,8). Por lo cual, el uso inteligente de las emociones es crucial para una adaptación física y psicológica (9).

Se ha informado que los niveles bajos de IE están asociados con diversas variables de inadaptación psicológica, incluidos altos síntomas depresivos, alta ansiedad y baja adaptación emocional. Además, una IE alta se asocia con indicadores positivos de bienestar y ajuste psicológico, tales como: una mayor autoestima, mayor satisfacción con la vida y mayores niveles de bienestar subjetivo y psicológico (10,11). Se afirma que las personas con altos niveles de IE utilizan estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación y participación en actividades con otros pares. También es más probable que adopten estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión y la evaluación situacional, y tengan mejores habilidades sociales, interpersonales, organizativas y de gestión del tiempo. Asimismo, otro trabajo señala la importancia de prestar atención de

manera multifactorial en todos los implicados en el proceso de la atención de una AM que ha sufrido una caída. Las experiencias de las caídas se relataban como puntos de inflexión en las relaciones, causando a la persona receptora de cuidados una gran dependencia física y emocional de la persona cuidadora (11).

Por las altas probabilidades de que un adulto mayor sufra una caída (4), y que presente el miedo a caer, es necesario conocer el impacto que esta experiencia tiene en la vivencia de la PAM. Además del aumento en el número de población adulta mayor, es necesario que el personal de salud preste atención en este aspecto de la salud.

De igual manera, se debe explorar los factores que puedan influir en esta variable, para reforzar o generar nuevas intervenciones que contribuyan a prevenir y disminuir el miedo a las caídas y, por consiguiente, mejore la calidad de vida en el adulto mayor.

El propósito de este trabajo es describir la vivencia después de una caída, del AM pertenecientes a la comunidad rural del Ej. el cambio perteneciente al municipio de Matamoros, Coahuila, desde el marco de la inteligencia emocional.

MATERIALES Y MÉTODO

Tipo de investigación

Este estudio cualitativo tiene enfoque fenomenológico porque busca indagar en la vivencia que un grupo de la población tiene sobre el fenómeno de interés, el cual son los AM pertenecientes a la comunidad del

municipio de Matamoros, que hayan sufrido una caída. El paradigma en el que se basa esta investigación es interpretativo, porque busca comprender la realidad holística que gira en torno a la IE de la persona adulto mayor que presenta algún miedo a las caídas.

Características del investigador.

Los investigadores que participaron en este trabajo presentaron el grado de estudios de licenciatura, con una capacitación previa en las entrevistas y recolecta de datos de la investigación. Debían contar con una ética profesional y un alto valor de respeto y comprensión, al igual que una disposición por colaborar en el trabajo y, experiencia conviviendo con AM. Se buscó establecer una relación de confianza con los AM mediante el acompañamiento durante sus actividades de la vida diaria, al momento de la entrevista.

Escenario de estudio

El entorno para trabajar es la comunidad rural del Ejido El cambio, Matamoros Coahuila. El cual cuenta con una población superior a los 7000 habitantes. La comunidad, aunque está en proceso de pavimentación de las vías públicas, sigue manteniendo calles irregulares y sin asfaltar, lo cual es un indicador de riesgo de caídas y riesgo en el entorno del AM (12,13). Las características de los lugares donde se realizaron las entrevistas fueron variadas. El abordaje de los participantes fue en su propio domicilio, de los cuales contaba con un segundo piso. Sin embargo, específicamente las entrevistas se realizaron principalmente en patio frontal de sus viviendas, los cuales contaban con irregularidades diversas en su suelo, significando un factor de riesgo de caídas para el AM. La selección de esta comunidad fue por la facilidad de acceso por parte de los investigadores.

Población muestra y muestreo.

En este marco, el método fenomenológico constituyó una herramienta transversal para la comprensión de la realidad en estudio. La muestra de estudio consistió en AM ubicados dentro del domicilio, los cuales fueron seleccionados por presentar características del fenómeno de estudio, la muestra se dio hasta alcanzar la saturación de datos. Los participantes habitan en la comunidad ejidal Cambio, Matamoros, Coahuila de Zaragoza, México. Se identificó a los participantes en sus domicilios con el fin de asegurar su integridad por el riesgo que presentan volver a sufrir una caída, además es más probable encontrar a un AM en su domicilio si ha sufrido una caída, y por los cambios de comportamiento que puede esperarse después de haber pasado por una experiencia de previa de una caída.

Criterios éticos

La presente investigación tiene su fundamentación ética en el reglamento expedido por la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (14).

En concordancia, se les proporcionó un consentimiento informado. Igualmente, se sometieron a comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdez Galindo. Asimismo, se garantiza el anonimato de su participación con el cambio de los nombres proporcionados.

Métodos de recolección de datos

Los discursos fueron recuperados en el periodo septiembre – octubre de 2022. Las entrevistas se realizaron en un lugar cómodo para los participantes, el cual podía ser su patio o dentro de su vivienda. Se le pidió confirmar a cada participante si era el momento y lugar adecuado para llevar a cabo la entrevista sin interrupciones, considerando los fundamentos de la entrevista fenomenológica, con el objeto de no inducir respuestas. La triangulación de fuentes fue mediante la utilización de múltiples métodos de recolección de datos (entrevista fenomenológica y grabación de voz), al igual que la realización de nuevas entrevistas, si es el caso, para aclarar información de los discursos. Las modificaciones que ha presentado la metodología fueron realizadas en las entrevistas semiestructuradas, buscando ampliar la información que se pueda obtener y evitar influir en la respuesta de los participantes.

Instrumentos y tecnologías de recopilación de datos

Los instrumentos consistieron en una entrevista semiestructurada que incluían 5 preguntas dirigidas a conocer la vivencia del AM después de haber sufrido su caída y, una grabadora de voz con la cual se tomó registro de todos los datos proporcionados por el participante al momento de la entrevista. Asimismo, se empleó una herramienta de dictado por voz, del programa procesador de texto Word, para la transcripción de las entrevistas en dicho programa. La duración

promedio de las entrevistas fue de 20 minutos y fueron aplicadas en una sola sesión.

Unidad de estudio

Los AM que participaron en el estudio presentaron la característica principal de haber sufrido una caída. Además, son funcionalmente independientes para desempeñar sus actividades de la vida diaria [ABVD], pero por el miedo de volver a sufrir una caída, presentan cierto grado de miedo para continuar con su vida cotidiana.

Asimismo, los participantes no mostraron un grado de deterioro cognitivo alto o moderado.

Procesamiento de datos.

Los datos fueron transcritos a un documento electrónico una vez recolectados y, posteriormente fue verificada su correcta transcripción mediante una comparación con la reproducción de las grabaciones. Los datos se codificaron según la identificación y clasificación por colores, de los temas identificados en los argumentos de los participantes. Se mantendrá su anonimato mediante la utilización de seudónimos para cada participante.

Análisis de los datos

El análisis del discurso fue realizado basado en los procedimientos empleados por Amezcua y Montoro (15), quienes proponen sistematización en el análisis de un texto biográfico que facilite su utilización por y la comprensión de estos. Dicha propuesta

consiste en cinco fases de análisis, las cuáles fueron elaboradas por Taylor-Bogdan (16).

Siguiendo el orden sistemático de Taylor-Bogdan; la primera fase de análisis consistió en la preparación de los datos, donde se realizará una transcripción, identificación y organización de la información obtenida de los participantes para proteger la identidad de estos. La segunda fase fue descubrir los temas, en la cual se buscó extraer de los datos una estructura temática en los discursos para poder adoptar una perspectiva de análisis de la información. Codificar los datos correspondió a la tercera fase, donde se buscará reunir los datos en función de las categorías identificadas para determinar su consistencia y congruencia. La cuarta fase correspondió a la interpretación de los resultados, mediante la utilización de un esquema explicativo (concepto-proposición-ilustración-identificación), para convertir las categorías de análisis en líneas argumentales con congruencia a la interpretación de los discursos. En la quinta fase se buscó

relativizar las interpretaciones con el fin de determinar cuál fue nuestra influencia en los resultados del análisis y, determinar si no ha sido una comprensión de la realidad apresurada y condicionada por la propia proyección subjetiva. La sexta y última fase constó en determinar el rigor del análisis, indagando si la triangulación complementaria de información o, si auditores externos han revisado la concordancia entre los datos y las interpretaciones obtenidas. Todo realizado en pro de comprobar el haber utilizado todos los procedimientos aceptados en la metodología cualitativa para un correcto análisis.

Técnicas para asegurar la confiabilidad

Se utilizaron notas de campo en las que se hicieron anotaciones sobre peculiaridades que se presentaron durante las entrevistas y, si procede, realizar nuevos acercamientos con los participantes con el fin de aclarar dudas o profundizar en la información (17).

RESULTADOS

En la tabla 1 se describen las características biográficas de los participantes en el estudio. Fueron 3 AM de entre 68 – 76 años, dos hombres y una

mujer. El tiempo de antigüedad de sus caídas fue de entre 5 días – 4 años. Los AM reportaron seguir realizando sus actividades básicas de la vida diaria.

Tabla 1. Datos biográficos de los participantes.

Participante	Sexo	Edad	Código de identidad	Tiempo de ultima caída
1	M	71 años	1M71	6 meses
2	H	76 años	2H76	4 años
3	H	68 años	3H68	5 días

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se describe la estructura de las categorías y subcategorías identificadas en los argumentos de los AM.

Tabla 2. Categorías y subcategorías de los discursos.

Fenómeno	Categorías	Subcategorías
Caída	Autonomía para las actividades	Deambulación
		Trabajo
		Cuidado y lentitud en las actividades.
	Respuesta emocional	Autopercepción física
		A la caída
		Deseo de trabajar
	Respuesta social	Amigos
		Familia
		Trabajo

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 3 contiene las definiciones de cada una de las categorías identificadas.

Tabla 3. Definición de Categorías.

Categoría	Definición
Autonomía de las actividades:	Argumentos que refieren o hacen alusión a la conceptualización de los AM sobre los cambios percibidos en su deambulación, trabajo y, el cuidado y lentitud con el que realizan sus actividades después de su caída.
Respuesta emocional:	Argumentos que refieren o hacen alusión a la conceptualización de los AM sobre las emociones generadas respecto a su autopercepción física, al accidente de su caída, el deseo de seguir trabajando.
Respuesta social:	Argumentos que refieren o hacen alusión a la conceptualización de los AM sobre a las características y cambios en las relaciones que tienen con sus amigos, familiares y el mundo laboral.

Fuente: Elaboración propia

El tema central encontrado en los argumentos de los participantes corresponde a la pérdida de autonomía en las actividades que los AM perciben después de haber sufrido su caída. Los AM refieren perder la oportunidad de realizar actividades que anteriormente podían efectuar sin mayor inconveniente:

“Ya no puedo ni ir a las consultas sola, porque ya no me deja, porque piensa que me vaya a caer otra vez” (1M71).

Esta pérdida de Autonomía de las actividades puede ser también reflejada en una incapacidad de poder seguir trabajando:

“Y pasó un compa, y me dijo “¿que hubo? ¿ya no trabajaste?” Le dije “No, ya no.

Ya. Ya no me quisieron dar jale” (2H76).

Este último ejemplo puede presentar una mayor importancia para los AM de la comunidad rural, debido a la percepción de hombre trabajador que la cultura rural tiene sobre los mismo. No obstante, aunque el AM no refería tener alteración en su Autonomía de las actividades, se aprecia un interés en seguir con sus actividades cotidianas:

“Pues, bien. Pues, aquí. Mire, seguimos platicando... Aquí estamos cotorreándola” (3H67).

En concordancia, los AM expresan un deseo por seguir siendo activos e independientes:

“Yo quiero trabajar, ¿verdad? Para aliviarme de

los pies... a lo mejor me hace falta calor del trabajo” (2H76).

En la narrativa anterior se aprecia como el adulto mayor supone que el mantenerse activo puede ser beneficioso para su salud. Sin embargo, los AM comentan el estar conscientes de sus limitaciones, esto mediante la autopercepción que han adquirido después de haber sufrido su caída:

“Ya no puedo hacer lo que yo hacía antes, rápido, corriendo. Ya ahorita todo tiene que ser con cuidado, lento” (1M71).

“Me gustaría trabajar, pero al pasito” como la (el) azadón, ahí trabaja uno al paso” (2H76).

Por otra parte, los AM comentan el cómo su Autonomía de las actividades ha sido influida por la respuesta social, en particular la de sus familiares, los cuales reaccionan de manera protectora hacia ellos. Esto implica el no permitirles realizar actividades sin supervisión.

“Ya no puedo ni ir a las consultas sola, porque ya no me deja, porque piensa que me vaya a caer otra vez” (1M71).

“Váyanse para la casa, déjenme a mí”, “No papi, nosotros vamos contigo” (2H76).

Dicha acción podría agravar su percepción de independencia al restringir su libertad, lo cual podría resultar en consecuencias de conflictos familiares, alimentados por el deseo de los AM por seguir activos:

“En veces que me enoja con ellas, a veces

digo que ya me voy a ir de aquí... Por ahí, a otro rancho a otro pueblo. Un pueblo, a ver si jalo allá” (2H76).

Se aprecia que los AM no perciben un conflicto entre sus amigos a causa del haber sufrido una caída. Sin embargo, los AM perciben que la respuesta de sus amigos después de la caída puede mantenerse igual:

“No bien, me llevo bien con todos. Andamos bien”

No obstante, puede suceder el caso contrario, donde los AM refieren un mayor interés por su salud. (3H68).

“a veces lo encuentran a uno y lo miran, “¿qué pasó?”, “¿porque chuequeas?”, “¿qué te paso?” (1M71).

DISCUSIÓN

A pesar de que la literatura que relaciona las caídas con la inteligencia emocional en adultos mayores es escasa, es importante destacar que los resultados mostrados por García-Domínguez y colaboradores en el 2023, las lesiones y enfermedades son las que más resaltan, resultados que se asemejan a lo encontrado en este estudio (18).

Por su parte, Flores, Ortega y Sousa (19) concluyen que la inteligencia emocional es fundamental y debe estar presente en los adultos mayores, para mejorar la calidad de vida, las relaciones personales y aumentar la sensación de bienestar, como se muestra en este trabajo.

El tema en el que los AM del presente estudio han presentado un mayor interés en los cambios en sus actividades después de su caída, particularmente en la autonomía para llevar a cabo sus actividades. Refieren limitaciones en la deambulaci3n, al informar que requieren de alg3n acompa1ante para salir de sus casas. El trabajo es otra de las actividades en las que refieren haber perdido autonom3a, por el hecho de que ya no les permiten trabajar por el riesgo de sufrir otro

accidente, o por las dificultades que informan tener para realizar actividades extenuantes. Las restricciones para seguir trabajando con plena autonom3a pueden ser de gran peso en la vivencia de los AM varones, donde se tiene la idea del hombre trabajador y proveedor. Asimismo, el AM refiere el tener que realizar sus actividades con mayor cuidado y lentitud debido para prevenir una nueva ca3da.

Las repuestas emocionales de los AM fueron la tristeza dada por el cambio en su autopercepci3n, la toma de consciencia de sus capacidades actuales, ocasionado por la ca3da que sufrieron y, no querer sufrir una nueva ca3da, por lo cual adoptan mayor cuidado y lentitud en sus actividades. As3 como la respuesta emocional a causa del deseo de poder seguir trabajando.

Las respuestas sociales que refieren los adultos mayores son diversas. Los amigos pueden mostrar mayor inter3s en la salud del AM, o bien, mantener sus relaciones inalteradas. Sin embargo, la familia suele adoptar una respuesta sobreprotectora hacia el AM, lo cual llega a disgustar a los mismos.

Los hallazgos del presente estudio permiten dar una visión de la vivencia de los AM después de su caída. Revela la perspectiva que tiene de su propia salud y, aun después de sufrir una caída, los deseos de seguir activos. Se aprecia que la vivencia de los AM no es homogénea, sino que cada

uno de los casos presenta diferentes cualidades. Además, los resultados del presente estudio pueden ayudar a esclarecer los aspectos que tienen mayor interés para los AM, después de sufrir su caída.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio permiten dar una visión de la vivencia de los AM después de su caída. Revela la perspectiva que tiene de su propia salud y, aun después de sufrir una caída, los deseos de seguir activos. Se aprecia que la vivencia de los AM no es homogénea, sino que cada

uno de los casos presenta diferentes cualidades. Además, los resultados del presente estudio pueden ayudar a esclarecer los aspectos que tienen mayor interés para los AM, después de sufrir su caída.

REFERENCIAS

1. Parada-Peña K, Rodríguez-Morera M, Otoy-Chaves F, Loaiza-Quirós K, León-Quirós S. Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud* [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 10]; 6(4): 201–10. Disponible en: <https://doi.org/10.56239/rhcs.2020.64.450>
2. González BMM, Falcón NH, Camellón DJD, Márquez LFA, Milera AM. Envejecimiento y caídas. Su impacto social. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2020 jul. – agt. [Citado 2023 Mar 15]; 42(4): 1–12. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3639/4874>
3. Villavicencio Soraya D, Morales Yurima L, Luque León Alina CSM. Síndrome post-caída en adultos mayores operados de fractura de caderas. *Acta méd centro* [Internet]. 2020 Sep [citado 2023 Jul 11]; 14(3): 330-339. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272020000300330&lng=es.

4. Secretaría de Salud Coahuila. (2019). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Coahuila [Conjunto de datos]. Secretaria de salud [Internet]. Disponible en: <http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/site/wp-content/uploads/2020/07/ENCUESTA-SALUD-Y-BIENESTAR-Y-ENVEJECIMIENTO-COAHUILA.pdf>
5. Martínez-González B, Hernández-Falcón N, Díaz-Camellón D, Arencibia-Márquez L, Morejón- Milera A. Envejecimiento y caídas. Su impacto social. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 15]; 42(4): 1-11. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3639>.
6. Puigbó J, Edo S, Rovira T, Limonero JT, Fernández-Castro J. Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano. *Ansiedad estrés* [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 15]; 25(1):1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anyes.2019.01.003>

7. Goleman, D. (2012). Inteligencia emocional. Editorial Kairós
8. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. Imagination. Cognition y Personality; 1990.
9. Salovey P, Woolery A, Mayer JD. Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En: En GJO, Fletcher MS, editores. Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes. Malden, MA: Blackwell Publishers; 2001. p. 279–307.
10. Rey L, Extremera N. Inteligencia emocional percibida, felicidad y estrategias distractoras en adolescentes. Boletín de psicología [Internet]. 2012 [citado 2022 Mar 15]; 104, 87-101.
11. Licea LJ. La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud [Internet]. Medigraphic.com. 2002 [citado 2022 Mar 16];121-123. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim023a.pdf>
12. Cuesta-Benjumea CDL, Arredondo-González CP, Lidón-Cerezuela B, Abad-Corpa E. La prevención de las caídas de las personas mayores y sus familiares: una síntesis cualitativa. Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2021 [citado 2022 Mar 16]; 35: 186–92. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.004>
13. Organización Mundial de la Salud: OMS. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía [Internet]. OMS.int. Organización Mundial de la Salud: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43805>
14. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Dof.gob.mx. 2014 [Citado 2023 Feb 09]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0
15. Amezcua M, Hueso M. Cómo analizar un relato biográfico. Archivos De La Memoria. 2009). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>
16. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Paidós; 1990 [Internet]. Idoc.pub. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://idoc.pub/documents/taylor-s-j-bogdan-r-introduccion-a-los-metodos-cualitativos-de-investigacionpdf-6ngev1q6pklv>
17. Borjas García JE. Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. TRASCENDER, CONTABILIDAD Y GESTIÓN. 2020 Sep 30;(15):79–97.
18. Karen Denis García-Domínguez, Carlos Alberto Salazar-Moreno, Paola Lizeth Flores-Garza, Benito Israel Jiménez-Padilla, Vargas-Beltrán M, Claudia Yanet Fierro-Herrera. Estrés e Inteligencia Emocional en Adultos Mayores de Ciudad Chihuahua, Chihuahua, México. Horizonte Sanitario. 2023 Sep 19;22(3):635–42.
19. Flores Tena MJ, Ortega Navas M del C, Sousa Reis C. El envejecimiento activo y la inteligencia emocional en las personas mayores. Familia Revista de Ciencias y Orientación Familiar. 2019 Jan 1;(57):125–37

ARTÍCULO ORIGINAL

Diferencias de género en la percepción de las estrategias de afrontamiento masculinas ante la muerte

Perception of men and women about the strategies used by men in coping with death.

Andrea Mancilla-Díaz¹, María José Arteaga-Herrera¹, Sergio Israel Cabrera-García¹, Gabriela Palomé-Vega¹

RESUMEN

La pérdida por muerte de alguna persona cercana supone un suceso impactante que desencadena experiencias estresantes que afectan la calidad de vida y el afrontamiento a la muerte dependerá de diversos factores. **Objetivo:** describir las diferencias de género en la percepción de las estrategias de afrontamiento masculinas ante la muerte. **Material y Métodos:** estudio cualitativo, descriptivo, de diseño fenomenológico. Las personas del estudio en el municipio de San Joaquín fueron seleccionadas 8 personas de la cabecera municipal. Se recolectó la información mediante la entrevista fenomenológica. El estudio consideró los aspectos éticos y legales. **Resultados:** los tipos de afrontamiento disfuncional y evitativo son los más presentes en hombres y las principales estrategias son la negación, el aislamiento y el enojo, dejando de lado la resolución de problemas, el apoyo social y la expresión emocional. El pensamiento del hombre ante una pérdida es ser fuerte y no mostrar debilidad ante los demás ya que al hacerlo generalmente se siente discriminado por expresar sus sentimientos. Las mujeres piensan que es la sociedad, el estilo de vida, las creencias y la cultura quienes impactan fuertemente en la forma de pensar y de actuar de los hombres al afrontar la muerte. **Discusión y conclusión:** las estrategias de afrontamiento hacia la muerte en hombres se ven manipuladas por los estereotipos sociales y la educación familiar, se evidencia la falta de empatía hacia el género masculino lo que genera una represión emocional.

Palabras clave: Estrategias, Afrontamiento, Hombre, Muerte, Emociones.

ABSTRACT

The loss of someone close to us through death is a shocking event that triggers stressful experiences that affect the quality of life and coping with death will depend on various factors. **Objective:** to describe gender differences in the perception of male coping strategies in the face of death. **Material and Methods:** qualitative, descriptive study, phenomenological design. The people in the study in the municipality of San Joaquín were selected 8 people from the municipal capital. Information was collected through a phenomenological interview. The study considered ethical and legal aspects. **Results:** dysfunctional and avoidant coping types are the most present in men and the main strategies are denial, isolation and anger, leaving aside problem solving, social support and emotional expression. The thought of men in the face of loss is to be strong and not show weakness to others because by doing so they generally feel discriminated against for expressing their feelings. Women believe that society, lifestyle, beliefs and culture strongly impact men's way of thinking and acting when facing death. **Discussion and conclusion:** coping strategies towards death in men are manipulated by social stereotypes and family education, and a lack of empathy towards the male gender is evident, which generates emotional repression.

Keywords: Strategies, Coping, Man, Death, Emotions.

¹Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Enfermería. Querétaro, México.

Recibido: 26 de junio de 2024
Aceptado: 20 de septiembre de 2024
Publicado: 21 de enero de 2025

Correspondencia para el autor: Centro Universitario Cerro de las Campanas S/N. C.P. 76010. Querétaro, Qro., México.

sergioicg@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La muerte es un fenómeno inevitable en la vida del ser humano, desconociendo cuándo y cómo sucederá. La palabra muerte proviene del latín mors, mortis que significa cesamiento de la vida. Cada cultura adopta diferentes posturas ante esta y la forma en la que afecta personalmente a cada individuo, por lo tanto, puede incidir en sus actitudes, pensamientos y comportamientos (1).

La pérdida por muerte de alguna persona cercana suele suponer un suceso impactante que puede desencadenar factores estresantes y de ansiedad para las personas afectando su calidad de vida; el afrontamiento a la muerte dependerá entonces de factores personales, emocionales, sociales, culturales y de educación (2).

El afrontamiento se basa en la forma en que las personas reaccionan frente a dificultades y problemas de la vida diaria, es decir las técnicas y métodos que se utilizan para sobrellevar el estrés, así como la manera en que se resuelven los conflictos. Existen varios tipos de afrontamiento: el funcional, el cual incluye estrategias de negociación, autocrítica, autosuficiencia, resolución de problemas, adaptación y búsqueda de apoyo. El disfuncional, se basa en los signos de enojo, autoagresión, oposición, aislamiento y retraimiento que caracterizan el comportamiento de las personas. El centrado, que se expresa mediante una emoción que incluye tristeza y miedo; y, por último, se tiene el afrontamiento evitativo el cual lo conforma la distracción y la evitación (3).

La utilización de las diferentes estrategias de afrontamiento será de vital importancia para delimitar las diferencias en el proceso de duelo en los individuos. Varios estudios demuestran que las personas que presentan un afrontamiento evitativo y se demoran en pedir ayuda para vivir su duelo, suelen terminar desarrollando un duelo complicado y por lo tanto necesitan de mayor atención profesional (2).

A nivel mundial al día mueren alrededor de 150,000 personas, siendo el factor número uno las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, estos números pueden cambiar, ya sea de un día a otro o un año a otro, como así mismo la gravedad de cada caso en particular (4).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (5), a nivel estatal, las defunciones sucedidas de enero a junio de 2021 fueron un total de 10 mil 244 defunciones y se reveló que el COVID-19 obtuvo mayor incidencia con un total de 3 mil 216, seguido de enfermedades de corazón con un total de 1662, posterior la diabetes mellitus con un total de 1034, tumores malignos con un total de 715 y por último enfermedades del hígado con 352. De las cuales, 6 mil ocho corresponden a hombres y 4 mil 236 a mujeres. La tasa de mortalidad en el estado de Querétaro prevalece en un 58.64% para hombres y 41.35% para mujeres.

El INEGI (6), reportó que, a nivel nacional, durante el año 2021, existieron un total de 1.1 millones de defunciones; 2.8% más con relación al 2020 y de estos,

fallecieron más hombres que mujeres, debido a enfermedades cardiovasculares y diabetes. Las principales causas de muertes se deben a enfermedades cardiovasculares con un total de 226 mil 703, seguido por el COVID-19 con un total 224 mil 239 y por último diabetes mellitus con un total de 142 mil 375. Existe una gran diferencia referente a las causas de muerte entre hombres y mujeres en el territorio nacional, mientras que los hombres fallecen mayormente por COVID-19, enfermedades cardiovasculares y diabetes, las mujeres fallecen debido a tumores malignos, influenza y neumonía.

El género y la construcción social son algunas de las variables que intervienen en los estilos de afrontamiento y el proceso de duelo. Se ha demostrado que el funcionamiento del cerebro en las mujeres y en los hombres es diferente, por lo tanto, reciben y procesan la información de manera distinta, aunado a esto los hombres y las mujeres son socialmente tratados de forma diferente, por lo que las conductas, los pensamientos y las creencias condicionan su proceso de duelo (2).

La sociedad, gracias a estereotipos, costumbres y creencias se ha encargado de caracterizar a los hombres como seres que no demuestran sensibilidad ante las situaciones cotidianas, y aún más a las situaciones críticas, en las que tienen que asumir la actitud de fortaleza ante una problemática. En el campo de la Psicología se cree que el hombre por naturaleza es más concreto, más práctico y no está lo suficientemente conectado a sus emociones (7).

En un estudio cuyo objetivo fue analizar las relaciones entre los distintos estilos y estrategias de afrontamiento y la capacidad de afrontamiento de la muerte, incluyendo posibles diferencias entre sexos, se observó que las mujeres utilizan mayor número de estrategias de afrontamiento combinando el uso de los estilos de afrontamiento activo y evitativo; sin embargo, en hombres, el estilo de afrontamiento evitativo impide estrategias activas como la aceptación (2).

Por otra parte, un estudio cuyo objetivo fue descubrir la relación entre las prácticas culturales, rituales sociales y las expresiones emocionales que se producirán en los procesos de duelo por muerte con el propósito de narrar por parte de los dolientes y el equipo de intervención de la funeraria, las experiencias de duelo por la muerte de un ser significativo, obtenidas mediante información secundaria tales como: fichas bibliográficas, historias clínicas y libretas de campo. Los resultados permitieron identificar, a partir de la clasificación de los tipos de muerte, las respuestas culturales, las disposiciones de los cuerpos, las expresiones emocionales y el significado de los rituales sociales, aunque los procesos del duelo no son generalizables (8).

En otro estudio, el objetivo fue identificar el tipo de afrontamiento que se presentaba con mayor frecuencia, se encontró que el tipo de estrategia que emplean los niños con más frecuencia es el afrontamiento funcional, que incluye las estrategias de negociación, autocrítica,

autosuficiencia, resolución de problemas, adaptación y búsqueda de apoyo, seguido por el afrontamiento disfuncional, que incluye las estrategias de enojo, autoagresión, oposición, aislamiento social o retraimiento. Posteriormente, se encontró el afrontamiento centrado en la emoción, que incluye las estrategias de tristeza y miedo, finalmente, el afrontamiento evitativo, conformado por las estrategias de distracción y evitación (3).

Por otro lado, un estudio que identificó las estrategias de afrontamiento a las que recurren los adolescentes mexicanos ante situaciones que provocan miedo, las clasificó en 9 tipos: violencia social, estar solos, animales, médicos, situaciones sociales, lo desconocido, violencia doméstica, escuela y muerte. Las mujeres mostraron mayor miedo que los hombres en la mayoría de las situaciones, especialmente con el miedo a la muerte; los hombres utilizan estrategias evitativas, de distracción y búsqueda de apoyo, mientras que las mujeres utilizan estrategias directas al problema, en las situaciones de miedo como es la muerte las mujeres usan una mayor variedad de estrategias de afrontamiento a diferencia de los hombres (10).

Otro estudio refiere que, a través de los años, se ha ido conceptualizando la muerte desde diferentes puntos de vista, hoy en día, la mayoría de las personas evitan hacer comentarios en relación al fin de la vida, dando como evidencia conductas de miedo y ansiedad. Este estudio asumió como objetivo elaborar un estudio exploratorio sobre el miedo a la muerte, en una muestra

de 152 adultos mayores, utilizando diferentes instrumentos de medición, tales como: Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), Inventario de sistema de creencias revisado (ISC- 15r), perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R) y por último, la escala de miedo a la muerte (EMMCL), a su vez consideraron variables sociodemográficas, sexo, edad y grado de estudios; se observó una diferencia considerable en función del sexo en el miedo a la muerte propia. Referente a la edad, se encontró diferencias evidentes en las estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas (REP), Expresión emocional (EEM), Apoyo social (APS) y Reestructuración cognitiva (REC). Por último, en función al grado de estudios sólo se evidenciaron diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento REP (11).

El municipio de San Joaquín se encuentra al Norte del Estado de Querétaro entre los 99° 22' y los 99° 39' de longitud Oeste, y entre los 21° 07' y 20 ° 53' de latitud Norte, a una altura de 2,440 msnm. Limita al norte con Pinal de Amoles y Jalpan de Serra, al Sur con el municipio de Cadereyta de Montes, ubicado a 135 kilómetros de la capital del estado. Posee un clima húmedo y templado, levemente frío. Abril y mayo son los meses más calurosos y los más fríos diciembre y enero; San Joaquín es conocido por su evento regional, el concurso Nacional de baile de huapango el cual se celebra desde el año 1970, efectuado en el mes de abril, alberga cientos de parejas participantes de todas las edades. San Isidro

Labrador y santo patrono San José son las fiestas religiosas de este lugar (12).

Es importante mencionar que en la población donde se realizó el estudio se tiene costumbres y tradiciones cuando una persona fallece y en las cuales participan hombres y mujeres de diferentes grupos de edad, se incluye esta descripción para hacer referencia al rol que ambos ejercen y la forma en la que se viven las exequias, esta información fue obtenida al conversar con personas originarias del municipio (Referente empírico).

Cuando una persona fallece en San Joaquín, la familia del fallecido se comunica con el sacerdote de la parroquia del pueblo para darle la bendición, posteriormente se comunica con alguna funeraria para que realice la preparación del cuerpo y sea colocado en el ataúd. El velorio se suele realizar en la casa de la persona que falleció, el cuerpo permanece toda la noche donde la familia, amigos y vecinos cuidan del cuerpo rezando por el eterno descanso del alma del fallecido, las personas suelen llevar flores y veladoras para el difunto y la familia ofrece

comida a los presentes. Al día siguiente se realiza una misa de cuerpo presente y al finalizar se realiza una procesión con el ataúd del fallecido hacia el panteón donde se lleva a cabo el entierro. Durante los siguientes 9 días se realiza un novenario para rezar el rosario y al finalizar cada uno de los integrantes de la familia ofrece alimentos a los asistentes, así nos lo mencionan los pobladores (Referente empírico).

Así, el propósito de este estudio de enfoque cualitativo es describir la percepción de hombres y mujeres sobre las estrategias usadas por hombres en el afrontamiento de la muerte en el municipio de San Joaquín, Qro., por medio de la narrativa de su experiencia con respecto a la forma en la que vive su duelo, de las reacciones y de los acontecimientos que hayan contribuido a la percepción que tiene de la muerte. En función de lo anterior se derivó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las diferencias de género en la percepción de las estrategias de afrontamiento masculinas ante la muerte?

MATERIALES Y MÉTODO

El presente estudio es de un enfoque cualitativo y de diseño fenomenológico. La investigación cualitativa trata de identificar, básicamente, la naturaleza profunda de las diferencias de género con respecto a la percepción de las estrategias de afrontamiento masculinas ante la muerte, por medio de la descripción e interpretación

de su comportamiento y manifestaciones (13).

El alcance fue descriptivo, la tarea principal fue especificar las características de hombres y mujeres del municipio de San Joaquín en el estado de Querétaro con respecto a las estrategias de afrontamiento que estos emplean ante la muerte (14).

Es fenomenológico porque estudia las realidades tal como son experimentados, vividos y percibidos por las personas, así pues, permite que se manifiesten por sí mismas sin constreñir su estructura desde fuera si no respetando la totalidad (15).

La población fueron hombres y mujeres de 20 a 59 años. De acuerdo con los resultados del Panorama sociodemográfico de México (2020) existen 86 hombres por cada 100 mujeres. Esta región se caracteriza por poseer un mayor porcentaje en la lengua indígena Otomí, en el sistema de salud el 94.4% se encuentra afiliado al INSABI.

Mediante un muestreo intencionado de tipo accidental se entrevistó a 8 personas (6 hombres y 2 mujeres debido a la disponibilidad de éstas) de la cabecera municipal de San Joaquín, Querétaro, de noviembre de 2023 a febrero de 2024; mayores de 18 años que en algún punto de su vida experimentaron la pérdida de algún ser querido y se excluyó a personas que no hayan firmado el consentimiento informado para participar en el estudio y con alguna pérdida por muerte menor a un año.

Al ser un estudio cualitativo, fenomenológico, se utilizaron las siguientes preguntas detonadoras, ¿De qué manera afronta el fallecimiento de un ser querido?, ¿Qué factores cree que influyen en la represión de sentimientos de la población masculina?, ¿Cómo podríamos motivar a los hombres a expresar sus sentimientos y emociones ante la pérdida de un ser querido? Con las cuales se identificaron aspectos relevantes de las personas entrevistadas para determinar las categorías

de interés para el estudio, con dichas preguntas se logró recolectar información necesaria de acuerdo al objetivo del estudio, con la libertad de generar aspectos relevantes de manera espontánea, lo que permitió en el entrevistado una mayor apertura para la reflexión del tema.

Las entrevistas se realizaron hasta que se alcanzó el punto de saturación teórica, esta ocurre cuando la información que se ha recopilado es repetitiva para debelar el fenómeno de estudio (16).

Las reglas de reducción (epojé) fenomenológica se utilizaron para limitar posiciones teóricas subjetivas y excluir lo enseñado y aceptado sobre el fenómeno, además de observar la complejidad de las partes y no solo lo que interesaba, (15), participaron tres investigadores, para asegurar el equilibrio en la interpretación de observaciones, análisis y su interpretación, y requerir la cooperación de los participantes de la investigación para confirmar la "objetividad" de los datos obtenidos a través de entrevistas grabadas en audio (15).

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Subcomité de Investigación y Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro con el número de registro 568/FE-SI-28-09-23 (LE) y consecutivamente se procedió a realizar la solicitud para la realización de la prueba piloto y la recolección definitiva de los datos en el municipio de San Joaquín. Las entrevistas se realizaron en el lugar seleccionado entre los investigadores y los participantes, el cual fue un lugar de su confianza donde se sintieran cómodos y

libres de distracciones, esto facilitó la comunicación con los entrevistados y la aclaración de dudas con respecto a la investigación, una vez que aceptaron, se les solicitó firmar el consentimiento informado.

El análisis y la interpretación de los datos se llevó a cabo mediante una serie de etapas Duque (17):

Etapas 1. Comentarios iniciales.

La transcripción se realizó de manera exacta a los testimonios de los participantes mediante la asignación de un código para resguardar su identidad, se considera un estudio libre de riesgos, se protegió y respetó la confidencialidad de los participantes y toda la información recolectada fue resguardada por los investigadores. Posteriormente, se enfocaron y revisaron los testimonios de las transcripciones, y se identificaron los hallazgos que ayuden a debelar el fenómeno de estudio.

Etapas 2. Identificación de temas emergentes.

Después de generar anotaciones y comentarios iniciales como un primer intento de interpretar los datos verbales, se elaboraron subcategorías para la agrupación de la información.

Etapas 3. Agrupación de los temas.

Se seleccionaron todas las subcategorías obtenidas siendo 18 en total y se buscó las relaciones entre cada una, agrupándolas en función de principios o similitudes conceptuales o temáticas, resultando así 6 categorías.

Etapas 4. Elaboración de tabla de categorías.

Una vez realizado el proceso de agrupación, se elaboró una tabla de categorías y subcategorías teniendo en cuenta los temas superiores y los temas agrupados. Las relaciones estructurales propuestas allí representaron temas específicos que se encontraron en las descripciones de los participantes.

Finalmente se elaboraron las tablas de resultados conteniendo cada una de ellas las subcategorías referentes a cada categoría con una introducción, cita textual de la entrevista como ejemplificación y una reflexión de acuerdo a cada categoría.

El estudio consideró los aspectos éticos para la investigación establecidos en los artículos 13, 14, 16, 17, 20 y 100 de la Ley General de Salud en materia de investigación de la Secretaría de Salud en México (18), en la Declaración de Helsinki: 1964 (19) y en el Código de Núremberg: 1947, (20).

RESULTADOS

Los participantes del estudio fueron 6 hombres y 2 mujeres, mayormente casados y con una edad promedio de 30 a 35 años de edad. Los tipos de afrontamiento disfuncional y evitativo son los más presentes en

hombres y las principales estrategias son la negación, el aislamiento y el enojo, dejando de lado la resolución de problemas, el apoyo social y la expresión emocional. El pensamiento del hombre ante una pérdida es ser fuerte y no

mostrar debilidad ante los demás, ya que al hacerlo generalmente se siente discriminado por expresar sus sentimientos. Las mujeres piensan que es la sociedad, el estilo de vida, las creencias y la cultura quienes impactan fuertemente en la forma de pensar y de

actuar de los hombres al afrontar la muerte.

En la tabla 1 se clasifican las principales categorías y subcategorías con base en las entrevistas de los hombres.

Tabla 1. Categorías y subcategorías generadas a partir de la percepción que el hombre tienen de sí mismo con respecto al afrontamiento ante la muerte.

Subcategorías	Categorías
• Vivir el duelo a pesar de ser complicado. • Aceptar la muerte del familiar y recordarlo sanamente. • Aceptar el dolor y seguir adelante	1. Resolver el problema
• El apoyo psicológico benefició el proceso de duelo. • Capacitaciones para afrontar un duelo de la mejor manera. • Preocupación por parte de su familia sobre sus sentimientos.	2. Referencia a otros
• Represión de sentimientos por falta de apoyo familiar. • Evasión y represión de sentimientos. • El tiempo sana el dolor.	3. Afrontamiento improductivo
• Los hombres no tienen confianza para expresar sus sentimientos. • Fomentar la empatía hacia los hombres y la expresión de sus sentimientos. • Diferencias de crianza entre niños y niñas.	4. Género
• Responsabilidad ante la familia. • Necesidad por ser protector. • Roles estipulados en la familia	5. Roles adoptados
• Llorar como forma de expresar el dolor. • Necesidad de apoyo y acompañamiento familiar. • Frustración ante la situación.	6. Manifestaciones

Fuente: elaboración propia

En la tabla 2 se clasifican las principales categorías y subcategorías con base en las

entrevistas hacia las mujeres según su percepción sobre los hombres.

Tabla 2. Categorías y subcategorías generadas, a partir de la percepción de las mujeres con respecto a las estrategias de afrontamiento de los hombres frente a la muerte.

Subcategorías	Categorías
• Represión de sentimientos por el hecho de ser hombre • El hombre no puede llorar porque lo vuelve vulnerable o débil ante la sociedad. • Fomentar la empatía hacia los hombres y la expresión de sus sentimientos.	1. Género
• Responsabilidad ante la familia.	2. Roles adoptados

Fuente: elaboración propia

A continuación, se muestra el análisis fenomenológico de cada categoría y subcategoría de acuerdo a la información obtenida mediante las entrevistas hacia los hombres:

Categoría 1. Resolver el problema

El proceso de duelo hacia la muerte de un ser querido, para la sociedad, es bastante complejo; cada individuo responde de manera muy diferente dependiendo de sus vivencias, su educación y su pensar, así que se reflejan diversas maneras en que las personas y especialmente los hombres optan por resolver este problema. En esta categoría se reflejó la dificultad que tienen los hombres para afrontar la muerte de un ser querido, el forzarse a aceptar este proceso de duelo y el cómo optan por la resignación.

Vivir el duelo a pesar de ser complicado:

— “...pues sí, obviamente tenemos un duelo y nos resignamos a la pérdida y tenemos que seguir porque la vida sigue...” (Folio 2).

— “...pues yo cuando estaba en situaciones de este, primero que nada, pues trato de vivir lo que es el duelo; obviamente, pues es complicado y es difícil de llevar porque pues es un proceso...” (Folio 8).

Aceptar la muerte del familiar y recordarlo sanamente:

— “Pues yo creo que me siento bien porque te quedas con un buen recuerdo de la persona, no es necesario decir: la voy a recordar, me voy a poner triste ¿para qué? Mucho se habla sobre la religión católica que la persona te escucha, que está con nosotros, mejor me quedo con el recuerdo y dejo ir a la persona”. (Folio 3).

— “Sí, claro, o sea, simplemente por el hecho de que, pues obviamente mamá y yo recordamos a mi abuela; te llegan esos sentimientos, pero pues sabemos que ya pues está en un plano mejor. Sabemos que, pues era lo mejor; entendimos esa parte de

que pues era su momento de morir”.
(Folio 8).

Aceptar el dolor y seguir adelante:

— “...pues nada más acepté lo que es, acepté el dolor; bueno en este caso pues ha tocado perder hasta el momento pues, abuelos, tíos, no he perdido tampoco alguien muy muy cercano...” (Folio 2).

— “...lo único que queda es aguantar y soportar, bueno no soportar, sino decir que ya viví la realidad de que ya no vas a contar con esa persona y de esa manera irlo afrontando poco a poco por medio del paso del tiempo...” (Folio 6).

Categoría 2. Referencia a otros

Lo más acertado para una persona que vive un proceso de duelo es recibir acompañamiento otorgando confianza, escucha y la liberación de sus sentimientos sin ninguna represalia y de esta forma se implementan diversas estrategias para el afrontamiento ante la muerte.

El apoyo psicológico benefició el proceso de duelo:

— “Prácticamente es eso, que no le dan al hombre el mismo valor a sus sentimientos que a una mujer. Y si la ayuda profesional también ayuda”. (Folio 2).

— “Sí claro, la ayuda psicológica en todos los aspectos es buena obviamente todas las personas que no lo necesitan en teoría, que te dicen: no pues yo me siento bien pero veo

el psicólogo, obviamente es porque están haciendo algo de su parte para expresarse, obviamente es una persona que sabemos tiene una ética profesional que no lo va a ir a contar a alguien más pero dentro de eso mismo está generándose una ayuda él, si no se lo puede expresar a una persona cercana se lo está expresando a otra que lo está ayudando”. (Folio 3).

Capacitaciones para afrontar un duelo de la mejor manera:

— “...con una mayor inteligencia emocional, saber las distintas etapas del proceso de duelo, qué hacer cuando se queda estancado únicamente en una fase y referente a la familia mayor comunicación y apoyo”. (Folio 4).

—

“...ciertos talleres que te ayuden como capacitaciones que te ayuden a asimilar tus pérdidas, así como de ya pasó ya sufriste y no lo expresaste en su momento o lo estas expresando poco a poco, pero pues si deberíamos tener como un espacio para nosotros poder desahogarnos sin el temor de ser juzgados”. (Folio 7).

Preocupación por parte de su familia sobre sus sentimientos:

— “Pues, creo que en ese momento preguntar ¿cómo estás? sería una respuesta obvia ¿no? y más entre miedo ¿no? porque conocemos el sentimiento y el apego que tuvo cada persona, digo, este... como te comenté ya en su momento llorarle a una

persona que ya no está no te sirve de nada, no te va a escuchar”. (Folio 3).

Categoría 3. Afrontamiento improductivo

Como todo proceso de duelo por muerte, es importante que se viva y se afronte de la mejor manera, esto impacta decisivamente en la vida de cada persona y todas las acciones que se lleven a cabo definirán el tipo de afrontamiento que adopta cada persona y como este influye en su vida diaria y posteriormente con el paso de los años, como es que se recuerda a esta persona y la sensación que genera el tenerlo presente en los recuerdos.

Represión de sentimientos por falta de apoyo familiar:

— “...cuando se presentan estos sucesos de pérdidas, uno ya viene como que con ese chip de decir no puedo llorar y mucho menos con los familiares o de personas que nos acompañan, uno tiene esa mentalidad de que tiene que estar bien para poder cuidar a los demás, o sea... no, nadie te dice en ese momento si estas bien, incluso siento que por esto mismo uno reprime sus sentimientos”. (Folio 7).

— “Sí, claro, porque tan sólo el hecho de que, pues estás, este... apurado, estás presionado con los trámites, no te da tiempo como ni de llorar en ese momento, porque obviamente tienes que hacerte un poquito fuerte, entonces es ir a un lado e ir a otro”. (Folio 8).

Evasión y represión de sentimientos:

— “...sí lloré, obviamente tienes que llorar porque te duele, pero hablarlo con alguien o platicarlo no me gusta, yo en lo personal no, trato de no hablarlo y estar sí en su momento platicando con las personas de los buenos momentos no, que viviste con esa persona...” (Folio 2).

— “...los manejé de una manera en la cual reprimía mis emociones al inicio, por días, semanas, meses. Los recordaba con alguna canción y creo que la única estrategia fue llorar”. (Folio 4).

El tiempo sana el dolor:

— “...y el tiempo es el que lo cura todo, porque al final sigues extrañando cosas de esa persona, de todo lo que viviste”. (Folio 6).

— “...de mi parte yo no hable con otras personas sobre ese sentimiento que tuve, entonces simplemente el tiempo fue el que me ayudo, el hacer otras actividades para no estar pensando en el dolor”. (Folio 7).

Categoría 4. Género

Los estereotipos y creencias que se tiene sobre el género masculino han ido evolucionando y cambiando a lo largo del tiempo. En la actualidad se conservan ciertos conceptos machistas, como lo es que el hombre tiene que verse fuerte y nunca llorar e incluso tiene que ser el proveedor y protector del hogar.

Los hombres no tienen confianza para expresar sus sentimientos:

— “...Sí, prácticamente sí trato de buscar un alivio, pero individual, o sea no quiero que los demás se vean afectados por cómo me siento en ese momento”. (Folio 2).

— “...ya cuando pasa lo de la pérdida, aunque haya otra figura masculina que podría ayudarte no, así como que le vayas a decir a él cómo te sientes o pedir ayuda, porque pues no estás acostumbrado como a pedir ayuda en esos aspectos, como que en lo emocional no es algo que los hombres pidan ayuda”. (Folio 7).

Fomentar la empatía hacia los hombres y la expresión de sus sentimientos:

— “...lo ideal sería seguir motivando por medio de pláticas de hombres que ya han pasado una situación parecida o una situación difícil como esta y decirles que no se queden guardando nada...”. (Folio 6).

— “... y tener esa misma empatía al ver un hombre llorar y no etiquetarlo como débil o que no es lo suficientemente hombre para no aguantar este tipo de situaciones. Yo creo, hay que pensar que tiene algo que realmente lo hace sentir mal, pero si llora o si sacas esos sentimientos pues ya va a estar bien, entonces pues hay que dejarlo así no, entonces siento que sí debería de haber esa empatía de la sociedad para no hacer sentir mal a las personas cuando lo hacen, o sea nos cuesta mucho como sacar ese sentimiento y ahora que cuando lo sacamos este se nos señale de cierta manera”. (Folio 7).

Diferencias de crianza entre niños y niñas:

— “Pues el qué dirán no la otra persona muchas veces este... de pequeños nos inculcan que no debemos de... como hombres no debemos de llorar y vamos creciendo poco a poco con eso, con esa enseñanza errónea que no que no debemos de mostrar este sentimientos porque nos hacen ver débiles ante la sociedad... un hombre no, es como que a flore sus sentimientos no o exprese como se siente y preferimos estar callados y pasar nuestras derrotas, nuestras pérdidas este... en silencio para no para no mostrarnos débiles ante la sociedad o ante la otra persona...” (Folio 2).

— “Todo empieza en el hogar, en la crianza que se ha establecido de generación en generación, que es machista, que el hombre que llora es débil, no es fuerte, no sirve, desde que uno es niño se nos obliga a no llorar...” (Folio 4).

Categoría 5. Roles adoptados

La pérdida de un ser querido desencadena situaciones estresantes para todos los involucrados por lo que se busca adoptar ciertos roles o responsabilidades dentro del ámbito familiar y social, especialmente los hombres quienes buscan ser los pilares de la familiar y brindar protección y seguridad a quienes consideren vulnerables.

Responsabilidad ante la familia:

— “...llega un momento que te llegan todas las responsabilidades, sabes que es como tu deber, entonces en el momento tú estás haciendo esas cosas y ya es como pues

todos están tristes, pero tú dices tengo que hacer esto y entonces como que dices sí me siento muy mal y todo, pero sí, yo me rompo en este momento que va a pasar o sea quién va a solucionar los problemas”. (Folio 7).

— “Pues, realmente yo adopte ciertas responsabilidades porque mis papás ya estaban muy cansados, sus hermanos de mi abuelita, pues ya también; bueno, sus hijos, sus hermanos y todo, pues ya estaban igual cansados” (Folio 8).

Necesidad por ser protector:

— “Sí desde pequeños nos imponen que tú debes de ser el proveedor, entonces nosotros proveemos como esa seguridad a las demás personas, en este caso fueron hermanas, primas, mamá, tías etc. uno como hijo, primo, hermano o sobrino tiene que ser como que el fuerte en esos momentos y hasta cierto punto uno se siente bien por cuidar a esas personas que uno quiere”. (Folio 7).

Roles estipulados en la familia:

— “...uno como hombre se vuelve el pilar de la familia, de hecho, no sé si haya notado que siempre en los funerales los hombres están como que aparte arreglando cosas y las mujeres en otro lugar haciendo cosas totalmente diferentes, como si ya estuviera escrito o estipulado lo que le toca a cada quien”. (Folio 2).

Categoría 6. Manifestaciones

La pérdida de un ser querido provoca una diversidad de emociones y sentimientos que el hombre no sabe canalizar y se preocupa por esta necesidad de proteger a los demás.

Llorar como forma de expresar el dolor:

— “No hice otra cosa más que llorar en privado, hoy el hablar de este tema aún me generan sentimientos de tristeza, mi voz se corta un poco”. (Folio 4).

— “Yo creo que pues por primera instancia, pues obviamente te pones a llorar”. (Folio 8).

Necesidad de apoyo y acompañamiento familiar:

— “Pues, que estuvieran unidos más que nada no, porque pues sí o sea, te duele y se separan a veces por el mismo dolor siento yo y como te digo que todas las personas reaccionamos diferente en ese momento y ellos no quieren estar solos, unos que quieren estar llorando todo el tiempo otros que no lo quieren aceptar entonces va a depender mucho también de cómo es cada persona en ese escenario, para poder, es decir... que me gustaría algo, no si me gustaría que nos escuchara, más que nada no, pero a veces nos puede”. (Folio 3).

Frustración ante la situación:

— “Es complicado, siento muchas emociones, quisiera abrazarlos, quisiera poder escuchar su voz una vez más,

siento mucha impotencia, ira, enojo, tristeza...". (Folio 4).

- "...nunca estás preparado para afrontarlo, ni tú, ni tu familia, porque siempre quieres que esa persona siga por siempre contigo o que dure para siempre..." (Folio 6).

A continuación, se muestra el análisis fenomenológico de cada categoría y subcategoría de acuerdo a la información obtenida mediante las entrevistas hacia las mujeres:

Categoría 1. Género

Los estereotipos y creencias que las mujeres tienen sobre el género masculino han ido evolucionando y cambiando a lo largo del tiempo, se basan en la misma percepción y acciones que tienen los hombres hacia ellos mismos.

Represión de sentimientos por el hecho de ser hombre:

— "... existe mucho la parte de a las masculinidades hegemónicas donde el hombre es o siempre ha sido socialmente hasta reprimido en cuanto a sus emociones porque por lo general, pues un hombre se le dice que debe ser fuerte que debe ser el que va a ser como el pilar en todas las situaciones..." (Folio 1).

— "...en los hombres es un poco más difícil. Yo no digo que todos, pero la mayoría son muy cerrados a sus sentimientos; como le comentaba hace rato la sociedad nos ha hecho que uno desde chiquito, ahorita tal vez ya no, pero pues más antes de que. De que ellos no deben de ser o mostrar los

sentimientos para no mostrarse frágiles..." (Folio 5).

El hombre no puede llorar porque lo vuelve vulnerable o débil ante la sociedad:

— "...muchos hombres hacen eso como a no darse permiso de hasta cierto punto mostrarse vulnerables llorando o sacando la emoción que ellos sientan porque el sentirse vulnerables pues podría, yo siento, que ya no tal vez... ya no se sentían como tan útiles en esa cuestión ..." (Folio 1).

— "...la misma gente los va, les va forjando la idea de que por ser hombres no deben de llorar, deben de aguantar este... que, si lloran, es porque son débiles o no son hombres..." (Folio 5).

Fomentar la empatía hacia los hombres y la expresión de sus sentimientos:

— "Él tiene el derecho a llorar, si un día se golpea y le duele, o si un día se le muere un perrito o un animalito, lo que sea, él tiene el derecho a sacar esos sentimientos porque es un ser humano y le va a doler la pérdida de algo que él quiere. Entonces yo creo que podemos ayudar en este tema, desde un principio, desde casa con nuestros hijos y nuestros esposos..." (Folio 5).

Categoría 2. Roles adoptados

Los hombres adquieren varias responsabilidades familiares con un peso mayor que las mujeres, desencadenando no mostrar su debilidad y no darse la oportunidad de expresar sus sentimientos y emociones.

Responsabilidad ante la familia:

—“... hasta familiarmente, siempre como que el hombre es el fuerte el hombre es el proveedor el hombre es el que no se les permite llorar por lo mismo de que no debe,

pues sí, volvemos a lo mismo no debe mostrar su vulnerabilidad porque lo hace débil ...” (Folio 1).

DISCUSIÓN

El afrontamiento, es un esfuerzo cognitivo y conductual para gestionar, minimizar y tolerar situaciones productoras de estrés que deriva en la implementación de estilos y estrategias que son diferentes en función del género y la edad. Los resultados de este estudio son semejantes con los de Magaña y autores (2), las mujeres utilizan un mayor número de estrategias y estilos de afrontamiento en comparación con los hombres, evidenciando diferencias entre ambos sexos al vivir el proceso de duelo. Los hombres reprimen la expresión de sentimientos y emociones debido a que no se sienten escuchados y valorados cuando lo comparten, por consiguiente, generan un estilo de afrontamiento evitativo lo cual impide estrategias como la aceptación.

El estudio de Park y Kim (9) identificó que el hombre tiende a aislarse y evitar hablar de su duelo, en parte porque sus estrategias y la expresión es más limitada; es decir, es más orientado a la restauración que a la pérdida, lo cual fue descrito por algunos de los participantes de este estudio.

Por otro lado, los resultados obtenidos en este estudio demuestran que un factor importante que condiciona la represión de sentimientos es el apoyo que se tiene por parte de la familia y de la sociedad,

lo cual tiene relación con las diferencias de crianza y educación en niñas y niños dentro de sus hogares, lo que ha minimizado, generado problemas de salud mental y estigmatizado el apoyo por parte del profesional.

En esta investigación, las estrategias de afrontamiento que suelen utilizar más la población masculina del municipio de San Joaquín es el aislamiento social acompañado de la negación; con la presencia de estilos de afrontamiento disfuncional y evitativo lo cual deja a un lado la expresión emocional y la resolución de problemas. Sanchís Fernández y autores (11) describen cuatro estrategias de afrontamiento las cuales son Resolución de problemas (REP), Expresión emocional (EEM), Apoyo social (APS) y Reestructuración cognitiva (REC), sin embargo, en la población muestra, los hombres no utilizan ninguna de éstas a diferencia de las mujeres, las cuales llegan a utilizar dos o más de las estrategias antes mencionadas durante los procesos de duelo.

Las estrategias de afrontamiento que suelen utilizar tanto hombres como mujeres, se ven directamente relacionadas con las responsabilidades y roles que se toman dentro del ambiente familiar al cursar por la

pérdida de un ser querido, afectando su estilo de vida cotidiano y su entorno social.

Por otra parte, con los resultados obtenidos se infiere que los supuestos planteados en la investigación coincidieron con lo identificado en el análisis de las entrevistas, dado que los hombres por el contexto social en el que se desenvuelven presentan dificultades para expresar sus sentimientos, frente a situaciones de pérdidas; consideran que es necesario fomentar la empatía e igualdad entre hombres y mujeres para la expresión de

sentimientos y emociones que generan situaciones estresantes.

En relación a la enfermería es de suma importancia como profesional de la salud conocer y comprender las estrategias de afrontamiento que las personas y si mismos tienen hacia la muerte, pues día a día son partícipes de estos sucesos, por lo que sensibilizar al personal de salud mejorará el manejo de estos acontecimientos en la muerte de un paciente y del afrontamiento de sus familiares ante esto.

CONCLUSIONES

Por medio del presente estudio se evidenció que, de las principales estrategias de afrontamiento ante la muerte en hombres del municipio de San Joaquín, Qro, son: el aislamiento social y la negación y éstas se ven determinadas por los diferentes estereotipos sociales y la educación familiar.

Como consecuencia de esto, se genera una represión emocional que se fundamenta en la falta de empatía que se le otorga al género masculino en cuestión de sentimientos y emociones.

La salud mental es un área de oportunidad en la cual se puede trabajar ampliamente, considerando que todas las personas cursan sus pérdidas de manera distinta y las herramientas emocionales con las que cuenten serán fundamentales para vivir un mejor afrontamiento y por ende una

satisfactoria reincorporación a su vida cotidiana sin tener repercusiones.

Se sugiere realizar más estudios cualitativos con enfoque de género para que se haga visible la forma en la que los hombres viven un duelo y así buscar que socialmente los hombres tengan más posibilidades de ser escuchados, considerados y contenidos para vivir un mejor afrontamiento.

REFERENCIAS

1. Oviedo Soto S., Parra Falcon F., Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. *Enfermería Glob.* 2009;8(1). Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.8.1.50381>
2. Magaña M, Bermejo Higuera JC, Villaceros M, Prieto R. Estilos de Afrontamiento y Diferencias de Género ante la Muerte. *Rev Psicoter.* 2019;30(112):103–17. Disponible en: <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.269>
3. Romero Godínez E, Lucio y Gómez Maqueo E, Durán Patiño C, Ruiz Badillo A. Afrontamiento y algunos problemas internalizados y externalizados en niños. [Internet]. 6sep.2018 [citado 20jun.2024];7(3):2758 -2765. Disponible en: https://www.revista-psicologia.unam.mx/revista_aip/index.php/aip/article/view/38
4. Ross J. How many people die each day? [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.visualcapitalist.com/how-many-people-die-each-day/>. Disponible en: <https://www.visualcapitalist.com/how-many-people-die-each-day/>
5. INEGI. Estas son las principales causas de muerte en Querétaro [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.liderempresarial.com/estas-son-las-principales-causas-de-muerte-en-queretaro-inegi/#:~:text=En Querétaro%2C de enero a,4 mil 236 a mujeres>
6. INEGI. Muertes en México en 2021: Estas son las principales causas en hombres y mujeres [Internet]. 2022. Disponible en: www.elfinanciero.com.mx/salud/2022/07/27/muertes-en-mexico-en-2021-estas-son-las-principales-causas-en-hombres-y-mujeres/
7. Valderrama C. Depresión masculina: entre el machismo y la salud mental 1. 2017;5193:1–5. Disponible en: <https://eduneuro.com/revista/index.php/revistanuronum/article/viewFile/76/66>
8. Palacio Valencia MC, Bernal Orozco F. El duelo por muerte: la intersección entre prácticas culturales, rituales sociales y expresiones emocionales. *TEMPUS PSICOL* [Internet]. 2020;2(1):88–107. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30554/tempuspsi.2.1.2595.2019>
9. Park S., Kim J. The death of an adult child and trajectories of parental depressive symptoms: A gender-based longitudinal analysis. 2024; 341. Disponible en https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953623009012_
10. Reyes Pérez V, Reséndiz Rodríguez A, Alcázar Olán RJ, Reidl Martínez LM. Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente.* 2017;20(38):240–55. Disponible en: <https://doi.org/http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2544>
11. Sanchís Fernandez L. Afrontamiento del miedo a la muerte [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2018. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/49449/1/T40309.pdf>
12. San Joaquín Querétaro, Pueblo Mágico [Internet]. Querétaro10 - Turismo y Empresas en Querétaro. 2017 [citado el 20 de junio de 2024]. Disponible en: <https://queretaro10.com/turismo/san-joaquin-pueblo-magico/>
13. Salgado A. Evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit.* 2007;13(1729–4827):71–8. Disponible en: https://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE_13_1_investigacion-cualitativa-disenos-evaluacion-del-rigor-metodologico-y-retos.pdf
14. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Editorial Mc Graw Hill Education; 2018; p.714.
15. Miguélez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. 2a ed. México: Trillas S.A. de C.V.; 2013.
16. Ardila-Suárez EE, Rueda Arenas JF. La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Rev Colomb Sociología.* 2013; .36(2): 93–104. Disponible en

<https://www.redalyc.org/pdf/5515/551556228007.pdf>

17. Duque H, Aristizábal Díaz-Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo. *Pensando Psicol* [Internet]. 2019;15(25):1–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>

18. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud. *Ley Gen Salud* [Internet]. 1987; DOF 02-04-:1–31. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Paginas/Reglamentos.aspx>

19. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Gac Med Mex*. 2001;137(4):387–90. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

20. Facultad de Medicina y Hospital Universitario U. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Código de Nüremberg. 2019;1–2. Disponible en: <http://www.medicina.uanl.mx/investigacion/wp-content/uploads/2019/05/21-codigo-de-nucc88remberg.pdf>

ARTÍCULO ORIGINAL

Perfil de estilo de vida y nivel de estrés en estudiantes universitarios de ciencias de la salud

Lifestyle profile and stress level in university students of health sciences

Luis Arturo Jaime-Martínez¹, Laura Pueblito Centeno-Parra¹, Nancy Viridiana Ruiz-Vargas¹

RESUMEN

Existe correlación entre el estrés derivado de las exigencias académicas y los estilos de vida no saludables, caracterizados por consumo elevado de alimentos hipercalóricos y bajos niveles de actividad física. **Objetivo.** Determinar la correlación entre el perfil de estilo de vida y el nivel de estrés en estudiantes de Ciencias de la Salud en una institución de educación superior. **Metodología.** Investigación cuantitativa de corte correlacional. Se seleccionaron 163 participantes mediante un muestreo aleatorizado. Para medir el estilo de vida se aplicó el Cuestionario PEPS-I de Nola Pender (1996). El nivel de estrés se midió utilizando la Escala PSS-14 de Cohen, Kamarch y Mermelstein (1983). Los datos obtenidos se procesaron en el software estadístico GraphPad Prism v8.0.0; se realizó estadística descriptiva obteniendo medidas de tendencia central y cuadros de frecuencia para determinar la correlación de las variables. **Resultados.** Considerando la n=163, se evidenció la presencia de estrés elevado en 66.87% de los estudiantes; además el perfil de estilo de vida demostró un manejo deficiente del estrés (16.04), una falta de ejercicio (11.55) y hábitos alimentarios irregulares (15.17). **Conclusión.** En el presente estudio, se logra confirmar que existe correlación entre el perfil de estilo de vida y el nivel de estrés en los estudiantes, quienes manifestaron estrés y una modificación de las conductas en alimentación y actividad física, por lo que se requiere continuar investigando los factores implicados en este comportamiento para fundamentar futuras acciones orientadas a promover estilos de vida saludables, pues en esta etapa es crucial garantizar un óptimo estado físico y de bienestar mental que permita cumplir metas personales y profesionales.

Palabras clave: Estilo de vida, Estrés psicológico, Salud del estudiante, Ciencias de la salud.

ABSTRACT

There is a correlation between stress derived from academic demands and unhealthy lifestyles, characterized by high consumption of high-calorie foods and low levels of physical activity. **Objective.** Determine the correlation between the lifestyle profile and stress level in health sciences students at a higher education institution. **Methods.** Quantitative research with a correlational cut design where 163 participants were selected through random sampling. To measure lifestyle, the PEPS-I Questionnaire by Nola Pender (1996) was applied and the Stress level was measured using the PSS-14 Scale by Cohen, Kamarch, and Mermelstein (1983). The data obtained were processed in the GraphPad Prism v8.0.0 statistical software where descriptive statistics were performed obtaining measures of central tendency and frequency tables to determine the correlation of variables. **Results.** Considering n=163, it was evident that the presence of stress was present in 66.87% of the students, furthermore, the lifestyle profile demonstrated poor stress management (16.04), lack of exercise (11.55) and lifestyle and irregular eating habits (15.17). **Conclusion.** In the present study, it is confirmed that there is a correlation between the lifestyle profile and stress in students, which is reason enough to continue investigating the factors involved in this behavior to inform future actions aimed at promoting healthy lifestyles due to at this stage it is crucial to guarantee an optimal physical state and mental well-being that allows you to meet personal and professional goals.

Keywords: Lifestyle, Psychological stress, Student health, Health sciences.

¹Universidad Tecnológica de México. Querétaro, México.

Recibido: 05 de septiembre de 2024

Aceptado: 4 de diciembre de 2024

Publicado: 21 de enero de 2025

Correspondencia para la autora: Nancy Viridiana Ruiz Vargas. Av. 5 de febrero 1412, San Pablo, C.P. 76130. Santiago de Querétaro, Querétaro, México. nruizvar@mail.unitec.mx

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el estrés como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil (1). El estrés favorece la adaptación ante situaciones amenazantes y es considerado un mecanismo de supervivencia, pues prepara al organismo para actuar, responder y afrontar situaciones que pudieran presentarse. Suele desarrollarse en tres fases: alerta, donde el cuerpo se prepara para producir el máximo de energía y lograr enfrentar una situación difícil, esta se manifiesta por tensión muscular, hipervigilancia y taquicardia; por otro lado, se encuentra la fase de resistencia, en donde el cuerpo se mantiene en estado de alerta y finalmente, la fase de agotamiento, en donde aparecen problemas físicos y emocionales que impiden un ritmo apropiado de respuesta ante el estrés (2).

Existen mecanismos fisiológicos del estrés, los cuales se activan ante diversas situaciones cotidianas. Un ejemplo de ellos son los glucocorticoides y la epinefrina, los cuales son las principales hormonas que desencadenan los efectos de alerta y estado de lucha/huida. Así mismo, la exposición crónica al agente estresor provoca contracción de las neuronas piramidales en el hipocampo, lo que reduce el volumen del hipocampo, ocasionando alteraciones en la memoria a largo plazo. Por otra parte, los agentes estresores se encargan de elevar los niveles de glucocorticoides, lo cual se manifiesta mediante una promoción de ingesta de comida rica en calorías,

aumentando la deposición de grasa, particularmente en la región abdominal. De esta manera, se identifica que la duración del evento estresor ocasiona reacciones inmediatas, intermedias y crónicas al estrés, siendo las exposiciones crónicas las relacionadas al desarrollo de patologías (3).

Durante la vida universitaria los estudiantes experimentan cambios como el incremento de la autonomía individual, exposición a un nuevo ambiente, redes sociales y un menor control parental. Todos estos factores conllevan a los estudiantes a desarrollar estrés psicológico y a cambios en el estilo como modificación en los hábitos alimenticios, cambios en hábitos de sueño, afrontamiento de situaciones que requieren mayor atención cognitiva y esfuerzo mental, que se ven influenciados por la carga académica (4).

Pinos y col. (5) mencionan que los individuos poseen cierto dominio acerca de su estilo de vida, pero por razones de la vida diaria, estos estilos de vida saludable se ven alterados de manera significativa, afectando principalmente a la población universitaria. Los estudiantes universitarios durante esta etapa de vida se ven expuestos a cambios drásticos en el vivir diario, determinados por la adquisición de nuevas responsabilidades.

En este sentido existe una asociación entre la agitada vida universitaria con dietas no saludables, caracterizadas por bajo consumo de frutas y vegetales y un consumo elevado de alimentos hipercalóricos. Los resultados respecto a esta forma de

alimentarse son evidentes y se traducen en cansancio mental, ganancia de peso corporal y riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas (6).

Asimismo, existe evidencia que demuestra los efectos cognitivos negativos derivados del consumo de grasas saturadas y azúcar como potenciales neuroinflamatorios (7). Una dieta rica en calorías se asocia a diversos efectos cognitivos y emocionales, especialmente durante periodos críticos para el desarrollo y el aprendizaje. Las dietas altas en grasas potencian la respuesta neuroinflamatoria, así como las dietas bajas en omega-3 pueden contribuir a la depresión. Por otro lado, el consumo de vegetales y frutas puede participar como un factor protector al reducir el estrés oxidativo y la inflamación. Por lo que es importante entender la relación entre dieta, cognición y emociones para desarrollar estrategias preventivas ante las comorbilidades (8).

A su vez, el estado emocional (especialmente en periodos de estrés) ha sido asociado con consumo de sustancias como alcohol y tabaco, además de sedentarismo. Algunos autores sugieren que el consumo de alcohol se ha vuelto un componente esencial en el tiempo de ocio entre los jóvenes. La tolerancia social y la

baja percepción de riesgo asociado al consumo de bebidas alcohólicas ha contribuido a normalizar este comportamiento (4).

Abordar el estilo de vida permite valorar diversos aspectos asociados con la salud y el bienestar del ser humano. Lo que facilita la determinación de acciones necesarias a implementar de forma oportuna en la vida universitaria donde los sujetos forjan cierta independencia en sus conductas alimenticias y adoptan hábitos como fumar, consumo de bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas, actividad física y conductas sexuales de riesgo que a su vez tienen implicaciones en la salud física y psicológica (9).

De esta manera, es importante detectar cuando el estrés comienza a ser desadaptativo, lo cual permitirá tomar acciones específicas que ayuden a gestionarlo y a disminuir factores de riesgo a la salud como las formas de enfrentamiento inadecuadas (2).

Con base en lo anterior, el objetivo de esta investigación fue determinar la correlación entre el perfil de estilo de vida y el nivel de estrés en estudiantes de Ciencias de la Salud en una institución de educación superior.

MATERIALES Y MÉTODO

Investigación cuantitativa de corte correlacional. La población de estudio estuvo constituida por 351 estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de México de la

Ciudad de Querétaro. Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo aleatorio simple, obteniendo una $n=163$. Se incluyeron alumnos inscritos a las carreras de Fisioterapia, Enfermería, Nutrición y Químico

Farmacéutico Biólogo, de sexo indistinto, que se encontraban cursando el primer año de la carrera y que aceptaron participar en el estudio a través de un consentimiento informado. Fueron excluidos alumnos irregulares. Se eliminaron aquellos que no cumplieron en su totalidad los instrumentos aplicados.

La recolección de datos se realizó en el periodo agosto-septiembre de 2023, para lo cual se generaron sesiones presenciales con los participantes en donde se explicó el objetivo del estudio, así como las instrucciones para contestar los instrumentos. Se utilizaron dos instrumentos validados en población mexicana, por un lado, para medir el estilo de vida se aplicó el Cuestionario de Perfil de estilo de vida PEPS-I de Nola Pender (10), integrado por 48 reactivos que se subdividen en seis subescalas: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo de estrés, soporte interpersonal y autoactualización. Cada reactivo presenta una escala de tipo Likert que incluye cuatro criterios: nunca = 1; a veces = 2; frecuentemente = 3; rutinariamente = 4. El valor mínimo que arroja este instrumento es 48 y el máximo es de 192, por lo que a mayor puntuación se refleja un mejor estilo de vida. Mediante este se cuantificó el valor de los diferentes parámetros que permiten determinar los

estilos de vida en los estudiantes como nutrición (6-24 puntos), ejercicio (5-20 puntos), responsabilidad en salud (10-40 puntos), manejo del estrés (6-24 puntos), soporte interpersonal (7-28 puntos) y autoactualización (14-56 puntos) (11).

Por otra parte, para medir el nivel de estrés se utilizó la Escala de estrés percibido PSS-14 de Cohen, Kamarch y Mermelstein (12) que ha sido ampliamente utilizada en el contexto de salud. Se utilizó la versión traducida al español de autoaplicación (13) que evalúa el nivel de estrés durante el último mes, consta de 14 ítems con una escala de tipo Likert que va de nunca = 0; casi nunca = 1; de vez en cuando = 2; a menudo = 3 y muy a menudo = 4. La puntuación total de la escala PSS-14 se obtiene sumando las puntuaciones de los 14 elementos, con lo cual indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Un nivel de estrés moderado fluctúa entre 20 y 25, arriba de estos puntajes, el estrés se considera elevado y por debajo se considera estrés normal.

Los datos obtenidos se procesaron en el software estadístico GraphPad Prism v8.0.0; se realizó estadística descriptiva obteniendo medidas de tendencia central y tablas de frecuencia. Para determinar la correlación de las variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

La población total de estudio fue de 163 sujetos, de los cuales 116 fueron mujeres (71.17 %) y 47 hombres (28.83%), con una media de edad de 20.59 (± 2.80) y 20.57 (± 2.86) años, respectivamente. Con base en los resultados que se obtuvieron de la escala de nivel de estrés PSS-14, los sujetos se clasificaron en tres categorías: normal, moderado y elevado, y se

dividieron respecto al sexo. Como se observa en la Tabla 1, el promedio de la edad de los tres grupos de estrés es muy similar. En cuanto al sexo, en cada categoría de estrés las mujeres superaron a los hombres, siendo en el nivel de estrés elevado la mayor diferencia con 86 mujeres y 23 hombres.

Tabla 1. Descripción de la población y su relación con los niveles de estrés

	Sexo		Edad (DS)
	Femenino (%)	Masculino (%)	
Normal	10.42%	7.97%	21.75 $\pm$ 3.94
Moderado	7.97%	6.74%	20.54 $\pm$ 1.93
Elevado	52.75%	14.11%	20.34 $\pm$ 2.55

La n=163 estudiantes del área de Ciencias de la Salud. Se exponen los niveles de estrés en relación con el sexo y el promedio de edad, desviación estándar (DS).

Fuente: Elaboración propia.

Se tomaron los puntajes de la escala de estrés PSS-14 de los 163 sujetos y se categorizaron en nivel de estrés normal, moderado y elevado. Al respecto, 18.40% de los sujetos resultaron con nivel de estrés normal con una media de 15.77 puntos, 14.72% con nivel de estrés moderado con una media de 22.17 puntos y 66.87% de los estudiantes con nivel de estrés elevado con

una media de 34.10 puntos. Así mismo, con base en estos resultados se puede determinar que el 81.59% de la población presenta síntomas de estrés y el 18.40% experimentan estrés normal. El análisis estadístico demuestra que hay una diferencia significativa ($p < 0.0001$) entre el grupo moderado y el elevado comparados con el grupo normal (Figura 1).

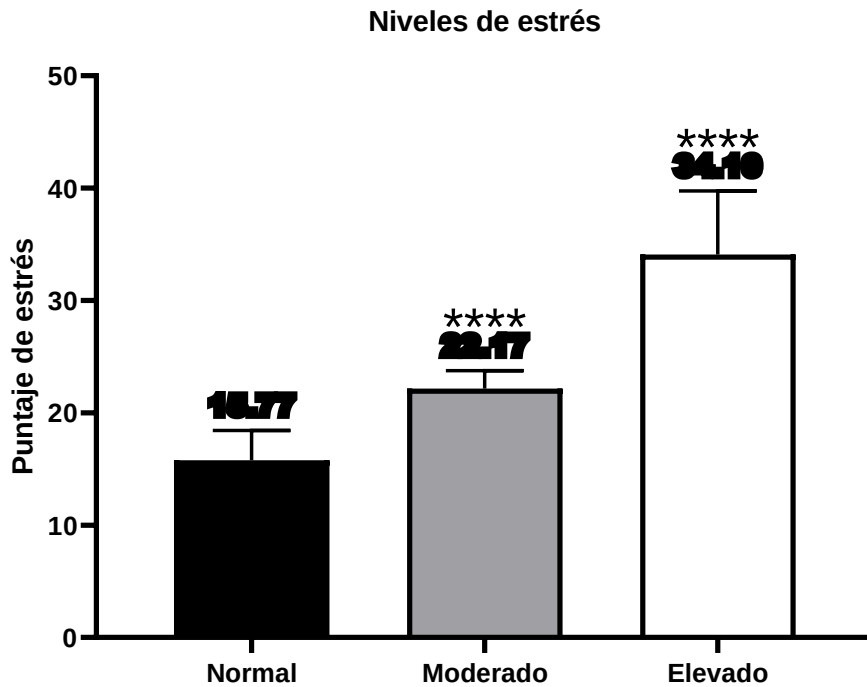


Figura 1. Determinación de las medias de los niveles de estrés. Los niveles significativos corresponden a **** $p < 0.0001$

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 2 se presentan los niveles de estrés entre hombres y mujeres en los tres grupos (normal, moderado y elevado). Se determinó que no existe una diferencia entre los porcentajes de mujeres y hombres en las categorías de estrés normal y moderado. Por otro lado, en el grupo estrés elevado el mayor porcentaje es de mujeres, con un 52.76%, en comparación con los hombres con un porcentaje inferior del

14.11%. Estos resultados demuestran que las estudiantes femeninas de ciencias de la salud son más susceptibles a experimentar un mayor nivel de estrés en comparación con los estudiantes masculinos. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que el mayor porcentaje de nuestra población de estudio son mujeres, por lo que esto puede influenciar directamente en los resultados expuestos en la figura 2.

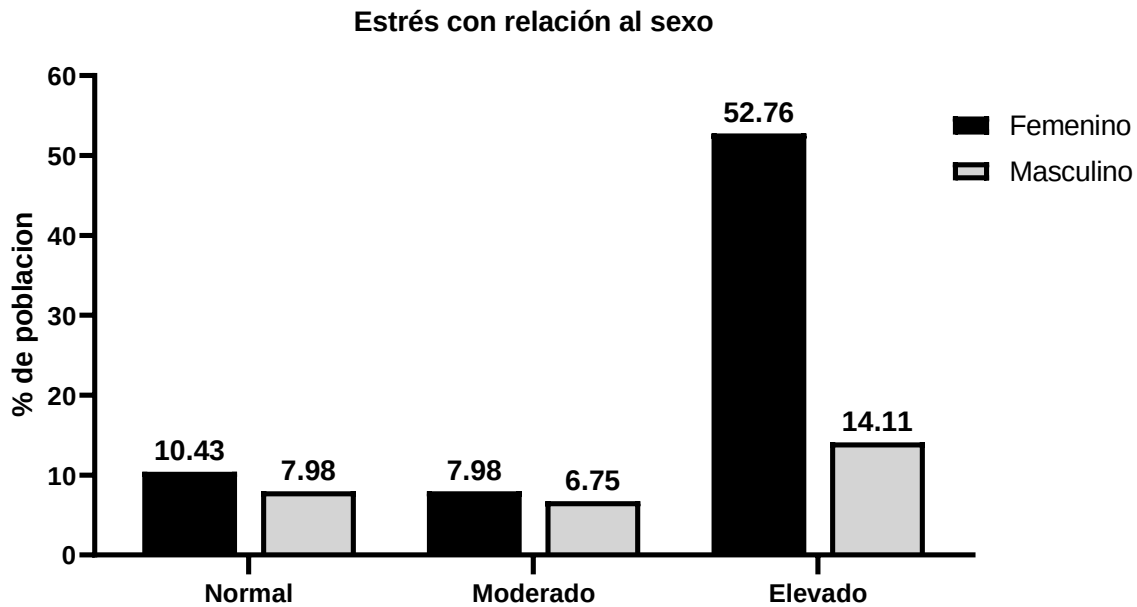


Figura 2. Porcentaje de población con estrés en relación con el sexo.
Los valores se expresan en porcentaje tomando como base 100 a la muestra total de 163 sujetos.
Fuente: Elaboración propia

En materia de los criterios para los estilos de vida, los estudiantes de ciencias de salud obtuvieron una media superior al 50% del puntaje máximo. Sin embargo, en los parámetros que valoran el ejercicio, nutrición y manejo del estrés se obtuvieron los valores más bajos con una media de

11.55, 15.17 y 16.04 puntos, respectivamente (figura 3). Lo anterior indica que los estudiantes de ciencias de salud no procuran ejercitarse, mejorar sus hábitos de alimentación o mejorar las estrategias del manejo del estrés.

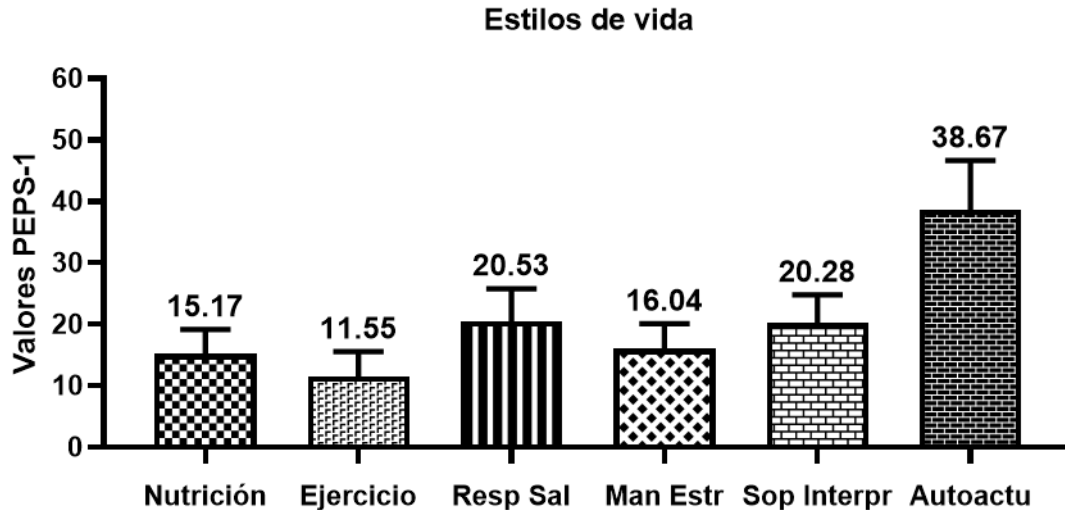


Figura 3. Determinación de la media de cada uno de los parámetros del cuestionario PEPS-1. n=163 estudiantes de ciencias de la salud. Criterios de estilos de vida: Nutrición, Ejercicio, Resp Sal= Responsabilidad en Salud, Man Estr= Manejo del Estrés, Sop Interpr= Soporte Interpersonal, Autoactu= Autoactualización.
Fuente: Elaboración propia.

Para medir la correlación entre el nivel de estrés y el estilo de vida, se realizó el cálculo de coeficiente de correlación de

Pearson ($\alpha=0,05$), obteniendo un valor de 0.66 lo que indica una correlación positiva entre las variables.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos expuestos en esta investigación muestran la correlación que tiene el estilo de vida y el nivel de estrés, lo cual puede tener efectos a mediano plazo tales como alteraciones en el ritmo circadiano, percepción de bajo reconocimiento a su esfuerzo y miedo a cometer errores, así como la pérdida de hábitos saludables al iniciar el periodo de prácticas clínicas. Todo ello asociado, a largo plazo, con el desarrollo de Burnout en espacios laborales sanitarios (14).

Por ello resulta fundamental generar estrategias de afrontamiento ante los estresores académicos, ya que estos pueden perjudicar el desempeño escolar. Entre las

acciones correctivas que se requieren por parte de las instituciones educativas y del estudiantado para hacer frente a esta problemática, se sugiere primordialmente indagar en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes, lo cual permita promover espacios donde se refuercen dichas prácticas. Autores como Murakami y col.(15), han analizado las estrategias centradas en el problema, las cuales incluyen la aceptación de la responsabilidad, planificación y resolución de problemas. Así mismo, en otros estudios también se propone el Mindfulness para mejorar la capacidad de afrontamiento de los factores de riesgo ante el estrés (16).

Respecto al perfil de alimentación, Betancourt López (17) señala que los estudiantes universitarios tienen hábitos alimentarios irregulares en cuanto al número de comidas distribuidas a lo largo del día (53.6%) y sugiere que el ingreso al ambiente universitario induce cambios en los hábitos de alimentación. Además, señala que la inactividad física es un factor importante en el estilo de vida de los universitarios debido a la demanda de tiempo en sus compromisos académicos, datos que coinciden con los encontrados en esta investigación.

Choi (18) en su estudio sobre el impacto del estrés en las conductas alimentarias en 9,725 estudiantes universitarios coreanos, encontró que el 42% no hace ejercicio regular, además hay consumo de alcohol en el 46.1 % y casi el 47% de los universitarios mencionan consumir alimentos para liberar estrés, lo que asocia esta conducta con la esfera emocional. Choi también señala que el 51,7% de los universitarios reporta el consumo de comida rápida con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana. El 33,4% de los estudiantes se saltó el desayuno al menos una vez por semana y se encontró un nivel de estrés mayor en las mujeres que en hombres, concordantes con lo reportado en nuestra investigación.

Además, en un estudio transversal realizado en 675 estudiantes universitarios en Arabia Saudita, acerca del estilo de vida, Bin Abdulrahman y col. (19) señalan que aproximadamente el 40% de los estudiantes habitualmente omiten el desayuno, y un 44% consumen comida rápida; además el 24.9%

realiza ejercicio muy esporádicamente y 16.7% nunca realiza. Este mismo fenómeno se aprecia en la presente investigación en donde los estilos de vida con mayor deficiencia son alimentación y actividad física. Esto permite visualizar un suceso global en el colectivo universitario. Dichos autores además encontraron diferencias significativas entre sexos, ya que reportan que el grupo de masculinos presenta un patrón de consumo de comida rápida mayor que el de mujeres.

En este orden de ideas, el estudio sobre influencia de hábitos alimenticios en el rendimiento académico de 577 estudiantes universitarios describe de manera similar a nuestro estudio, que existe un porcentaje importante de estudiantes que omiten el desayuno con una frecuencia de hasta 3 veces por semana (11.6%), entretanto Reuter y col.(20), encontraron que los estudiantes que reportaron mayor frecuencia de desayunos por semana también obtuvieron mejor rendimiento académico. En este sentido dichos autores señalan que los estudiantes que consumieron más veces comida rápida reportaron un rendimiento académico menor que los que no consumieron comida rápida la última semana.

Cervantes, Taxis-Irineo, Muñiz, Méndez-Iturbide y Bezares-Sarmiento (21) en su estudio correlacional realizado en 145 estudiantes universitarios en Estados Unidos, encontraron que el perfil de estilo de vida en general se considera un proceso de mejora para lo cual los estudiantes

universitarios perciben como regular su estilo de vida en 33-46%, y con una mala percepción en el 3,6%. En general, los hombres perciben mejor el estilo de vida.

Con todo lo anterior, en este estudio se observó que en la etapa universitaria el estilo de vida sufre cambios relacionados con la agenda académica y la adopción de responsabilidades propias de la vida adulta, lo que propicia el estrés y modificación de la conducta de alimentación y actividad física, lo que lleva a bajo afrontamiento frente al estrés. La metodología educativa en la institución estudiada en esta investigación es cuatrimestral y teórico-práctico, lo que implica que el estudiante pase periodos largos en la universidad e incluso que tenga que trasladarse distancias largas del hogar a la institución, por ello el consumo de alimentos fuera del hogar es habitual en la comunidad de universitarios.

De esta manera, se requiere continuar investigando los factores asociados al estilo de vida durante la vida universitaria, pues en esta etapa es crucial garantizar un óptimo estado físico y de bienestar mental que permita cumplir metas personales y profesionales por lo cual está investigación proporciona información relevante para futuras acciones orientadas a promover estilos de vida saludables durante la vida universitaria, pues se requiere generar estrategias desde políticas públicas y educativas que aseguren la formación de profesionales de salud que posean el perfil profesional que la sociedad contemporánea exige.

Finalmente, es vital que a nivel institucional se refuercen los programas de apoyo a la retención estudiantil y el acompañamiento por tutores, que son útiles para promover la salud mental de los universitarios.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrés. [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
2. Secretaría de Salud. [Internet]. Guía de gestión del estrés 2022. México; 2022 [citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/816626/Guia_Gestion_Estres.pdf
3. Romero, E. Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. Rev. Méd. Cient. 2020; 32 :61-70 DOI: 10.37416/rmc.v32i1.535.
4. Bennasar-Veny M, Yañez M, Pericas J, Ballester LI, Fernandez-Dominguez J, Tauler P, Aguilo A. Cluster analysis of health-related lifestyles in University students. Int Jour Envir Res and Pub Health. 2020; 17 (1776) doi:10.3390/ijerph17051776
5. Pinos Quichimbo YE, Urgilez Angulo PI, Saquina Solorzano KG, Oñate Villaruel KS y Guillen Godoy MA. Malos hábitos alimenticios y cansancio mental en los estudiantes universitarios del Ecuador (caso cantón Milagro). Rev Anat Dig. 2019; 2 (4). DOI <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v2i4.1179>
6. Whatnall MC, Patterson AJ, Burrows TL, Hutchesson MJ. Higher diet quality in university students is associated with higher academic achievement: a cross-sectional study. J Hum Nutr Diet. 2019. <https://doi.org/10.1111/jhn.12632>

7. Spencer SJ, Korosi A, Layé S, Shukitt-Hale B, Barrientos RM. Food for thought: how nutrition impacts cognition and emotion. *npj Sci Food*. 2017; 1 (7) DOI: 10.1038/s41538-017-0008-y
8. Wilf-Miron R, Kittany R, Sban M, Kagan I. Teachers' characteristics predict students' guidance for healthy lifestyle: a cross-sectional study in Arab-speaking schools. *BMC Public Health*. 2022; 22:1420 DOI <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13795-5>
9. Veramendi N, Portocarero E y Espinoza F. Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempo de Covid-19. *Univ y soc*. 2020; 12 (6).
10. Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I), (1996). [Internet]. Universidad de las Américas Puebla [citado 16 de enero de 2025]. Disponible: https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrFETJ2pYlnKAIA9KvD8Qt.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1738283639/RO=10/RU=http%3a%2f%2fcatarina.udlap.mx%2fu_dl_a%2ftales%2fdocumentos%2flps%2fhernandez_d_md%2fapendiceA.pdf/RK=2/RS=TcVAXazMu2wHJr40SX0ULEUlkbg-
11. Pech Gómez VB, Barradas Castillo M del R, Cruz Bojórquez RM, Aranda González II, Lendecky Grajales ÁC. Caracterización del estilo de vida y su relación con el Índice de Masa Corporal en estudiantes de la Licenciatura en Nutrición. *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*. 2022;21(2):30-8.
<http://dx.doi.org/10.29105/respyn21.2-4>
12. Cohen, S, Kamarck, T, & Mermelstein, R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
13. Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 2006;9(1):86-93.
<http://doi:10.1017/S1138741600006004>
14. Navínés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med. Clin*. 157, 3. 2021. DOI: 10.1016/j.medcli.2021.04.003
15. Murakami K, Ferreira do Santos J, de Almeida Troncon L, Panúncio-Pinto, M. Estresse e Enfrentamento das Dificuldades em Universitários da Área da Saúde. *Psicol. cienc. prof*. 2024;44 <https://doi.org/10.1590/1982-3703003258748>
16. Perifan Sotelo N, Pérez Fernández M, Troya Fernández J. Estrés y burnout en personal sanitario. Mindfulness como estrategia de afrontamiento. *SANUM*, 6(4). 2022.
17. Betancourt López A. Factores sociales que influyen en los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios: estudio de caso. [Informe final de servicio social] Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. 2018-2019. 17-33.
18. Choi J. Impact of stress levels on eating behaviors among College Students. *Nutrients*. 2020; 12(1241). doi:10.3390/nu12051241
19. Bin Abdulrahman KA, Khalaf AM, Bin Abbas FB, Alanezi O. The lifestyle of Saudi Medical Students. *Int. J. Envirom. Res Public Healt*. 2021;18(7869). Doi.org/10.3390/ijerph18157869
20. Reuter PR, Forster BL, Brister SR. The influence of eating habits on the academic performance of university students. *Jour of Amer Coll Health*. 2020 <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1715986>
21. Cervantes Rodríguez M, Tesis-Irinea A, Muñiz Camacho L, Méndez-Iturbide D, Bezares-Sarmiento VR. El estilo de vida saludable en los estudiantes de Nutriología: realizad y percepción. *Persp en Nut hum*. 2020; 22(1). DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v22n1a05>.

ARTÍCULO ORIGINAL

Costos asociados a la atención de personas con demencia en residencias para personas mayores

Costs associated with caring for people with dementia in nursing homes

Mariana López-Ortega¹, Sara Torres-Castro¹, Luis Miguel F. Gutiérrez-Robledo¹, Azucena Guzmán²

RESUMEN

Objetivo. Estimar los costos asociados a la implementación de un modelo de atención para personas con demencia en instituciones de cuidados para personas mayores en la Ciudad de México. **Material y Método.** Análisis secundario cuantitativo para estimar los costos asociados a la implementación del programa PROCUIDA-Demencia, un estudio para promover intervenciones psicosociales en personas mayores con demencia. Se desarrolló un instrumento para la recopilación de información para identificar todos los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención y su costo asociado. **Resultados.** Los costos asociados a llevar a cabo la intervención ascendieron a \$151,880 pesos MXN tomando en cuenta el material, recursos humanos, así como los componentes de capacitación y supervisión. El mayor costo en material fue la terapia de reminiscencia que incluye la elaboración de 12 cajas temáticas para cada residencia (\$9,950MXN por institución), mientras que la más económica fue la estimulación cognitiva incluyendo la generación de libro de historia de vida con los residentes (\$668MXN). Se encontraron diferencias en las instituciones en cuanto a su tamaño, infraestructura y otros temas de la gestión que resultaron en diferencias en los costos asociados a las intervenciones. **Conclusión.** Si bien la falta de recursos que enfrenta la mayoría de las residencias de personas mayores en México representa un desafío para que logren cubrir el costo de las cuatro intervenciones, el impacto positivo de la intervención en los residentes justifica su aplicación. Existen distintas alternativas que se pueden incorporar, aumentando la posibilidad de que un mayor número de instituciones utilicen estas intervenciones.

Palabras clave: Cuidados a largo plazo, Demencia, Terapias psicosociales, Costos, Residencias para personas mayores.

ABSTRACT

Objective. To estimate the costs associated with the implementation of a model of care for people with dementia in elderly care institutions in Mexico City. **Material and method.** Secondary quantitative analysis to estimate the costs associated with the implementation of the PROCUIDA-Dementia program, a study to promote psychosocial interventions in older people with dementia. A data collection instrument was developed to identify all the resources needed to carry out the intervention and its associated cost. **Results.** The costs associated to the intervention amounted to \$134,240 MXN pesos considering the material, human resources, as well as training and supervision components. The highest cost in material was the reminiscence therapy including the elaboration of 12 thematic boxes for each residence (\$9,950MXN per institution), while the most economical was the cognitive stimulation including the generation of the life history book with the residents (\$668MXN). Differences were found across facilities in terms of size, infrastructure, and other management issues that resulted in differences in costs associated with the interventions. **Conclusion.** Although the lack of resources faced by most care homes in Mexico represents a challenge for them to cover the cost of the four interventions, the positive impact of the intervention on the residents justifies its application. There are different alternatives that can be incorporated, increasing the possibility that a greater number of institutions will use these interventions.

Keywords: Long-term care, Dementia, Psychosocial interventions, Costs, Care homes for older adults.

¹Instituto Nacional de Geriátría. Departamento de Investigación. Ciudad de México, México.

²NHS Lanarkshire. Scotland, UK.

Recibido: 30 de octubre de 2024

Aceptado: 4 de diciembre de 2024

Publicado: 21 de enero de 2025

Correspondencia para la autora: Mariana López-Ortega. Avenida Contreras 428, San Jerónimo Lídice, C.P.10200. Ciudad de México, México. mariana.lopez@salud.gob.mx

INTRODUCCIÓN

Al igual que en otros países de ingresos medios, México está experimentando una transición demográfica que se traduce en un rápido envejecimiento de la población. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestran el incremento de la proporción de personas de 60 años y más en el país de 5 millones en 1990 a 17.9 en 2022, lo cual representa un 6% y 14% de la población total, respectivamente (1). La mayoría de las personas mayores en México aún viven en la comunidad, en su propio hogar o en el de un familiar cercano. Sin embargo, el rápido envejecimiento de la población y de la discapacidad asociada a las enfermedades crónicas degenerativas, incrementa las necesidades de cuidado y a su vez, podría reflejarse en un aumento en la necesidad de contar con un mayor número de opciones de cuidados de largo plazo (CLP) como las residencias para personas mayores.

Sin embargo, México no cuenta con datos concluyentes a nivel nacional, estatal o municipal sobre el número total de personas que viven en instituciones de cuidados de largo plazo (2-4). Ante esta clara necesidad, en el año 2015, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF) generaron un Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CAAS) (5), con el fin de identificar y crear un registro de instituciones temporales o permanentes. Esto incluye instituciones enfocadas en diversos grupos de población y condiciones como residencias

para personas mayores, casa hogar para niños y niñas, centros de rehabilitación de adicciones y refugios contra la violencia doméstica, entre otros. Del total de 4,700 establecimientos incluidos en el CAAS, 1,020 (22.6%) eran hogares de cuidado para personas mayores y un total de 22,611 personas mayores (identificadas como usuarios residentes) vivían en estas instituciones (INEGI, 2015). Sin embargo, esto solo está capturando una parte de todas las residencias para personas mayores ya que muchas no están registradas en ninguna institución pública local y operan en una economía gris.

En el marco del levantamiento censal 2020, se actualizó el CAAS, mostrando un aumento de casi el 50% en el número total de residencias identificadas para personas mayores (n=1.504), y un aumento del 22% en el número total de personas que habitan en estas residencias (n=27.590) (6). Ambas cifras muestran un importante incremento en el uso de estos servicios en un corto periodo de tiempo, y que se puede esperar que aumente en un futuro próximo. Con una estimación simple utilizando el total de personas de 60 años y más en el Censo 2020 las personas que viven en residencias para personas mayores según lo reportado en el CAAS representarían aproximadamente el 0.2% del total de este grupo poblacional. Aunque esta cifra es baja, diversos factores, como la disminución significativa de cuidadores potenciales dentro del hogar debido a la reducción en el tamaño de las

familias, generan una presión creciente para satisfacer las necesidades de cuidado en el futuro. Estas demandas deberán cubrirse ya sea en el ámbito doméstico o en instituciones de cuidados a largo plazo (7).

Cabe destacar que la regulación de instituciones de cuidados de largo plazo es prácticamente inexistente en México, ya que no hay una instancia pública rectora que aplique un registro obligatorio, que genere estándares y mecanismos de evaluación de la calidad en la atención y su impacto en el bienestar de los residentes. Por otro lado, la falta de regulación en aspectos clave como los salarios del personal, las condiciones laborales y de seguridad, las competencias requeridas y los requisitos de certificación, ha dado lugar a una atención deficiente en numerosas residencias para personas mayores. Esto ha provocado la prevalencia de malas prácticas laborales, así como la ausencia de protección y garantías tanto en los servicios ofrecidos como en las condiciones (8).

Diversos estudios (9-13) han mostrado que entre los principales factores asociados a una mejor salud y bienestar de los residentes en instituciones de CLP radica en que el personal cuente con las competencias adecuadas que promueven la atención centrada en la persona y las buenas prácticas en el manejo de personas con demencia. Esto incluye priorizar intervenciones psicosociales, las cuales ofrecen una alternativa efectiva a varios tratamientos farmacológicos.

En México, la formación y las competencias generales del personal operativo y

administrativo de las instituciones de CLP son escasas. Datos del personal que labora en las residencias de CLP reportados en el CAAS 2020 indican que solo el 4% del total del personal contaba con una certificación de competencias para la atención a personas mayores (6). En consecuencia, la mayoría de las instituciones no logran brindar atención óptima a sus residentes, especialmente para aquellos que viven con demencia.

Aunado al impacto positivo en el bienestar de las personas mayores al introducir programas de capacitación para el personal que labora en instituciones de CLP, diversos estudios (14-18) han enfatizado la importancia de evaluar los costos asociados a estas y otras intervenciones, así como los costos sociales de la demencia.

En un primer estudio en México para introducir modelos de atención óptimos para personas mayores que viven con demencia en residencias permanentes denominado PROCUIDA-Demencia, Torres-Castro y colaboradores (2022) (20) reportan un impacto positivo de la intervención tanto en el personal como en los residentes. Por una parte, las residencias realizaron ajustes en la prescripción de medicamentos antipsicóticos reduciendo o descontinuo su dosis en 15% y 39% de los residentes que participaron en el estudio, respectivamente. Adicionalmente, reportaron una reducción significativa de síntomas neuropsiquiátricos en los residentes, mostrando la factibilidad e impacto positivo de estos cambios en la atención, mientras que a nivel organizacional, el personal administrativo y directivo de las ICLP participantes reportaron

incrementar significativamente su conocimiento, la inclusión de intervenciones psicosociales en su modelo de atención, cambios en la cultura de atención para las personas que viven con demencia y fortalecimiento del trabajo en equipo y coordinación entre todo el personal. Todo esto independientemente de los retos organizacionales que presentan las por una alta rotación del personal, dificultad para reclutar personal con competencias

adecuadas y barreras de comunicación entre el personal (21).

El objetivo del presente estudio fue identificar los recursos y estimar los costos asociados a la introducción de un modelo de capacitación en instituciones de CLP para introducir intervenciones psicosociales y reducir la prescripción de antipsicóticos a personas con demencia en residencias para personas mayores de la Ciudad de México.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un análisis secundario del estudio PROCUIDA-Demencia (Programa de Entrenamiento para el Cuidado Óptimo en Instituciones de largo plazo y su impacto en residentes con Demencia), el cual se ha descrito previamente (19-21). PROCUIDA-Demencia incluyó un programa de capacitación para promover el uso de terapias psicosociales centradas en la persona y reducir la prescripción de antipsicóticos en residencias para personas mayores en la Ciudad de México. Su diseño consistió en un estudio piloto controlado aleatorizado de 2 grupos, la intervención PROCUIDA-Demencia (grupo 1) frente al tratamiento/atención habitual (grupo 2). A partir de una asociación civil de personas mayores se identificaron doce instituciones de CLP en la Ciudad de México que contaran con entre 30 y 120 residentes. Los criterios de inclusión consistieron en contar con al menos 20% del total de sus residentes con demencia leve a moderada, que no estuvieran aplicando terapias psicosociales

con los residentes en el momento del estudio, ni en un proceso de reducción de medicamentos antipsicóticos.

Adicionalmente, necesitaban una sala ventilada y amplia que pudiera designarse para las actividades de la intervención, que la residencia contara con un psicólogo dentro de su personal y un médico para resolver alguna emergencia de ser necesario, y que el director de la residencia aceptara participar en el proyecto. Por parte de los residentes, se incluyeron a las personas de 60 años y más con demencia leve a moderada, sin riesgo de caídas, que aún podían comunicarse y leer, y preferiblemente, en tratamiento con medicamentos antipsicóticos. Se invitó a todo el personal responsable de llevar a cabo las actividades diarias con los residentes en cada institución y se incluyó a los que expresaron su voluntad de participar, proporcionaron su consentimiento informado, y manifestaron su compromiso para asistir a la capacitación y llevar a cabo

las actividades previstas en el Programa. En total participaron 55 residentes y 126 miembros del personal en todas las instituciones (19,20).

La intervención se realizó en cuatro residencias, (las otras cuatro sirvieron como control), e incluyó las siguientes terapias: terapia psicomotora con danza; terapia de reminiscencia; terapia con muñecos y tiempo 1:1 con los residentes desarrollando terapia de estimulación cognitiva y un libro de vida. Se realizaron sesiones de capacitación al personal al inicio del programa y para asegurar la fidelidad al apego de las actividades de la intervención, la coinvestigadora principal realizó supervisiones semanales a cada una de las instituciones in situ y por teléfono durante la totalidad de la intervención (12 semanas). En cada una de estas sesiones se dio seguimiento a las actividades, se verificó el apego a la implementación y la aplicación correcta de cada terapia, es decir, el apego al manual y a las instrucciones de la capacitación, mediante la observación de las actividades y la retroalimentación con el personal de las residencias. Las sesiones de capacitación para el personal se impartieron en dos días por las investigadoras principales del proyecto y se organizaron de manera que no interfirieran con las tareas diarias de la persona. Ambas con formación en psicología y amplia experiencia en investigación en envejecimiento, terapias psicosociales para personas que viven con demencia o conducta y psicomotricidad en demencia (19).

Para el análisis secundario sobre los costos asociados a la intervención y, dado que en México no existen inventarios nacionales o locales de los servicios proporcionados por las residencias para personas mayores, se desarrolló un instrumento para la recopilación de información que permitiera identificar todos los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención y su costo asociado.

Análisis

Los costos asociados se estimaron a partir de los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención. Para cada componente, se sumaron los costos de todos los recursos y/o materiales para obtener el costo asociado por componente, así como el costo global. Con la finalidad de tener una estimación del costo promedio por residente se dividió el costo total entre el total de residentes que participaron en la intervención.

El costo por hora del tiempo dedicado por el personal de las residencias que participó en la intervención (dos personas en cada residencia) se estimó a partir del sueldo mensual promedio del rango de ocupación (jefe de enfermería, enfermería técnica, cuidadores, etc.) y el porcentaje de tiempo dedicado a cada terapia. Como parte de la intervención, se le solicitó al personal que llenara una hoja de control con comentarios sobre el desarrollo de cada terapia psicosocial realizada. Para tomar en cuenta esta actividad en el costo total de cada terapia psicosocial, se le agregaron 10

minutos de tiempo dedicado por el personal a cada terapia como promedio.

Para estimar el costo del componente de capacitación, se tomaron en cuenta los materiales didácticos e impresión de Manuales, el transporte a las residencias en que se llevó a cabo la capacitación, el tiempo de la investigadora principal asociada, así como insumos para un refrigerio que se compartía al final de cada sesión de capacitación. Finalmente, para estimar el costo asociado al componente de supervisión semanal de la implementación

de las terapias psicosociales en las residencias se calculó el tiempo de la investigadora principal asociada y del transporte.

La Tabla 1 describe cada una de las terapias psicosociales incluidas en la intervención, así como los insumos requeridos tanto en material como en tiempo (recursos humanos) necesario para llevarlas a cabo. Estos tiempos se utilizaron para estimar el porcentaje de la jornada laboral dedicado a implementar las terapias, tomando en cuenta el sueldo mensual.

Tabla 1. Intervenciones psicosociales y recursos incluidos en el cálculo de costos asociados

Terapia Psicosocial	Material por ICLP	Tiempo staff
Terapia de Reminiscencia	Doce cajas de reminiscencia (1 por semana de la intervención).	45 minutos: una sesión por semana / dirigida por dos miembros del personal designados.
Terapia psicomotora con danza	iPod Shuffle®, incluyendo una lista de música grabada y altavoces (bocina bluetooth®).	45 minutos: dos sesiones por semana / dirigida por dos miembros del personal designados.
Interacción 1:1 estimulación cognitiva y desarrollo de libro de vida	55 álbumes y material para libros de vida.	20 minutos por día, dirigido por el personal participante
Terapia con muñecos	Siete muñecos (Cinco muñecas y dos peluches)	Observación diaria, sin tiempo específico designado.

Fuente: Adaptado de Torres-Castro, et al., 2022; p.3 (20)

Como parte del componente del proyecto para optimizar el uso de medicamentos antipsicóticos, se siguieron las directrices de la Organización Mundial de la Salud y Health Action International (22) para calcular el gasto total en medicamentos antipsicóticos por residente a partir de las dosis totales y la frecuencia de cada

medicamento recetado al inicio (T0) y a al final del estudio (doce semanas) (T1). Dado que todos los medicamentos antipsicóticos que consumieron los residentes durante la intervención se compraron en el sector privado, se estimó el costo promedio de los medicamentos en farmacias del este sector en la Ciudad de México al momento del

estudio. Todos los costos se calcularon en pesos mexicanos, desde la perspectiva del proveedor, incluidos todos los recursos utilizados y los costos asumidos en el desarrollo e implementación de las intervenciones. Los precios se han actualizado al año 2023 con fines de su publicación.

Consideraciones éticas

Este estudio secundario formó parte del estudio PROCUIDA-Demencia con

aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Edimburgo (STAFF068) y de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Instituto Nacional de Geriátrica (PI-011/2016). Se proporcionó información escrita y verbal sobre el proyecto a todos los participantes antes de solicitar el consentimiento y todos los participantes proporcionaron su consentimiento por escrito. El protocolo principal del estudio está inscrito en el Registro ISRCTN (16463016).

RESULTADOS

La recolección de información se realizó de forma paralela a la intervención. Las 4 residencias para personas mayores que participaron en la intervención, aportaron información en diferentes niveles de detalle que reflejan diferencias en su organización, gestión y recursos.

Costos asociados a la intervención PROCUIDA-Demencia

Los costos asociados a llevar a cabo la intervención ascendieron a \$151,880 pesos MXN tomando en cuenta el material, recursos humanos, así como los componentes de capacitación y

supervisión. El costo global asociado a la intervención fue cerca de \$106,000 pesos MXN para las cuatro residencias de personas mayores, tomando en cuenta el material y el tiempo del personal para realizar las terapias. De manera individual, la terapia psicosocial con mayor costo en material fue la terapia de reminiscencia que incluye la elaboración de las 12 cajas temáticas para cada residencia (\$9,950 pesos MXN por institución), mientras que la más económica fue la estimulación cognitiva incluyendo la generación de libro de historia de vida con los residentes (\$668 pesos MXN) (Tabla 2).

Tabla 2. Costos asociados a la intervención, por terapia psicosocial, material y tiempo

	Residencia 1		Residencia 2		Residencia 3		Residencia 4	
	Material	Staff	Material	Staff	Material	Staff	Material	Staff
Terapia Psicosocial								
Terapia de reminiscencia	9,956.0	736.0	9,956.0	704.0	9,956.0	674.0	9,956.0	635.0
Terapia con baile	4,410.0	1,473.0	4,410.0	1,410.0	4,410.0	1,346.0	4,410.0	1,270.0
Interacción 1:1								
estimulación cognitiva & libro de vida	668.0	1,938.0	668.0	1,855.0	668.0	1,771.0	668.0	1,671.0
Terapia con muñecos	7,752.0		7,752.0		7,752.0		7,752.0	
Subtotal	22,786.0	4,147.0	22,786.0	3,969.0	22,786.0	3,791.0	22,786.0	3,576.0
Costo total por residencia	26,933.0		26,755.0		26,577.0		26,362.0	

Nota: Estimaciones en pesos mexicanos (MXN) ajustado a precios de 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados.

En todas las residencias, el costo del tiempo del personal representó una proporción baja del costo total de la intervención, entre el 13% y 15% del costo total. La Tabla 2 presenta, por residencia, el costo estimado del tiempo utilizado por el personal de las residencias para llevar a cabo cada terapia. Se observa una diferencia de aproximadamente 15% entre la residencia que presenta mayor costo del personal (R1=\$4,147.0 MXN) y la que presenta el menor (R4=3,576.0 MXN). En general, las diferencias en el costo asociado al tiempo del personal reflejan diferencias salariales derivadas del tipo de personal que se contrata, por ejemplo, licenciatura en enfermería vs. cuidadores (sin una formación en competencias para el cuidado de personas mayores).

En cuanto a los costos asociados a la capacitación y las actividades de supervisión encontramos que el costo del transporte representa parte importante de ambos componentes, con 35% y 61% del componente de capacitación y supervisión, respectivamente. En la supervisión, el porcentaje equivalente de tiempo de la investigadora principal del proyecto (recurso humano) representó el restante 39% del costo total asociado a implementar este componente. Asimismo, se observa como en CDMX, la impresión (manuales), material didáctico o proveer un refrigerio no representaron costos altos (Tabla 3).

Tabla 3. Costos asociados a la capacitación inicial y supervisión de la intervención

	Transporte	Staff	Manuales/ Material didáctico	Refrigerio	Total
Capacitación del personal	4,811.0	2,283.0	4,010.0	2,673.0	13,777.0
Supervisión de la intervención	19,246.0	12,230.0			31,476.0

Nota: Estimaciones en pesos mexicanos (MXN) ajustado a precios de 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados

Uso y costos de los medicamentos antipsicóticos

Otro elemento que al inicio del proyecto se esperaba que representara una parte importante de los costos totales en las residencias, como medicamentos y otros insumos médicos, no lo fueron, dada la forma en que se compran/pagan. De todos los residentes a los que se les recetó y tomaron al menos un medicamento, ninguno fue reportado como pagado por el las instituciones de CLP, un 83% informó que fueron pagados por el residente o su(s) familia(res) y un 17% que fueron proporcionados por la institución de salud y/o seguridad social a la que el residente está afiliado, u obtenidos a través de donaciones.

La revisión de medicamentos antipsicóticos mostró que, en la evaluación basal, el 41% (n=13) del total de participantes en la intervención (n=32) tomaba al menos un fármaco antipsicótico, y de estos, el 31% (n=4) tomaba dos. A las doce semanas, el 46% (n=6) de los residentes no tuvieron cambios en la prescripción/uso de antipsicóticos, y se observaron ahorros en siete residentes a los que se les redujo la dosis (n=2) o se suspendió (n=5). El mayor ahorro se observó en el residente I, donde el especialista recomendó tanto la suspensión de los medicamentos al final de la intervención tras la revisión clínica y reducción de los síntomas (12 semanas) (Tabla 4).

Tabla 4. Uso de medicamentos durante la intervención y costos asociados.

Residente	Medicamento Antipsicótico	Resultado a las 12 semanas	Costo mensual inicial	Costo mensual semana 12	Ahorro
1	RISPERIDONA	Sin cambio	1,571.0	1,571.0	0.0
1	HALOPERIDOL	Suspendido	176.0	0.0	176.0
4	OLANZAPINA	Sin cambio	1,724.0	1,724.0	0.0
	QUETIAPINA	Sin cambio	630.0	630.0	0.0
5	OLANZAPINA	Sin cambio	1,724.0	1,724.0	0.0
6	OLANZAPINA	Sin cambio	1,290.0	1,290.0	0.0
7	RISPERIDONA	Dosis reducida	1,571.0	786.0	785.0
8	RISPERIDONA	Sin cambio	786.0	786.0	0.0
51	QUETIAPINA	Suspendido	629.0	0.0	629.0
57	QUETIAPINA	Sin cambio	629.0	629.0	0.0
59	OLANZAPINA	Suspendido	3,449.0	0.0	3.4

59	QUETIAPINA	Suspendido	629.0	0.0	629.0
61	QUETIAPINA	Suspendido	1,259.0	0.0	1,259.0
351	LEVOMEPROMAZINA	Sin cambio	1,480.0	1,480.0	0.0
356	QUETIAPINA	Suspendido	629.0	0.0	629.0
357	QUETIAPINA	Dosis reducida	2,518.0	629.0	1,889.0

Nota: Estimaciones en pesos mexicanos (MXN) ajustado a precios de 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados

DISCUSIÓN

El objeto de este estudio fue estimar los costos asociados a una intervención basada en terapias psicosociales y revisión de antipsicóticos para personas mayores que viven con demencia en instituciones de CLP en la Ciudad de México en un periodo de 12 semanas. El estudio identificó los insumos y el tiempo del personal/recursos humanos necesarios para llevar a cabo estas intervenciones.

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que estima los costos asociados a implementar este tipo de intervenciones en México, por lo que permite también reflexionar sobre estos costos vis a vis la implementación en otras residencias e investigaciones en el futuro. De manera importante, el presente estudio contribuye a la escasa evidencia que existe actualmente en relación con las prácticas de atención en instituciones de CLP en México, y específicamente, en relación con intervenciones psicosociales para la atención de la demencia.

Los costos estimados de las terapias incluidas en intervención, incluyendo el material especializado fue de \$106,627 pesos MXN, mientras que el costo

global, incluyendo el componente de capacitación y la supervisión fue de \$151,880 pesos MXN. Es interesante ver que el componente de capacitación representa la menor proporción de los costos totales de la intervención ya que podría fácilmente replicarse y aplicar así en otras residencias. Por otra parte, si bien la supervisión tiene un costo que puede ser alto para la mayoría de las residencias, la supervisión podría reducirse o integrarse como un número pequeño de asesorías con los administradores y personal de las residencias para resolver dudas y dar sugerencias sobre cómo lograr una provisión óptima de las terapias. Después de la pandemia por COVID19 el uso de tecnologías de la comunicación es más aceptada, lo que podría beneficiar la supervisión con asesorías virtuales para disminuir costos y tiempo de respuesta.

Otro aspecto importante fue corroborar las grandes diferencias entre las instituciones participantes no sólo en materia de infraestructura (espacios), sino también en el tipo de recursos humanos que cada una contrata que va desde personas “cuidadoras” sin competencias y capacitación específica, hasta personal con

licenciatura en enfermería, y las diferencias salariales derivadas del tipo de personal que se contrata. Esto tuvo un impacto directo en los costos asociados en cada Residencia, representando una diferencia de aproximadamente 15% del costo total entre las residencias con mayores y menores costos en cuanto al tiempo de su personal.

Dada la falta de recursos (financieros, humanos e infraestructura) que enfrentan la mayoría de las residencias de personas mayores en México, cubrir el costo de las cuatro intervenciones puede ser un desafío, sin embargo, debido al impacto positivo de la intervención en los residentes (20,21), podemos identificar distintas alternativas que se pueden incorporar, aumentando la posibilidad de que un mayor número de instituciones tomen estas intervenciones. Por una parte, en un ambiente de atención usual, en adición a la capacitación, idealmente se pueden hacer planes individualizados y seleccionar la(s) terapia(s) óptima de acuerdo con las preferencias de la persona que vive con demencia. Además de fomentar la atención centrada en la persona, se pueden reducir los costos al solo adquirir el material que se va a utilizar, y evitar tener material o proveer terapias que no logren la participación de los residentes por no adaptarse a sus preferencias, por ejemplo, si a la persona no le gusta bailar, no está cómoda con un muñeco o peluche, etc.

El presente estudio formó parte de un ensayo clínico aleatorizado y, por lo tanto, además de un estricto seguimiento (supervisión semanal), incluyó la compra de

materiales e insumos que permitieran su replicación exacta siguiendo estudios previos en el Reino Unido (9,10), incrementando el costo de algunas terapias como la de reminiscencia y muñeco. Un enfoque alternativo y más factible al reducir costos, incluye el utilizar donaciones en especie (ropa, artefactos del hogar, álbumes), reciclar pertenencias con el apoyo de familiares o amigos, o buscar materiales en tiendas y librerías de segunda mano (libros, revistas), entre otras fuentes. Si bien no es posible hacer una comparación directa con estudios similares en otros países debido a las diferencias en métodos, el contexto y los sitios de estudio, es interesante notar similitudes en los altos costos operativos y del material para algunas terapias de reminiscencia, en comparación con los costos de los recursos humanos, y entre las terapias basadas en la tecnología en comparación con aquellas centradas en la persona (16,17).

En cuanto a la revisión de medicamentos antipsicóticos, el hecho de que la mayoría de las instituciones no llevaran un registro exhaustivo de la compra de medicamentos y de las pruebas clínicas y/o de laboratorio realizadas—ya que en su mayoría se obtienen en el sector privado y son pagadas por los residentes o sus familiares—, evidenció la necesidad urgente de contar con normas y procedimientos únicos y estandarizados para la gestión y atención en todas las instituciones de cuidados en el país.

En comparación con los estudios que desarrollaron intervenciones

psicosociales en atención de la demencia en países de ingresos altos y con costos unitarios y sueldos homologados (9,16-18,23), disponer de un historial y una copia de todas las pruebas realizadas habría permitido, al menos, el uso de métodos de cálculo indirecto de costos. En cuanto a la gestión asistencial, también permitiría un seguimiento óptimo de la atención y evolución de los residentes.

Ciertamente, la escasez de datos sobre la gestión y administración de las residencias para personas mayores en México y su impacto en la calidad de vida de los residentes se mantendrá en tanto no se establezca un Sistema Nacional de Cuidados que incluya, no sólo estrategias de apoyo para las personas mayores con dependencia funcional y/o cognitiva y que requieren cuidados, sino también la integración, estandarización y evaluación de las instituciones ya existentes. De lo contrario, se arriesga continuar con una atención subóptima y una completa ignorancia del impacto en el bienestar de las personas que residen en estas Instituciones.

Adicionalmente, debido al impacto positivo de las terapias psicosociales (11,24) y las amplias recomendaciones de incluir intervenciones no-farmacológicas como la primera opción de tratamiento, éstas deberían convertirse también en la primera línea de atención en las residencias para mayores en México.

Los resultados de nuestro estudio permiten mostrar también la necesidad de futuros estudios de costos que se adapten aún más a las características y la realidad de

estas instituciones, así como insumos relevantes que nos permitirán generar un marco de referencia para la captura de información para la generación de evaluaciones económicas costo-beneficio de este tipo de terapias.

Limitaciones

Se identificaron algunas limitaciones relacionadas con el estudio principal, en primer lugar, para lograr una comparación entre las instituciones, en el diseño del estudio se planeó incluir residencias para personas mayores cuyas características fueran similares. Sin embargo, a pesar de tener criterios de inclusión, las instituciones que se pudieron identificar e invitar, y que al final participaron, tenían diferencias relevantes en aspectos fundamentales, por ejemplo, el número de residentes, la infraestructura y el personal al que contratan, o las características de funcionalidad y/o dependencia de los residentes que admiten. Esto tuvo un impacto en cómo se implementaron las intervenciones en cada una y, como se vio en este estudio, en los costos asociados.

En segundo lugar, las diferencias entre instituciones también se vieron reflejadas en la posibilidad de obtener información en cada una de ellas y, por lo tanto, podríamos estar perdiendo datos importantes que podrían implicar una subestimación o sobreestimación de los costos. Finalmente, ya que la intervención se planeó y llevó a cabo como un ensayo controlado aleatorizado, la muestra del estudio no fue representativa del total de

personas mayores viviendo en residencias de CLP. Si bien inicialmente se seleccionaron ocho instituciones para participar en el proyecto, una dejó el estudio, lo que significa que esta es una muestra pequeña y las

condiciones en otras residencias de ancianos podrían diferir del resto de las residencias de la Ciudad de México y de las residencias de otras partes del país.

CONCLUSIONES

Este estudio permitió identificar los recursos y estimar los costos asociados a la introducción de un modelo de capacitación en instituciones de CLP para introducir intervenciones psicosociales y reducir la prescripción de antipsicóticos a personas con demencia.

Los resultados muestran que, si bien la implementación de todas las intervenciones a la vez podría ser costosa, especialmente aquellas intervenciones que requieren materiales altamente especializados (Reminiscencia) o tecnología (Danza), las residencias pueden seleccionar entre estos o explorar alternativas a la compra de todos los materiales.

Dado el menor costo de la capacitación, resulta recomendable a gobiernos locales y asociaciones de la sociedad civil introducir programas de

capacitación a gran escala como el incluido en el Programa PROCUIDA-Demencia como un componente en el establecimiento de estándares de atención como parte de un Sistema Nacional de Cuidados. Además, como apoyo en asesoría para que puedan implementar intervenciones psicosociales acordes a su infraestructura, recursos humanos y económicos. Esto debe hacerse como parte del desarrollo de estándares obligatorios de atención, de normas para la regulación y el monitoreo de los entornos de atención en instituciones de cuidados a largo plazo en México, lo cual es una prioridad urgente. Es fundamental, no solo como una herramienta para estudios futuros de evaluación económica en residencias para personas mayores en México, sino como una herramienta para avanzar en la estandarización de la gestión y evaluación de las residencias

REFERENCIAS

1. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Comunicado de prensa núm. 568/22: 30 de septiembre de 2022. Comunicación Social. INEGI: México. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

2. Angel JL, Vega W, López-Ortega M. Aging in Mexico: Population Trends and Emerging Issues. The Gerontologist. 2017; 57(2):153-162. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw136>

3. López-Ortega M., Jiménez Bolón JE. Dependencia y Cuidados de Largo Plazo. En LM. Gutiérrez Robledo, MC García Peña, JE Jiménez Bolón (Eds.), *Envejecimiento y Dependencia. Realidades y Previsión para los Próximos años*. México, DF: Academia Nacional de Medicina, 2014: p. 29–62.
4. López-Ortega M, Aranco N. *Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Nota Técnica 1614*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2019. doi: <http://doi.org/10.18235/0001826>
5. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). *Censo de Alojamientos de Asistencia Social CAAS*. México: INEGI-DIF, 2015. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/caas/2015/>
6. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). *Tabulados del Cuestionario para Alojamientos de Asistencia Social 2020*. México: INEGI, 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>
7. Angel JL, Angel RJ, López-Ortega M, Gutiérrez Robledo LM, Wallace RB. Institutional Context of Family Eldercare in Mexico and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2016; 31(3):327-36.
8. CDHCDMX (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México). *Informe de los derechos humanos de las personas mayores*. Ciudad de México: CDHCDMX, 2007. Disponible en: <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/informe-adultos-mayores.pdf>
9. Ballard C, Corbett A, Orrell M, Williams G, Moniz-Cook E, Romeo R, Woods B, Garrod L, Testad I, Woodward-Carlton B, Wenborn J, Knapp M, Fossey J. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2018;15(2):e1002500. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
10. Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., & Howard, R. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*. 2006; 332: 756–761. <https://doi.org/10.1136/bmj.38782.575868.7C>
11. NCCMH. National Collaborating Centre for Mental Health Dementia: A NICE–SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and their Carers in Health and Social Care. British Psychological Society and Gaskell, 2007.
12. O'Connor DW, Ames D, Gardner B, King M. Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *Int Psychogeriatr*. 2009; 21(2):225-40. doi: 10.1017/S1041610208007588.
13. Spector A, Orrell M, Hall L. Systematic review of neuropsychological outcomes in dementia from cognition-based psychological interventions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2012; 34(3-4), 244-55.
14. Wimo A, Seeher K, Cataldi R, Cyhlarova E, Dielemann JL, Frisell O, Guerchet M, Jönsson L, Malaha AK, Nichols E, Pedroza P, Prince M, Knapp M, Dua, T. The worldwide costs of dementia in 2019. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*. 2023; 19(7), 2865-73. <https://doi.org/10.1002/alz.12901>
15. Knapp M, Lemmi V, Romeo R. Dementia care costs and outcomes: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013; 28:551-61.
16. Knapp M, Thorgrimsen L, Patel A, Spector A, Hallam A, Woods B, Orrell M. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: Cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 8:574-80.
17. Woods RT, Orrell M, Bruce E, Edwards, RT, Hoare Z, Hounsborne B, Keady J., Moniz-Cook E, Orgeta V, Rees J, Russell, I. REMCARE: Pragmatic Multi-Centre Randomised Trial of Reminiscence Groups for People with Dementia and their Family Carers: Effectiveness and Economic Analysis. *PloS one*. 2016;11(4):e0152843. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152843>
18. Ferry F, Ryan A, McCauley C.O, Laird EA, Gibson A, Mulvenna MD, Bond R, Bunting B, Curran K. Economic costs and health-related quality of life associated with individual specific reminiscence: Results from the Inspired Feasibility Study. *Dementia*

(London, England). 2020; 19(7): 2166-83.
<https://doi.org/10.1177/1471301218816814>

19. Torres-Castro S, Lopez-Ortega M, Martinez-Ruiz A, Gutierrez-Robledo LM, Guzman A. Pilot study and key feasibility factors of a staff training intervention and reduction of antipsychotic prescription practice in Mexican urban care homes: Study protocol. *J Ment Health Aging* 2018; 2(2):47-55.

20. Torres-Castro S, Rabaneda-Bueno R, López-Ortega M, Gutiérrez-Robledo LM, Guzmán A. Multicomponent Staff Training Intervention to Improve Residential Dementia Care (PROCUIDA-Demencia): A Mixed-Methods 2-Arm Cluster Randomized Controlled Pilot and Clinical Outcomes Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2022; 23(3):350-8.

21. Guzmán A, Orellana K, López Ortega M, Gutierrez Robledo LM, Torres Castro S. Introducing a multicomponent staff training intervention to reduce antipsychotic medication: Care home management pre and post intervention views of systemic impact,

and preliminary RE-AIM evaluation. *Eval Program Plann*. 2024;103:102399.
 doi:10.1016/j.evalprogplan.2023.102399

22. World Health Organization and Health Action International. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2nd Edition; Geneva: WHO, 2008.

23. Goyder J, Orrell M, Wenborn J, Spector A. Staff training using STAR: a pilot study in UK care homes. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(6):911-20.
 doi:10.1017/S1041610211002559

24. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muñoz R. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2010; 30: 161–78.

ESTUDIO DE CASO

Proceso de Atención de Enfermería en un paciente con meningioma: Un estudio de caso clínico exploratorio

Nursing care process in a patient with meningioma: An exploratory clinical case study

Nadely Patricia Ramírez-Ojeda¹, Dallany Trinidad Tun-González¹, Arlene Lilian Moguel-Palma¹, Laura Dioné Ortiz-Gómez¹, Lizbeth Paulina Padrón Aké, Lucy Minelva Oxté Oxté¹

RESUMEN

Introducción. Los meningiomas son tumores extraaxiales que son originados a partir de las células de la aracnoides y son los tumores primarios más frecuentes del sistema nervioso central (SNC), adicionalmente existe un 70% mayor de probabilidad de que alguno de los hijos de una persona con tumor primario pueda presentarlo en algún momento de su vida, como es el caso de la persona reportada. **Objetivo.**

Describir los cuidados perioperatorios de enfermería de una persona con diagnóstico médico de meningioma parietal izquierdo con base en el Proceso de Atención de Enfermería.

Material y método. Estudio de caso observacional, descriptivo, con aplicación del proceso de enfermería y las taxonomías NANDA, NOC y NIC. **Resultados.** Durante el preoperatorio se logró una disminución significativa del nivel de ansiedad a través de la escucha activa y la explicación del procedimiento quirúrgico. Durante el transoperatorio se realizaron cuidados propios de la enfermera especialista quirúrgica, lo que permitió una recuperación inmediata y mediata en el postoperatorio, en el cual se obtuvo mejoría principalmente en la memoria. **Discusión.** Diversos estudios demuestran que los efectos secundarios posteriores a la cirugía dependen de las condiciones de cada persona, es por ello que se debe garantizar la atención hacia las respuestas humanas de las personas que son intervenidas quirúrgicamente, puesto que se ha justificado la alta incidencia de diversidad de secuelas o complicaciones.

Conclusión. Es importante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el área quirúrgica pues garantiza una atención holística en la persona sometida a una intervención.

Palabras clave: Meningioma, Proceso Enfermero, Enfermería perioperatoria

ABSTRACT

Introduction: Meningiomas are extra-axial tumors that are originated from arachnoid cells and are the most frequent primary tumors of the central nervous system (CNS), additionally there is a 70% higher probability that any of the children of a person with a primary tumor may present it at some point in their life, as is the case of the reported person.

Objective. Describe the perioperative nursing care of a person with a medical diagnosis of left parietal meningioma based on the Nursing Care Process. Material and method. Observational, descriptive case study, with application of the nursing process and the NANDA, NOC and NIC taxonomies.

Results. During the preoperative period, a significant decrease in the level of anxiety was achieved through active listening and explanation of the surgical procedure. During the transoperative period, the surgical specialist nurse's own care was provided, which allowed an immediate and mediated recovery in the postoperative period, in which improvement was obtained mainly in memory. **Discussion.** Several studies show that the side effects after surgery depend on the conditions of each person, which is why attention to the human responses of people who undergo surgery should be guaranteed, since the high incidence of a diversity of sequelae or complications has been justified. **Conclusion.** The application of the Nursing Care Process in the surgical area is important, that guarantees a holistic care to the person undergoing surgery.

Keywords: Meningioma, Nursing Process, Perioperative nursing.

¹Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

Recibido: 03 de julio de 2024

Aceptado: 14 de agosto de 2024

Publicado: 21 de enero de 2025

Correspondencia para la autora: Nadely Patricia Ramírez Ojeda. Calle 90 s/n x 59 y 59ª Col. Centro. C.P. 97000. Mérida, Yucatán, México. nadely.ramirez@correo.uady.mx

INTRODUCCIÓN

El PAE es un método dinámico, sistematizado y humanístico para proporcionar los cuidados de enfermería de forma organizada; consta de cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución/aplicación y evaluación (2).

El paciente cuenta con diagnóstico médico de meningioma parietal izquierdo que hace referencia a tener un tumor extraxial en el área de las meninges específicamente en el área parietal izquierdo.

En este contexto se realizó un estudio de caso, de una persona adulta con el diagnóstico médico de meningioma parietal izquierdo, que fue programada para la resección del tumor a través de una craneotomía parietal izquierda. Esta fue elegida debido a que el área del meningioma

no es muy común de acuerdo a la revisión de la literatura hemisferio izquierdo (3), de igual forma debido a que la causa del tumor pudo ser por predisposición genética y a que la mayoría de estos casos resultan ser asintomáticos y ser descubiertos por otras razones (4), a la persona se le realizaron los estudios debido a presencia de demencia.

El presente documento describe los sucesos del cuidado enfermero de relevancia quirúrgica, se describen en tres momentos del perioperatorio, es decir durante el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, a través del PAE, en el cual se consultaron fuentes primarias y secundarias.

El objetivo del estudio fue describir los cuidados perioperatorios de enfermería de una persona con diagnóstico médico de meningioma parietal izquierdo con base en el PAE.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio de caso de tipo observacional y descriptivo de una persona con el diagnóstico médico de meningioma parietal izquierdo, que fue programado para la resección del tumor a través de una craneotomía parietal izquierda en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de Mérida, Yucatán, en un tiempo de siete días durante el perioperatorio a través del PAE.

La valoración preoperatoria se realizó a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon, los diagnósticos de

enfermería se determinaron con la estructura del razonamiento diagnóstico, es decir datos significativos, dominio y clase afectada, problema (Etiqueta diagnóstica), etiología (factor relacionado/factor de riesgo) y signos y síntomas (Características definitorias), se desarrollaron los planes de cuidados de enfermería con el apoyo de las taxonomías NOC (5) y NIC (6).

Durante la visita preoperatoria se realizó una valoración de enfermería considerando los patrones funcionales de Marjory Gordon⁴; con base a la información

obtenida, se formularon los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de diagnósticos enfermeros, NANDA Internacional 2021-2023 (4), de igual manera durante el transoperatorio y postoperatorio. Para cada diagnóstico se plantearon resultados con el apoyo de la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC) (5) y para poder alcanzar los objetivos planteados se llevaron a cabo diversos cuidados de enfermería con el lenguaje estandarizado que ofrece la taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC) (6), con la finalidad de prevenir, minimizar o bien corregir los problemas presentados durante el perioperatorio y así proporcionar una atención integral, con calidad y seguridad.

La recolección de la información se realizó a través de fuentes primarias y secundarias, de forma directa e indirecta, a través de la consulta del expediente clínico y de una entrevista a la persona afectada y familiares.

Aspectos éticos

Para la realización del estudio, se le informó a la persona y al familiar principal sobre el objetivo del mismo, los beneficios, riesgos y manifestó deseos de participar, por lo que se obtuvo consentimiento informado verbal; así mismo, se le aseguró que la información recabada sería estrictamente confidencial, así como la libertad del retiro del estudio en el momento que así lo decidiera.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en el artículo 17 se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que la persona de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Lo cual no representa posibilidad en la persona al ser un estudio meramente descriptivo. Por lo tanto, el presente estudio es considerado como investigación sin riesgo (7).

RESULTADOS

Historia clínica

Persona de 69 años de edad, sexo mujer, originaria de Mérida, Yucatán, de nivel socioeconómico medio, hábitos higiénicos adecuados, escolaridad primaria, estado civil, casada, profesa la religión católica, tiene cuatro hijos. Vive en casa propia, dedicada a las labores del hogar, refiere realizar las tres comidas, no realiza actividad física. En relación a los antecedentes patológicos: diabetes mellitus

tipo 2 desde hace 30 años, tratamiento con metformina una tableta cada 24 horas. Alérgica al diclofenaco, niega toxicomanías. Antecedentes heredofamiliares: Padre fallecido por tumor en la cabeza, mencionan desconocer el tipo y tiempo. Ambos padres con diabetes mellitus tipo 2. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía hace 15 años, sin complicaciones y dos cesáreas.

Padecimiento actual: inicia con demencia progresiva hace un año por lo que

deciden acudir al médico privado el cual solicita estudios de imagenología, se le realiza resonancia magnética con medio de contraste con gadolinio, obteniendo como resultado: Estructuras de base y bóveda craneana sin alteraciones. Leve engrosamiento mucoperióstico esenoetmoidal por sinusitis. Ambos hemisferios cerebelosos de morfología e intensidad normal, encontrando el cuarto ventrículo central y sin alteraciones. En la figura 1 se observa lesión ocupativa supratentorial extraaxial en la región frontotemporal izquierda, de forma ovoide y cola dural, bordes bien delimitados, de predominio isointensa a la sustancia gris, con cambios en el centro; medidas aproximadas de 54.2 x 61.2 x 41.6 mm en sus ejes longitudinal, anteroposterior y transversal, respectivamente. Dicha lesión desplaza y comprime el parénquima cerebral adyacente, se encontró desplazamiento de su línea media 5.5 mm a la derecha y compresión del ventrículo ipsilateral.

Tras la colocación del contraste se observa un realce intenso excepto en su centro. El resto del parénquima se observa con prominencia de surcos, cisuras y el resto del sistema ventricular por cambios de atrofia cortico-subcortical.

Se aprecian imágenes puntiformes hiperintensas subcorticales, periventriculares y pontinas por microeventos isquémicos secundarios a angiopatía subcortical aterosclerótica. Hacia la corteza de la región occipital izquierda se observan discretos cambios de

malacia con gliosis posiblemente por evento isquémico antiguo.

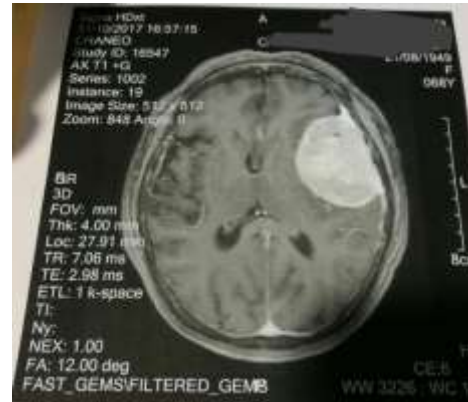


Figura 1. Resonancia Magnética

Figura 1. Resonancia magnética de paciente Por lo que se concluye con lesión extraaxial frontotemporal izquierda sugestiva de meningioma cambios de atrofia cortico-subcortical en asociación a microeventos isquémicos por angiopatía subcortical aterosclerótica, pequeña zona de malacia occipital izquierda.

Se realiza protocolo por neurocirugía para resección tumoral de manera electiva.

Valoración de enfermería

Preoperatorio

Se realizó valoración prequirúrgica y se obtiene la siguiente información:

Patrón 1. Percepción-manejo de la salud /Dominio 1. Promoción de la salud

La persona vive en casa propia, cuenta con los elementos básicos higiénicos.

Reconoce que debe llevar una alimentación balanceada debido a que presenta diabetes mellitus tipo 2 desde hace 30 años, actualmente con tratamiento de

metformina, una tableta al día. Niega toxicomanías.

Patrón 1. Percepción de la salud / Dominio 11. Seguridad/protección

Se le explica los riesgos que pueden presentarse durante y posterior a la cirugía.

Es alérgica al diclofenaco, es A+, cuenta con cuatro paquetes globulares y cuatro paquetes de plasma fresco congelado en reserva. Los laboratorios indican, hemoglobina 13.4 mg/dl, leucocitos 5.8×10^3 mm³ plaquetas 217 000, TP 11.8 seg, TPT 25.3 seg, TAC cerebral con lesión extraaxial frontotemporal izquierda sugestiva de meningioma

Patrón 1. Percepción de la salud / Patrón 7. Autopercepción y autoconcepto Dominio 13. Crecimiento/desarrollo

Existe congruencia entre edad, peso y talla.

Patrón 2. Nutricional – metabólico / Dominio 2. Nutrición

Se encuentra en ayuno desde hace 12 horas, con catéter venoso periférico venoclisis en miembro superior derecho con solución fisiológica de 1000 cc para ocho horas.

Patrón 3. Eliminación / Dominio 3. Eliminación e intercambio

Refirió que hace 24 horas no evacúa, sin dificultad para orinar. Se le explica que durante la cirugía se le colocará una sonda vesical de tipo Foley para la cuantificación de uresis.

Se le menciona que posterior a la cirugía conforme a la evolución y tolerancia se le proporcionarán alimentos.

Patrón 4. Actividad-ejercicio / Dominio 4. Actividad/reposo

Refiere que desde hace más de un mes tiene dificultades para caminar, siente “hormigueo” en la pierna derecha y hay momentos en los cuales no percibe sensibilidad en dicho miembro.

Patrón 5. Sueño-descanso / Dominio 4. Actividad/reposo

Comenta que, durante la noche, le lleva tiempo conciliar el sueño y que además tiene despertares varias veces. Actualmente se siente ansiosa por la intervención que le van a realizar.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual / Dominio 5. Percepción/cognición

Paresia en miembro pélvico derecho, durante la entrevista se aprecian momentos con dificultad para comprender, afasia, falta de concentración y facies de incomodidad por la presencia de luz artificial.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual / Dominio 12. Confort

Comenta que ha presentado cefalea intensa en algunas ocasiones.

Patrón 7. Autopercepción y autoconcepto / Dominio 6. Autopercepción

Se siente confundida y ansiosa debido al proceso quirúrgico.

Patrón 8. Rol y relaciones / Dominio 7. Rol/relaciones

Existe coherencia entre edad y aspecto físico, es pensionada, vive con su esposo. Cuenta con el apoyo de su familia (esposo e hijos) para el estado actual de salud.

Patrón 9. Sexualidad-reproducción / Dominio 8. Sexualidad

Prácticas sexuales nulas, se encuentra en etapa de posmenopausia.

Patrón 10. Adaptación - tolerancia al estrés / Dominio 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés

Por momentos durante la valoración presenta ansiedad debido a la situación de salud por la cual atraviesa.

Patrón 11. Valores y creencias / Dominio 10. Principios vitales

Sus prácticas religiosas no interfieren con su enfermedad y tratamiento, refiere profesar la religión católica.

Transoperatorio

Es trasladada al quirófano a las 8:55 hrs se coloca en decúbito dorsal, se le realiza monitorización de signos vitales invasivo (se le coloca catéter venoso central, línea arterial), se procede a realizar anestesia general balanceada, sin complicaciones, se le posiciona con cabeza lateralizada hacia la

derecha. Se realiza tricotomía en el área parietofrontal, marcaje de sitio quirúrgico, delimitación del área con mesa de Mayfield, Inicia cirugía a las 10:25 hrs, con incisión en región fronto-parietal izquierda en forma de herradura (U), desperiostización de hueso parietal, exposición de calota, se realizan trepanaciones, craneotomía, apertura de la duramadre y aracnoides, se observa el tumor, se valora las características, tamaño, se realiza disección y extirpación del mismo en un 98%, se procede al lavado del sitio quirúrgico, se coloca hemostático (beriplast), cierre por planos. Termina la cirugía a las 15:50 hrs.

La paciente se encuentra con signos vitales en rangos normarles, con apoyo de ventilador mecánico por lo que es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA).

Postoperatorio

Durante la visita postoperatoria se encuentra la paciente en el área de UCIA, pasadas las primeras 24 horas, se encuentra extubada, con presencia de sonda vesical y bolsa colectora de orina con coloración normal, 200 ml.

A la valoración de enfermería se encuentra herida quirúrgica en la cabeza cubierta a modo de capelina, limpia sin datos de sangrado, de igual forma se observa ojo izquierdo cerrado con hematoma periorcular, hormigueo y entumecimiento en lado izquierdo del rostro. Presenta afasia, sin embargo, por ciertos periodos logra comprender lo que se le está preguntado.

Pupila derecha reactiva a la luz, movimientos coordinados en miembros superiores tanto derecho como izquierdo, de igual forma movimientos adecuados y coordinados en miembros pélvicos inferiores derecho e izquierdo. Presenta signos y síntomas de hipertermia de 38. 2°C, a las 48 horas se indica su egreso de la UCIA para ser trasladada al servicio de neurocirugía, sin sedación, consiente con escala de coma de Glasgow de 15 (apertura ocular espontánea 4, respuesta verbal orientada 5 y respuesta verbal, obedece 6), pupilas isocóricas, signos vitales de tensión arterial 110/70 mm de Hg, ruidos cardiacos rítmicos, saturación al 98%, frecuencia respiratoria de 19 rpm, frecuencia cardiaca de 76 lpm, tolerancia a la vía oral con dieta blanda, abdomen sin datos de alarma, con glucosa de 214 mg/dl, temperatura de 37°C, sin picos febriles en estas últimas 24 hrs.

De acuerdo al reporte bioquímico se obtiene: leucos de 13.7 μ l, hemoglobina de 8.7 g/dl, plaquetas de 149 mm³/ μ l, TP de 12.2 seg. y TPT de 26 seg.

Al tercer día del posoperatorio, se encuentra acompañada de familiar (esposo), quien refiere que su esposa ha presentado desconocimiento en tiempo, espacio y persona, desconoce familiares (esposo e hijos), adecuada tolerancia a la vía oral, se observa presencia de hematoma en ojo izquierdo y ausencia de sensibilidad del lado izquierdo del rostro. No logra mantener conversación. Se le retira sonda vesical, no ha realizado evacuación en las últimas 24 horas.

A continuación, se presentan los planes de cuidados de enfermería durante el preoperatorio (tabla 1), transoperatorio (tabla 2) y post operatorio (tabla 3):

PREOPERATORIO

Tabla 1. Plan de cuidados preoperatorio

Diagnóstico de enfermería	00146 Ansiedad r/c situación desconocida evidenciado por la expresión de angustia, preocupación y nerviosismo.
Resultado:	1211 Nivel de ansiedad
Intervenciones:	5820 Disminución de la ansiedad 4920 Escucha activa 5340 Presencia
Diagnóstico de enfermería	00303 Riesgo de caídas en adultos evidenciado por la disfunción cognitiva.
Resultado:	1902 Control del riesgo
Intervenciones:	6486 Manejo ambiental: seguridad 6490 Prevención de caídas
Diagnóstico de enfermería	00126 Conocimientos deficientes r/c conciencia inadecuada a los recursos evidenciado por declaraciones inexactas sobre un tema y seguimiento incorrecto de las instrucciones.

Resultado:	1867 Conocimiento: procedimientos diagnósticos y terapéuticos
Intervenciones	5610 Enseñanza: preoperatoria 5618 Enseñanza: procedimientos o tratamientos

Fuente: Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2021
Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.

Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.

TRANSOPERATORIO

Tabla 2. Plan de cuidados transoperatorio

Diagnóstico de enfermería	00254 Riesgo de hipotermia perioperatoria evidenciado por la combinación de anestesia regional y general
Resultado	0802 Signos vitales
Intervenciones	3902 Regulación de la temperatura: perioperatoria 4130 Monitorización de líquidos
Diagnóstico de enfermería	00004 Riesgo de infección evidenciado por el procedimiento invasivo (neurocirugía)
Resultado	1902 Control del riesgo
Intervenciones	3440 Cuidados del sitio de incisión 2930 Preparación quirúrgica 2920 Precauciones quirúrgicas 2900 Asistencia quirúrgica 2910 Manejo de la instrumentación quirúrgica
Diagnóstico de enfermería	00206 Riesgo de sangrado evidenciado por el régimen de tratamiento
Resultado:	0413 Severidad de la pérdida de sangre
Intervenciones:	6610 Identificación de riesgos 6650 Vigilancia
Diagnóstico de enfermería	00087 Riesgo de lesión postural perioperatoria evidenciado por la inmovilización
Resultado:	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
Intervenciones:	2620 Monitorización neurológica 0842 Cambio de posición: intraoperatorio
Diagnóstico de enfermería	00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz evidenciado por el tumor cerebral (meningioma)
Resultado:	0406 Perfusión tisular: cerebral
Intervenciones:	2720 Precauciones con la hemorragia subaracnoidea 4040 Cuidados cardiacos

Fuente: Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2021
Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.

Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.

POST-OPERATORIO

Tabla 3. Plan de cuidados postoperatorio

Diagnóstico de enfermería	00132 Dolor agudo r/c lesión por agentes físicos (procedimiento quirúrgico) evidenciado por expresión facial de dolor y conducta expresiva.
Resultado	2102 Nivel de dolor
Intervenciones	1410 Manejo del dolor: agudo 2210 Administración de analgésicos
Diagnóstico de enfermería	00007 Hipertermia r/c deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto, taquicardia, temperatura mayor a 38°C
Resultado	0800 Termorregulación
Intervenciones	1380 Aplicación de calor o frío 3786 Manejo de la hipertermia 2380 Manejo de la medicación
Diagnóstico de enfermería	00303 Riesgo de caídas en adultos evidenciado por la alteración en el funcionamiento cognitivo
Resultado:	2303 Recuperación posterior al procedimiento
Intervenciones:	6486 Manejo ambiental: seguridad 6490 Prevención de caídas 6610 Identificación de riesgos 0844 Cambio de posición: neurológico
Diagnóstico de enfermería	00131 Deterioro de la memoria r/c trastornos de la cognición evidenciado por la dificultad para recordar nombres familiares, objetos y palabras familiares.
Resultado:	0908 Memoria
Intervenciones:	4760 Entrenamiento de la memoria 4720 Estimulación cognitiva 4400 Musicoterapia 7140 Apoyo a la familia
Diagnóstico de enfermería	00051 Deterioro de la comunicación verbal r/c personas en el postoperatorio temprano evidenciado por afasia, disminución de la velocidad del habla y para mantener comunicación.
Resultado:	0909 Función neurológica
Intervenciones:	4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla 0180 Manejo de la energía
Diagnóstico de enfermería	00128 Confusión aguda r/c trastornos neurocognitivos evidenciado por la disfunción cognitiva y dificultad para iniciar una conducta intencionada.
Resultado:	0912 Función neurológica: consciencia
Intervenciones:	4820 Orientación de la realidad 5340 Presencia

Diagnóstico de enfermería	00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable evidenciado por diabetes mellitus.
Resultado:	2111 Severidad de la hiperglucemia
Intervenciones:	6680 Monitorización de signos vitales 2120 Manejo de la hiperglucemia 7110 Fomentar la implicación familiar
Diagnóstico de enfermería	00246 Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica evidenciado por las preparaciones farmacológicas.
Resultado:	2304 Recuperación quirúrgica: convalecencia
Intervenciones:	3440 Cuidados del sitio de incisión 1100 Manejo de la nutrición 2300 Administración de medicación 0740 Cuidados del paciente encamado 0590 Manejo de la eliminación urinaria 7370 Planificación para el alta

Fuente: Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2021.
Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.
Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.

Evaluación

Los cuidados proporcionados a la persona fueron adecuados, ya que durante el preoperatorio se logró una disminución significativa del nivel de ansiedad a través de la escucha activa y la explicación del procedimiento quirúrgico. Durante el transoperatorio se realizaron cuidados propios de la enfermera especialista quirúrgica, como la pausa quirúrgica, la preparación quirúrgica, la vigilancia neurológica y el cambio de posición neurológica lo que de alguna manera permitiría tener una adecuada recuperación en el postoperatorio inmediato y mediano.

Durante el postoperatorio se obtuvo una adecuada respuesta a los cuidados de enfermería y al tratamiento médico, ya que durante el tiempo que permaneció hospitalizada se logró mejoría principalmente en la memoria, ya que al día

cuatro posterior a la cirugía la paciente fue recordando y reconociendo a sus familiares y lograba expresarse con mayor coherencia y claridad, el hematoma que presentaba en el rostro de lado izquierdo disminuyó significativamente, aunque este era un proceso esperado.

Algunos diagnósticos de enfermería fueron abordados a manera de síndrome, a razón de que las respuestas humanas coinciden en la planeación de las intervenciones y actividades y a través de los cuidados se fueron atendiendo en el mismo momento, estos fueron: el deterioro de la memoria, el deterioro de la comunicación verbal y la confusión aguda.

Con respecto al plan de alta, a los familiares se les hizo participe en los cuidados en los que era posible su colaboración y se les proporcionó educación para la salud para poder continuar los cuidados en casa tales como: el uso de la

musicoterapia, la movilidad y los cuidados higiénico-dietéticos. Se les invitó a continuar con las consultas con el médico neurólogo y

estar atentos a los datos de alarma (convulsiones, sangrado, fiebre) para una atención oportuna.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La persona que atraviesa una intervención quirúrgica pasa a formar parte de un sistema totalmente desconocido que implica riesgos. Esta vivencia puede ocasionarle diversas respuestas humanas.

Si se analiza desde una perspectiva holística visita prequirúrgica establece una atmosfera de tranquilidad, incrementa el nivel de satisfacción en el paciente y en la familia, disminuyendo los efectos negativos durante el proceso postoperatorio (8). En el caso presentado, durante el preoperatorio se observaba ansiedad por parte de la paciente, a través de nerviosismo y expresado de forma verbal, a lo que el resultado considerado fue el nivel de ansiedad que fue alcanzado a través de las intervenciones de escucha activa, presencia por parte de la enfermera quirúrgica y de igual manera a través de la enseñanza: preoperatoria en el que se le explicó lo que se le realizaría

La comunicación y el diálogo del profesional de enfermería quirúrgica ayuda a que el paciente y los familiares expresen sus sentimientos y temores para que de esta forma puedan identificarse diagnósticos enfocados en el problema, de riesgo y de promoción de la salud durante todo el proceso quirúrgico y con la aplicación del PAE poder resolverlos o minimizarlos para disminuir el tiempo de permanencia o estancia hospitalaria.

De acuerdo con un artículo de revisión de la revista del Instituto Mexicano del Seguro Social, parte de los factores de riesgo para presentar un meningioma es que dentro de los antecedentes familiares, el padre haya presentado también un tumor del SNC, existe hasta un 70% mayor de probabilidad que alguno de los hijos pueda presentar algún tipo de tumor en un futuro (9). Esto coincide con lo expresado por parte de la paciente durante la entrevista (valoración preoperatoria).

Otro estudio realizado por Consuegra L., en el cual presenta el caso clínico de un paciente con meningioma, que fue sometido a cirugía neurológica de urgencia por presentar convulsiones tónico clónicas, en comparación en el caso redactado anteriormente en el cual la persona, no presentó este tipo de sintomatología y fue posible la cirugía de forma electiva y programada (10).

De acuerdo a un estudio realizado a 54 pacientes que se sometieron a cirugía para resección de meningioma, demostró que el 40% de estos experimentaron problemas cognitivos o emocionales posteriores a la cirugía (3), lo cual coincide con lo presentado por la persona posterior a la intervención quirúrgica.

De igual forma, este mismo estudio hace referencia al tamaño del tumor lo cual obtuvieron como resultado, que los

pacientes (30) con lesiones grandes (mayor a 4 cm) tenían un peor rendimiento en el lenguaje y pruebas motoras finas que los pacientes (24) con pequeñas lesiones (menor a 4 cm) (3), lo cual coincide con el estudio, puesto que la persona presentaba un meningioma de 5.4 x 6.1 cm y problemas en la comunicación.

Diversos estudios demuestran que existen altos porcentajes de recurrencia al no eliminar por completo el meningioma (1,9,11). Es por ello que se debe garantizar la atención hacia las respuestas humanas de las personas que son intervenidas quirúrgicamente, puesto que se ha justificado la alta incidencia de pacientes con diversas secuelas o complicaciones.

A manera de conclusión esto demuestra que es importante el uso de la metodología del PAE en el área quirúrgica ya que es uno de los avances más significativos debido a que garantiza una atención en las diferentes esferas de la persona que es sometida a una intervención quirúrgica.

Este abordaje empleado para resolver problemas en la atención de la salud ofrece una estructura para aplicar las competencias orientada a objetivos. Muy relacionado con el método científico, sirve como piedra angular de la enfermería clínica a través de un método sistematizado para determinar problemas de salud, diseñar un plan asistencial que resuelva o minimice los problemas, implementar ese plan y evaluar la eficacia (12).

REFERENCIAS

1. Casas Parera I, Báez A, Banfi N, Blumenkrantz Y, Halfon MJ, Barros M, et al. Meningiomas en neurooncología. *Neurol Argent* [Internet]. 2016;8(3):210–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.04.001>
2. Alfaro-LeFevre. R. Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico. 7ª ed. Elsevier. 2021.
3. Liouta E, Koutsarnakis C, Liakos F, Stranjalis G. Effects of intracranial meningioma location, size, and surgery on neurocognitive functions: a 3-year prospective study. *PubMed*. [En línea] 2016, [Citado el 26 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26636380>
4. Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2021-2023. Elsevier. 2021.
5. Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. Elsevier. 2024.
6. Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.
7. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. [Internet], Mexico, 2024; [Consultado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
8. Bagés Fortacín C, Lleixà Fortuño M del M, Español Puig C, Imbernón Casas G, Munté Prunera N, Vázquez Morillo D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enferm Glob* [Internet]. 2015 [citado el 26 de junio de 2024];14(3):29. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412015000300002
9. Alegria M., Galnares J. Tumores del sistema nervioso central. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. [En línea]. 2017. [Citado el 01 de julio de 2024]. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im173i.pdf>

10. Consuegra Cogle, L., & Pérez González, A. Proceso de atención de enfermería en paciente con Meningioma. Reporte de caso clínico. Revista Conrado, [En línea]. 2022. 18(85), 60-65. [Consultado el 27 de junio de 2024]. <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v18n85/1990-8644-rc-18-85-60.pdf>

11. Villarreal, G., Tumores de las meninges. Neurocirugía endovascular y neurología quirúrgica. Monterrey NL, México. [En línea] 2017. [Citado el 26 de junio de 2024] Disponible en: <http://neurocirugiaendovascular.com/wp-content/uploads/2017/01/meningioma.pdf>

12. Gersch C, Heimgartner N, Rebar C, Willis L. Enfermería medicoquirúrgica. Colección Lippincott Enfermería: un enfoque práctico y conciso. 4ª ed. 2017.

ISSN:
2448-7767

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
REVISTA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
ENERO DE 2025



Reserva de derechos al uso exclusivo **04-2016-082915573100-203**. Facultad de Enfermería ubicada en el Campus de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Yucatán, C. 90 s/n x 59 y 59ª Contiguo al Hosp. O'Horán, Código Postal 97000. Tel. 924-22-16 Ext. 35106, Fax 928-52-50 Ext. 1028.