

JANASKAKUA

Revista de Divulgación Científica de la Facultad de Enfermería

Vol. 4, Número 10, Marzo 2023

Artículos de Investigación

Nivel de conocimiento del profesional de enfermería de áreas quirúrgicas de la lista de verificación de cirugía segura

Grado de estrés de la enfermera que labora en el área quirúrgica del hospital regional ISSSTE

Artículos de Revisión

Estudiantes LGBT+ y sus principales problemáticas en instituciones de educación superior

Sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del estado de Michoacán

Nivel de dependencia de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor

Ética en investigación en el currículo de enfermería



JANASKAKUA

DIRECTORIO

Dra. Yarabí Avila González

Rectora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dr. Zoe Tamar Infante Jimenez

Secretario General

Dra. Angelica Guadalupe Zamudio De la Cruz

Secretaria Académica

D.C.E. Javier Cervantes Rodríguez

Secretario Administrativo

Dr. Miguel Angel Villa Alvarez

Difusión Cultural y Extensión Universitaria

M.S.PJulio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

M.I.E.N. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Coordinadora de la Revista Janaskakua

Comité Editorial

Dra. María Luisa Sáenz Gallegos

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

ME. Fabiola Núñez Pastrana

JANASKAKUA, año 4, No. 10, enero-junio 2023, es una Publicación semestral editada por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, Av. Ventura Puente, 115, Col. Centro, Morelia, Michoacán, C.P. 58000, Tel. (44) 3313 9274, <https://publicaciones.umich.mx/revistas/janaskakua>, janaskakua.publicaciones@umich.mx Editor responsable: Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-091317282300-102, ISSN: En trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Unidad de Informática JANASKAKUA, ME. Fabiola Núñez Pastrana, Av. Ventura Puente, 115, Col. Centro, Morelia, Michoacán, C.P. 58000, fecha de última modificación, 28 de marzo de 2023.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación o de la Facultad de Enfermería.

Esta revista puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, requiere permiso previo de la institución y del autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución -NoComercial- SinDerivadas 4.0 Internacional.

JANASKAKUA

Artículos de Investigación

Estudiantes LGBTQ+ y sus principales problemáticas en Instituciones de Educación Superior

Castro Calderón Cecilia¹, Campos Arroyo Ana Gabriela¹, Ruiz Pérez Xóchitl Leticia¹, Vargas Peña Josué², Andrade Gomis Mario², González Cabrera Julio César³.

¹Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

²Instituto Mexicano del Seguro Social

³Hospital Psiquiátrico "Dr. José Torres Orozco" De la Secretaría de Salud en Michoacán

Correo de autor principal:

cecilia.castro@umich.mx

Resumen

La mayoría de los contenidos escolares en México no contemplan, dentro de la currícula, materias relacionadas a la orientación sexual, identidad y expresión de género, por lo que la educación no cumple con su obligación de promover, respetar y garantizar los derechos humanos, la dignidad, la seguridad y el bienestar de sus estudiantes y así mismo contribuir con la erradicación de la discriminación garantizando la permanencia y calidad en igualdad de circunstancias. En este sentido, diversos universitarios LGBTQ+ continúan manifestando sentirse inseguros, excluidos e incluso agredidos en su centro de estudios debido a su orientación sexual, identidad y expresión de género, ocasionando que las relaciones sociales de dicha comunidad se establezcan dentro de parámetros de desigualdad. El objetivo del presente trabajo fue describir las principales problemáticas a las que se enfrentan estudiantes LGBTQ+ en las instituciones de educación superior. Se realizó una revisión documental con alcance descriptivo. La búsqueda de la información se llevó a cabo en las bases de datos Redalyc, SciELO y Google académico. Dentro de los resultados encontrados, se observó que los estudiantes LGBTQ+ en educación superior se enfrentan principalmente a la violencia sexual, escolar y simbólica, bullying homofóbico, hostigamiento sexual, acoso sexual, discriminación, estigmatización, entre otros, lo que repercute en su salud mental y desarrollo académico produciendo condiciones para el rezago e incluso el abandono escolar. Como conclusión, aún a pesar de que existen avances en la integración de estrategias que promueven la igualdad de oportunidades desde una perspectiva de derechos humanos, es necesario la participación y compromiso de los diversos actores de las instituciones de educación superior para incluir acciones transversales que garanticen dicha igualdad en los estudiantes LGBTQ+.

Palabras clave: LGBTQ+, diversidad de género, igualdad, educación superior

Introducción

Según la Comisión de Derechos Humanos (CNDH, 2019) y desde el punto de vista sociológico y jurídico, la referencia a una persona como lesbiana, gay, travesti, transgénero o trans, bisexual e intersexual (LGBTI) asegura el reconocimiento legal de su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género como elementos legalmente protegidos para la construcción de su identidad. Además, existen otras formas de representar a estas poblaciones, tales como LGB, LGBT+ (para incluir a todos los grupos), LGBTTTI (para incluir a las personas intersexuales), LGBTTTIQA (para personas queer y questioning: personas que no están seguras de su sexualidad o no han asumido una orientación sexual).

De acuerdo con la CNDH, 2019, el acrónimo LGBTI es utilizado para conjuntar a los diversos grupos que no se ajustan a las convenciones tradicionales por su orientación, identidad o expresión de género, o bien por su condición biológica (características sexuales) reconocidas en el orden jurídico.

Las cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística de México (INEGI), estiman que el porcentaje de personas gay, lesbianas, bisexuales o con otra orientación sexual distinta a la heterosexual mayores de 18 años es de 3.2% de la población total, hasta el 2020 (Corona y Mazín, 2020); mientras que, en el 2022 hubo cerca de cinco millones de personas LGBT+ en México y de ellas, 316,000 se identificaron como transgénero o transexuales (Branbilla, 2022).

Aunque se suele pensar que la comunidad LGBT+ tiene mayor presencia en las grandes ciudades; los resultados de la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) en el año 2021 muestran en porcentaje, que en poblaciones de 15 años y más, los seis estados con mayor prevalencia son Colima (8,7%), Yucatán (8,3%), Querétaro (8,2%), Guerrero (7,4%) y Aguascalientes y Campeche con el 7.3% (Branbilla, 2022).

Tanto Barreto y Villalobos (2020) como Branbilla (2022), mencionan que las prácticas de señalamiento, exclusión y violencia contra estos sectores poblacionales persisten en la actualidad, como por ejemplo: algún tipo de rechazo social laboral, las barreras de acceso a los sistemas educativos y de salud, situaciones que generan angustia, miedo, estrés, entre otros asuntos que resultan bastante preocupantes, sobre todo porque en ocasiones son situaciones que se ven agravadas por ambientes de pobreza.

En el contexto escolar, Corona y Mazín (2020) mencionan que las personas trans han sido excesivamente acosadas, maltratadas, violentadas e inclusive asesinadas, lo que ha conllevado a depresión, baja autoestima y exposición a riesgos como el consumo de alcohol, drogas o práctica de sexo transaccional de supervivencia y esto a su vez ha originado la deserción escolar, muchas de las veces por el acoso de condiscípulos, docentes y otro tipo de personal en las instituciones de

educación. Aunado a lo anterior, se ha revelado que las Instituciones de Educación Superior (IES) son un lugar de riesgos donde se observan patrones de poder/subyugación que sitúan al estudiantado LGBT en condiciones de desventaja social y académica. La categoría que ha dado cuenta de estos actos es la LGBT-Discriminación (LGBT-D) (Ruiz y Evangelista, 2022).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Bullying Homofóbico en México, el 61% estudiantes LGBT señalan la existencia de bullying homofóbico en sus escuelas, el 92% han sido víctimas de insultos debido a su orientación sexual, su apariencia física, forma de vestimenta y por no ajustarse a estereotipos de género (Zavala, 2021).

La discriminación por orientación sexual se ha convertido en uno de los problemas más preocupantes de los sistemas escolares contemporáneos, ya sea por los daños psicoemocionales que provoca en las víctimas, como por las consecuencias sociales que distorsiona las relaciones interpersonales y transforma la escuela en un espacio inseguro y poco gratificante para el aprendizaje y el desarrollo personal (Cornejo, 2018).

Las políticas de igualdad de oportunidades en la educación han buscado garantizar tanto la participación de las mujeres y los hombres por igual, como la reflexión sobre los estereotipos sexistas en sus contenidos y hasta el momento, esta política ha tenido resultados en la participación cuantitativa dentro de la matrícula, sin embargo, ha mantenido sin cambios importantes la dirección que toman mujeres y hombres en sus formaciones profesionales o laborales (Rodríguez, 2008).

Los escenarios educativos pueden ocupar un lugar muy importante y más si asumen la responsabilidad que organismos legislativos les han otorgado asumiéndose como ambientes para la transformación social. En este sentido, las entidades educativas pueden ayudar a romper con las representaciones sociales tradicionales y avanzar en la búsqueda de sociedades justas (Rodríguez, 2008).

El régimen gubernamental que inició su administración a partir de enero del 2019, ha plantado una transformación total del sistema educativo que se ha denominado Nueva Escuela Mexicana (NEM), que se define como democrática, nacional, humanista, inclusiva, intercultural y de excelencia. Sin embargo, aún no se ha visto materializada y se continúan con los trabajos para incorporar a las poblaciones escolares LGBT y particularmente a la población trans (Corona y Mazín, 2020).

Objetivo

Describir las principales problemáticas de los estudiantes LGBT+ en las instituciones de Educación Superior.

Metodología

El presente trabajo es una revisión documental, con alcance descriptivo. La búsqueda de la información se llevó a cabo en las bases de datos Redalyc, SciELO y Google académico. En la búsqueda se utilizaron las palabras clave LGBTQ+, diversidad de género, igualdad y educación superior. Se tomaron en cuenta las publicaciones que estuvieran dentro de un periodo no mayor a 15 años.

Los criterios de inclusión fueron: artículos originales y de revisión, así como estudios que se publicaron en Latinoamérica en el idioma español.

Los criterios de exclusión fueron: artículos que en el título no incluyeran las palabras clave LGBTQ+ y educación superior y que en su contenido no hubiera información acerca del objetivo del estudio, así como artículos repetidos.

Resultados y discusión

El análisis de los resultados indicó que la búsqueda bibliográfica arrojó un total de 197 artículos, de los cuales, sólo 6 fueron considerados para la inclusión en esta revisión. De estos 6 artículos, 5 fueron originales y 1 de revisión.

La educación superior es el nivel respecto al cual se han realizado diversas investigaciones que tienden a indagar sobre la homofobia, diversidad sexual, formación de docentes en materia de diversidad sexual y colectivos LGBTQ+ (CNDH, 2020).

Algunos autores han reportado e incluso coincidido con diversas problemáticas a las que se enfrentan los estudiantes LGBTQ+ en las IES, las cuales se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Principales problemáticas a las que se enfrenta la comunidad LGBTQ+

Problemáticas	Autores
Violencia simbólica. Bromas. Discriminación. Prejuicios. Intimidación. Comentarios homofóbicos.	(Moretti-Pires <i>et al.</i> , 2022)

Abandono de su primera o segunda licenciatura. Crisis emocional. Abuso. Bromas. Trato despectivo. Actos discriminatorios. Uso indiscriminado del poder. Falta de respeto a los derechos sexuales de los estudiantes. Violencia y hostigamiento. Daños psicológicos profundos.	(Espinoza y Rodríguez, 2020)
Discriminación. Exclusión. Violencia.	(Barreto y Villalobos, 2020)
Discriminación. Bullying homofóbico. Hostigamiento. Violencia.	(Cornejo, 2018)
Violencia simbólica. Carrilla (bromas y burlas).	(Martínez e Íñiguez, 2017)
Burlas. Homofobia.	(List, 2016)

Dentro de los resultados encontrados, algunos autores como Espinoza y Rodríguez (2020); CNDH (2020) y Martínez e Íñiguez (2017) han reportado que tanto los profesores como los propios compañeros son quienes en primera instancia violentan los derechos sexuales de los estudiantes.

Además, se observó que los estudiantes LGBT+ en educación superior se enfrentan principalmente a la violencia sexual, escolar y simbólica, bullying homofóbico, hostigamiento sexual, acoso sexual, discriminación y estigmatización, entre otros.

Es importante reconocer las problemáticas a las cuales se enfrenta la comunidad LGBT+ debido a las repercusiones que pueden presentar como por ejemplo: daños en la salud mental y psicológica, ocurrencia de cuadros de depresión, ansiedad, pérdida de confianza, baja autoestima, retraimiento, marginación social, culpa, sueño alterado, uso de alcohol, drogas, así como la mayor exposición a conductas sexuales de riesgo, mayor frecuencia sentimientos autodestructivos, además de mayor probabilidad de suicidarse. En cuanto al plano académico, el ausentismo escolar o bajo rendimiento (Cornejo, 2018).

La educación superior tiene la responsabilidad y la obligación de generar

acciones efectivas de prevención, fundamentalmente, educando en el respeto a la diferencia de sexo, género, orientación sexual, origen étnico, etcétera, más aún cuando se plantea como misión formar profesionales y ciudadanos críticos, promoviendo la inclusión y la igualdad de oportunidades desde una perspectiva de derechos humanos (CNDH, 2019).

Por lo anterior es imperante que dentro de las universidades se continúe el trabajo no solo tomando en cuenta políticas institucionales y aspectos pedagógicos y curriculares, sino también es crucial continuar con los estudios para identificar formas no visibles de agresión, violencia y necesidades de esta comunidad y trabajar de manera transversal en toda la curricular universitaria de todas las carreras este tema (CNDH, 2019).

Aunque aún no existe un modelo de académico para la inclusión de la diversidad sexual, las maestras y los profesores sexualmente diversos han llevado a la práctica estrategias para que la estancia de los estudiantes LGBT+ sea llevadera, donde la empatía y el respeto por su identidad reflejan un modelo de liderazgo positivo que va de la mano con la ética y el profesionalismo que deben caracterizar a todo profesor universitario. Aunado a esto, los profesores han defendido los derechos de los estudiantes LGBT+, los han tratado como personas con plenas capacidades e incluso, los han protegido frente a las adversidades. Estos profesores también han contribuido a los procesos de reconocimiento y aceptación de sus alumnos como personas LGBT+ y han marcado sus vidas de manera positiva (Espinoza y Rodríguez, 2020).

Algunas universidades como la Universidad de Puerto Rico han implementado como estrategia política antidiscriminación, entre otros aspectos, por preferencia sexual. Sin embargo, aun existiendo este tipo de legislaciones se han presentado prácticas homofóbicas o diversas formas de violencia sin que la reglamentación existente lo impida (List, 2016).

Universidades como la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) no hacen ninguna clase de reconocimiento hacia sus miembros LGBT, es decir, en ningún documento son nombrados, por tanto, no son reconocidos como parte de la comunidad universitaria y menos aún establecen algún protocolo de atención a quienes llegan a ser víctimas de actos homofóbicos. En este sentido, los estudiantes buscan sus propias estrategias para enfrentar situaciones en las que puede estar presente distinto tipo de violencia (List, 2016).

En años más recientes, las instituciones de educación superior (IES) en México han sido testigos de manifestaciones por parte de colectivos y agrupaciones feministas a las que se han sumado personas que se identifican como LGBTTTI que denuncian distintas formas de hostigamiento sexual y acoso sexual. Esto ha llevado a que diferentes IES, por ejemplo: el Colegio de México, el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma

Metropolitana y la Universidad Iberoamericana, elaboren protocolos de prevención, atención y sanción a la violencia de género. En otras IES de Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Yucatán, un estudio encontró que, en general, no existen mecanismos y muchos menos protocolos eficientes para asesorar, orientar y apoyar a quienes han sufrido hostigamiento o acoso sexuales. En la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) el protocolo de atención a casos de violencia sexual, acoso y hostigamiento sexuales continúa gestionándose (CNDH, 2019).

En la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo existe un Protocolo para la Prevención, Actuación y Erradicación de la Violencia de Género, cuyo procedimiento de actuación implica una serie de medidas para la prevención, detección, canalización, atención, acompañamiento y sanción que contribuyan a la erradicación de la violencia de género a través de la formación, información y sensibilización de todos los miembros de la comunidad universitaria y en su caso, tramitar y resolver las quejas presentadas por las víctimas con las debidas garantías, tomando en consideración las normas internacionales, constitucionales y universitarias y dando seguimiento a las sanciones que, en su caso, se emitan por las instancias correspondientes, sin embargo, se espera que este protocolo se actualice y se ejecute de forma efectiva (UMSNH, 2020).

Por último, algunas de las recomendaciones y necesidades de atención dentro de los ámbitos universitarios de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Zavala, 2021) son:

- Crear un registro de delitos cometidos contra las personas LGBT (diagnóstico/informe).
- Establecer e implementar acciones para eliminar los estereotipos de género, basados en la orientación sexual e identidad de género de las personas.
- Instituir estándares de prontitud en la investigación de los delitos cometidos en contra de personas LGBT.
- Adoptar medidas para garantizar la seguridad e integridad personal de quienes denuncian crímenes por LGBT-fobia.
- Contar con un protocolo de actuación en materia de crímenes señalados en el punto anterior, considerando la participación de la comunidad universitaria, particularmente de colectivos LGBT.
- Construir y divulgar campañas específicas y diferenciadas de prevención de la violencia dirigidas a población LGBT.

Conclusiones

La discriminación, las bromas, la intimidación, hostigamiento y homofobia son las principales problemáticas a las que se enfrentan los estudiantes LGBT+ en las IES por parte de los profesores como de los propios compañeros, representando un efecto negativo debido a que el respeto a su diversidad y derechos humanos fundamentales se ven comprometidos por su orientación sexual, teniendo como resultado un trato indigno y desigual en las IES, repercutiendo en su desarrollo académico y provocando

condiciones para el rezago y el abandono escolar. Aunado a ello y a pesar de que existen avances en la integración de estrategias que promueven la igualdad de oportunidades desde una perspectiva de derechos humanos, es necesario la participación y compromiso de los diversos actores de las instituciones de educación superior para incluir acciones transversales que garanticen dicha igualdad en los estudiantes LGBT+.

Referencias

- Barreto, J. y Villalobos, V. (2020). Representaciones sociales de la inclusión de la población LGBT en educación superior. Análisis. *Revista Colombiana de Humanidades*, 52(97), 431-451. <https://www.redalyc.org/journal/5155/515568005010/515568005010.pdf>
- Branbilla, J. (2022). *Visibilidad LGBT+: población y brechas*. El país. <https://elpais.com/mexico/2022-06-28/visibilidad-lgbt-poblacion-y-brechas.html>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *Informe especial sobre la situación de los Derechos Humanos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, travestis, transgénero, transexuales e intersexuales (LGBTI) en México*. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-10/INFESP-LGBTI%20.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2020). *Violencia escolar contra estudiantes LGBT en México*. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-06/Violencia_escolar.pdf
- Cornejo, J. (2018). Discriminación y violencia homofóbica en el sistema escolar: estrategias de prevención, manejo y combate. *Revista Brasileira de Educação*, 23. <https://www.redalyc.org/journal/275/27554785019/html/>
- Corona, E. y Mazín, R. (2020). *Diversidad sexual y educación en México: impacto de la no conformidad con expresiones de género y atracciones sexuales en la inclusión y bienestar escolar, el caso particular de las infancias y adolescencias trans en México*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374767/PDF/374767spa.pdf.mu>
[lti](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374767/PDF/374767spa.pdf.mu)
- Espinoza, M. y Rodríguez, J. (2020). Estudiantes LGBT+ y profesores universitarios. Prácticas de inclusión y exclusión en la educación superior. Voces y Silencios. *Revista Latinoamericana de Educación*, 11(2). <https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/vys/article/view/7719>

- List, M. (2016). Los Universitarios frente a la homofobia. El caso de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. *Sinectica, Revista Electrónica de Educación*, 46, 1-15. <https://www.redalyc.org/journal/998/99843455003/html/>
- Martínez, A. e Íñiguez, L. (2017). Prácticas Discursivas y Violencia Simbólica Hacia la Comunidad LGBT en Espacios Universitarios. *Suplemento Especial: Investigación Cualitativa em Psicologia. Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(01). <https://www.scielo.br/j/paideia/a/4NmySrm55Hhgpn5y3RBqmmz>
- Moretti-Pires, R., Vieira, M. y Finkler, M. (2022). Violencia simbólica en la experiencia de estudiantes universitarios LGBT. *Saúde Soc. São Paulo*, 31(4), e200662en. <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2022.v31n4/e200662pt/en>
- Rodríguez, H. (2008). El enfoque de Género en la construcción de conocimiento científico. *Revista Digital Universitaria*, 9(7). <http://www.revista.unam.mx/vol.9/num7/art48/art48.pdf>
- Ruiz, A. y Evangelista, A. (2022). Resistencias LGBT en universidades de Chiapas, México: más allá de la víctima pasiva. *LiminaR*, 20(2), e908. <https://doi.org/10.29043/liminar.v20i2.908>
- Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. (2020). “*Protocolo para la Prevención, Actuación y Erradicación de la Violencia de Género en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*”, Morelia, Michoacán [Archivo PDF]. <http://www.colegio.umich.mx/assets/files/Protocolo%20para%20la%20prevencion%20actuacion%20y%20erradicacion%20de%20la%20violencia%20de%20genero%20en%20la%20UMSNH.pdf>
- Zavala, J. (27 de Octubre 2021). *Diversidad Sexual en la Universidad. Difusión Cultural y Extensión Universitaria*. <https://difusioncultural.umich.mx/blog/diversidad-sexual-en-la-universidad/>

Sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del estado de Michoacán

Jiménez Martínez María del Carmen¹, Figueroa Gutiérrez Evelia Sarahí¹, Ortiz Mendoza Guadalupe¹, Aguilar Jiménez Jorge Eduardo¹, Jiménez Arroyo Vanesa¹.

¹Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Correo de autor principal:

carmen.jimenez.martinez@umich.mx

Resumen

El Síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico consecuencia de elevados niveles de tensión en el trabajo, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas. **Objetivo general:** determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán. **Objetivos específicos:** conocer las variables sociodemográficas de la población, identificar el Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de los diferentes turnos laborales y detectar el profesional de salud más afectado entre médicos y enfermeras. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional, de campo. Muestra compuesta por 120 médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán, 74 médicos y 46 enfermeras. Población en estudio dividida en cuatro grupos según el turno de trabajo 1 (matutino) 2 (vespertino) 3 (nocturno) y 4 (mixto). Se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno, instrumento validado con un Alfa de Cronbach de .90. **Resultados:** 70(58.3%) femeninas, 50(41.7%) masculinos, las variables que categorizan al Síndrome de Burnout, cansancio emocional 14(32%), despersonalización 16(36%), realización personal baja 14(34%) turno vespertino, cansancio emocional 10(28%), despersonalización 16(36%) y realización personal baja 15(42%) turno nocturno; el personal de salud resultó afectado, médicos con un 48(65%) y el 28(60.8%) enfermeras con nivel alto. **Conclusiones:** se determinó la prevalencia en médicos y enfermeras, encontrándose afectados por el Síndrome de Burnout en los diferentes turnos laborales en los hospitales públicos y privados. **Palabras clave:** agotamiento profesional, calidad de vida, estrés psicológico, condiciones de trabajo.

Abstract

Burnout Syndrome is an inadequate response to chronic emotional stress as a consequence of high levels of tension at work, personal frustration and inadequate attitudes to confront conflictive situations. **General objective:** to determine the

prevalence of Burnout Syndrome in doctors and nurses from public and private hospitals in the State of Michoacán. **Specific objectives:** to know the sociodemographic variables of the population, to identify the Burnout Syndrome in doctors and nurses of the different work shifts and to detect the most affected health professional among doctors and nurses. **Methodology:** Quantitative, descriptive, cross-sectional, observational, field study. Sample composed of 120 doctors and nurses from public and private hospitals in the State of Michoacán, 74 doctors and 46 nurses. Study population divided into four groups according to the work shift: 1 (morning), 2 (evening), 3 (night) and 4 (mixed). The Brief Burnout Questionnaire by Bernardo Moreno was used, an instrument validated with a Cronbach's Alpha of .90. **Results:** 70(58.3%) female, 50(41.7%) male, the variables that categorize Burnout Syndrome, emotional exhaustion 14(32%), depersonalization 16(36%), low personal fulfillment 14(34%) evening shift emotional exhaustion 10(28%), depersonalization 16(36%) and low personal fulfillment 15(42%) night shift; health personnel were affected, doctors with 48 (65%) and 28 (60.8%) nurses with a high level. **Conclusions:** the prevalence in doctors and nurses was determined, being affected by the Burnout Syndrome in the different work shifts in public and private hospitals. **Keywords:** professional exhaustion, quality of life, psychological stress, working conditions.

Introducción

La salud y la mortalidad de los médicos y las enfermeras han sido objeto de estudio desde hace muchos años por el Dr. William Ogle. (Woods, 1996). En 1930 la organización interterritorial de trabajo sostuvo que el trabajador de la salud es un personal reconocido expuesto a riesgos, constituye un grupo de profesionales en el que el estrés y el agotamiento se presenta con mayor frecuencia produciendo efectos psíquicos, ansiedad, depresión, enfermedades psicósomáticas y trastornos neuróticos motivados por la gravedad del paciente (De Lorenzo, 1997).

Esta situación es ignorada por el médico y la enfermera, en el marco de sus funciones profesionales, lo que supondría que no existe un aprovechamiento de sus conocimientos en beneficio de una mejor calidad de vida para sí mismo (Wolfberg, 2002).

La medicina y la enfermería son profesiones en el cual los profesionales de salud; se encuentran en contacto permanente con el dolor, el sufrimiento, la incertidumbre, la angustia, la muerte, por una parte y por otra con la salud, la vida y la recuperación de los enfermos, todas estas situaciones pueden ser estresantes e impresionantes, constituyendo un riesgo para el profesional perdiendo así la salud mental, emocional e intelectual, que en un momento determinado se pueden asociar otros factores personales, organizacionales, institucionales o macro estructurales, que conllevan a perder el valor de la identidad profesional y del trabajo

convirtiéndose en factores estresantes situando al médico y a la enfermera como trabajadores sanitarios en situación de vulnerabilidad (Zaldúa y Lodieu, 2000).

Por otra parte las modificaciones estructurales llevadas a cabo en el sector salud en las últimas décadas en México tales como: el desmantelamiento del hospital público, la mercantilización y privatización del sector asociado al gran desarrollo científico-tecnológico que desvaloro el trabajo médico respecto de la tecnología, la tensión entre la autonomía profesional y el campo de las responsabilidades en el marco de una profesión, asistencia que presumiblemente tiene una filosofía humanista del trabajo son algunos de los cambios que ha sufrido la actividad médica en otros tiempos autónoma y liberal (Arce, 1997; Belmartino, 1995; Tognoni, 2010; Ministerio de Salud y Acción Social: Decreto 578/93).

Desde la concepción positivista de la medicina, la salud ha sido siempre concebida como una cuestión individual determinada fundamentalmente por lo biológico y circunstancialmente por lo psicológico haciendo desaparecer lo social mediante la introducción de una perspectiva dicotómica: la separación entre el orden de lo real (objetivo) como único aspecto abordable, por tanto, mensurable y lo abstracto (subjetivo) inaccesible, inobjetable, imposible de ser cuantificado.

Sin embargo, la salud es un concepto polisémico que no puede definirse en forma de categoría absoluta, objetivable e inmutable de tipo kantiana (Stolkiner, 1988), la salud no es meramente un hecho, es un valor, no designa solo hechos materiales.

Samaja (2004), plantea que no es posible una ciencia natural de la salud, pero si es posible una ciencia social de salud, en la medida en que la salud o la enfermedad no son hechos del mundo de las cosas reales o naturales sino del campo de las relaciones sociales, de las valoraciones subjetivos que los factores hacen de los hechos, y de las situaciones de poder que ellos encarnan.

Salud y trabajo se definen como conceptos estrechamente relacionados: la misma etimología de la palabra nos habla de ello, trabajo viene de *trepalium*, máquina de tres pies para herrar los caballos, utilizada después como instrumento de tortura. En el siglo XII al XVI, trabajar significaba atormentar, “sufrir” el trabajador era el verdugo, el sentido primitivo de esta palabra expresa explícitamente la idea de “tormento” progresivamente en su evolución, esta connotación fue cambiando, pasando luego a la idea de esfuerzo penoso de fatiga para agregarle a fines del siglo XVIII la notación de resultado útil y de medio de existencia (Jacob, 1995).

El trabajo organiza y modela toda la vida del trabajador, su bienestar laboral psicológico y su salud mental son consecuencias personales de su trabajo. El trabajo por tanto es el común denominador muy condicionante de toda vida en sociedad. Si bien el trabajo puede ser fuente de placer también puede ser fuente de sufrimiento (Durán, 2003).

Desde los inicios de la carrera puede ser una importante fuente de estrés, con un prolongado entrenamiento en el pre y postgrado lo que propende a una

excesiva carga horaria. Las dificultades de relación con los pacientes, hacer frente constante el sufrimiento también son factores importantes. Se ha descrito en los médicos el triple signo de ignorancia, indiferencia, falta de cuidado a su propia salud y el desmerecimiento de sus relaciones significativas (Lipko y Dumeynieu, 2005).

Objetivo general

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán.

Objetivos específicos

1. Conocer las variables sociodemográficas de la población.
2. Identificar el Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de los diferentes turnos laborales.
3. Detectar el profesional de salud más afectado entre médicos y enfermeras.

Metodología

Fue estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional y de campo.

La muestra estuvo compuesta por 120 médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán, de los cuales fueron 74 médicos y 46 enfermeras. La población en estudio fue dividida en cuatro grupos según el turno de trabajo 1 (matutino) 2 (vespertino) 3 (nocturno) y 4 (mixto). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: médicos y enfermeras de base, contratados en hospitales del Estado de Michoacán. Los criterios de exclusión, personal administrativo sin contacto directo con pacientes. Se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno fue realizado en base al inventario de Burnout de Maslach y Jackson (1982) modificado para su aplicación en países Hispanoparlantes por Bernardo Moreno y colaboradores. En el Cuestionario de Breve de Burnout, Moreno tiene en cuenta los factores del síndrome propuestos por Maslach y Jackson, incluye tanto los factores antecedentes como elementos consecuentes o efectos de este. El cuestionario fue validado en Cuba por Amalia Rivera Delgado con un Alfa de Cronbach de .90. Este instrumento explora tres variables fundamentales: El Síndrome de Burnout (SBO), causas del Burnout (CBO) y consecuencias del Burnout (CON). El Síndrome de Burnout, se subdivide en tres subvariables que concuerdan con el modelo de Maslach y Jackson; contienen tres proposiciones cada una: cansancio emocional (CE): 1,7,15, despersonalización (DP): 3,11,18, realización profesional (RP): 5,12,19. La variable antecedentes o causas de Burnout (CBO), a su vez, se analiza en sus componentes: características de la tarea (CT) 2,10,16, organización (OR), cada uno con tres proporciones 4,8,9, tedio (TE)

6,14,20. La variable consecuencia del Burnout (CON) no se divide en componentes; contiene tres proposiciones en total: consecuencias físicas 13, sociales 17 y psíquicas 2 (véase tabla 1). El cuestionario se responde en una escala ordinal de 6 puntos (0 a 6) que expresan frecuencias crecientes de experimentar el contenido de la proposición de que se trate. Los valores mínimos y máximos posibles para cada subvariable y para la variable oscila entre 11 y 45, valores que es promediado entre el número de ITEMS correspondientes, que es 8.

Tabla 1

Estructura del Cuestionario Breve de Burnout

Variables	Dimensiones o Subvariables	Preguntas No.
Síndrome de Burnout	Cansancio emocional	1, 7, 15
	Despersonalización	3, 11, 18
	Realización personal baja	5, 12, 19
	Características de la Tarea	2, 10, 16
Causas o Antecedentes	Organización	4, 8, 9
	Tedio	6, 14, 20
	Físicas	13
Consecuencias	Psicológicas	17
	Sociales	21

Nota: Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno.

El Cuestionario Breve de Burnout, no está elaborado para evaluar específicamente las subescalas que componen los antecedentes, el Burnout y sus consecuencias, sino las escalas globales.

Tabla 2

Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno.

Niveles	Bajo	Medio	Alto
Factores de Burnout	9-19	>19-29	>29
Síndrome de Burnout	9-19	>19-25	>25
Consecuencias del Burnout	3-6	>6-8	>8

Nota: Escala de Medición del Cuestionario Breve de Burnout.

A efectos de diagnóstico de Síndrome de Burnout, se considera el punto de corte 25 puntos.

Es decir, a partir de 25 puede considerarse que una persona está afectada claramente por el Síndrome de Burnout. A efectos de consecuencias de Burnout,

se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación superior a 8. En cualquier caso, el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias del Burnout se deben evaluar complementariamente por un instrumento específico.

El procedimiento de recolección de los datos inició cuando se obtiene la aprobación, para la realización de la investigación por parte de las autoridades correspondientes, se identifica a la población elegida para su estudio, cumpliendo con los requisitos establecidos y explicándoles en que consiste el estudio. Se realizó el análisis y procesamiento de la información con el paquete descriptivo básico SPSS versión 25 a través de la generación de una base de datos.

Resultados

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 3

Variables sociodemográficas de la población en estudio

Variable	Grupo 1 Matutino (f -%)	Grupo 2 Vespertino (f -%)	Grupo 3 Nocturno (f -%)	Grupo 4 Mixto (f -%)
Genero				
Masculino	11 (22%)	18 (36%)	13 (26%)	8 (16%)
Femenino	17 (24%)	23 (32%)	23 (32%)	7 (10%)
Personal de salud				
Médicos	15 (20%)	30 (40%)	25 (33%)	4 (5%)
Enfermeras	13 (29%)	14 (31%)	11 (25%)	8 (18%)
Hora de Trabajo				
Horas semanales	40	40	36	32
Total	28 (23%)	41 (34%)	36 (30%)	15 (12%)

Nota: Cédula de variables sociodemográficas. f=frecuencia %=porcentaje

En la tabla 3 se muestran las variables sociodemográficas de la población en estudio dividida en grupos y en turnos laborales de los hospitales público y privados del Estado de Michoacán; con mayor porcentaje en un 58.3% (70) fueron género femenino. Del total de la muestra el 73% (88) representaron al personal de base y el 27% (32) de contrato, en relación a la variable de personal de salud la mayoría fueron médicos representado por un 61% (74) y enfermeras fueron representadas por un 38% (46), las horas laborales del profesional de salud de los diferentes grupos fueron más representativas el turno matutino y vespertino con 40 horas de trabajo semanales.

Tabla 4*Personal de salud por grupos y turnos laborales*

Grupo	Turno	Frecuencia	Porcentaje
1	Matutino	28	23%
2	Vespertino	44	37%
3	Nocturno	36	30%
4	Mixto	12	10%
Total		120	100%

Nota: Cédula de variables sociodemográficas.

En la tabla 4, se observa la división de los grupos y turnos del personal de salud en estudio médicos y enfermeras; se obtuvo en el turno vespertino mayor representación de la muestra de 37% (44), el nocturno 30% (36), matutino 23% (28) y el mixto con menor afluencia de personal de salud con un 10% (12), lo que se puede evidenciar que existe personal de salud que trabaja más en el turno nocturno y vespertino.

Tabla 5*Grupos y Turnos laborales afectados por Síndrome de Burnout.*

Grupos	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
Turnos	Matutino		Vespertino		Nocturno		Mixto	
Síndrome de Burnout	f	%	f	%	f	%	f	%
Cansancio Emocional	14	(50%)	14	(32%)	10	(28%)	4	(33%)
Despersonalización	3	(11%)	16	(36%)	11	(30%)	2	(17%)
Realización Personal Baja	11	(39%)	14	(32%)	15	(42%)	6	(50%)
Total	28 (100%)		44 (100%)		36 (100%)		12 (100%)	

Nota: Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno

f = Frecuencia %=Porcentaje

En la tabla 5, se presentan las frecuencias y porcentajes arrojadas del Instrumento Cuestionario Breve de Burnout, en los diferentes grupos en los que se dividió la población en estudio y los turnos laborales correspondientes de los hospitales. Donde se encontró Síndrome de Burnout en los diferentes turnos con un valor representativo, en el grupo 2 correspondiente al turno vespertino presentando las tres variables que caracterizan este Síndrome de Burnout un alto nivel de despersonalización con un 36% (16), acompañado de cansancio emocional y realización baja con el mismo porcentaje de 32% (14).

El segundo lugar más representativo en la muestra fue el grupo 3 correspondiente al turno nocturno su mayor porcentaje fue en realización personal baja 42% (15), continuando con despersonalización 30% (11) y cansancio emocional 28% (10). El tercer lugar lo ocupa el grupo 1 que fue el turno matutino y que en también se encuentra afectado por cansancio emocional, realización personal baja y despersonalización. El turno mixto del grupo 4, la muestra fue mínima, pero se puede evidenciar que padecen también este Síndrome de Burnout. Con los resultados analizados los médicos y las enfermeras se encuentran afectadas por el desgaste físico, psicológico y emocional.

Tabla 6

Síndrome de Burnout por género.

Género	Femenino		Masculino	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Síndrome de Burnout				
Bajo	11	16%	5	10%
Medio	20	28%	10	20%
Alto	39	56%	35	70%
Total	70	100%	50	100%

Nota: Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno.

En la tabla 6, se muestra los resultados del Síndrome de Burnout por género de los participantes encuestados; observando mayoría en ambos sexos predominó el nivel alto-medio.

Tabla 7

Síndrome de Burnout por personal de salud.

Personal de Salud	Médicos		Enfermeras	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Síndrome de Burnout				
Bajo	9	12%	8	17.3%
Medio	17	23%	10	21.7%
Alto	48	65%	28	60.8%
Total	74	100%	46	100.0%

Nota: Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno.

f = Frecuencia % = Porcentaje SOB = Síndrome de Burnout

Respecto a la tabla 7, se encontró con mayor prevalencia de Síndrome de Burnout a los médicos y a las enfermeras; por lo que se puede decir, que la población en estudio se encontró afectada con su trabajo, exigencias excesivas y comportamientos irritables, exceso de estrés, desinterés por el trabajo.

Discusión y Conclusiones

Se determinó la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de hospitales públicos y privados del Estado de Michoacán, encontrando a la población en estudio con nivel alto por el Síndrome de Burnout de los diferentes turnos laborales, por género, así como profesionales de salud médicos y enfermeras.

En contraste con otras investigaciones se puede mencionar 2021 en el Reino Unido sobre un total de 564 médicos generales (Maslach y Jackson, 1981) en el que utilizaron el inventario de Maslach y Jackson (1981) demostró que el 46% de estos presentaban altos niveles de cansancio emocional el 42% presento síntomas de despersonalización y el 34% síntomas de sensación de falta de realización personal.

La despersonalización estuvo asociada a las características del médico y de su práctica, así los hombres presentaron puntuaciones más altas que las mujeres, los médicos que tenían menos de 20 años de ejercicio de la profesión y que trabajaban en grupos presentaron puntuaciones más altas. Los autores sugieren que las mujeres podrían ser más resistentes a la despersonalización porque tiende a concentrarse más en la atención a los pacientes que los médicos varones.

De igual manera investigadores de la Universidad de Alberta en Canadá se propusieron generar conocimiento acerca de la prevalencia del síndrome de médicos y si existía alguna diferencia entre las diferentes especialidades de la profesión. Fueron encuestados un total de 1,152 médicos (activos y jubilados), médicos residentes, los resultados demostraron que el 48.7% de los encuestados se encontraban en fase avanzada del Síndrome de Burnout la prevalencia general en Canadá oscila entre el 38-42%, no se encontraron diferencias en relación con las variables sociodemográficas ni tipo de especialidad. Si observaron que el síndrome estaba relacionado con la organización, la instalación, lo laboral, conflictos en el trabajo y baja productividad. Concluyeron que los resultados hablan por sí solos que la medicina es una profesión de riesgo y el Burnout es un problema laboral serio.

Ya en el contexto latinoamericano cabe citar un estudio realizado por Amelia Rivera Delgado, (citada en Zaldúa, Lodieu) (4) en Cuba en un hospital de ese lugar en donde se clasificó el Burnout en tres diferentes niveles: bajo, moderado y alto. Se observó que las especialidades con nivel alto fueron anestesiología, nefrología, geriatría, psiquiatría, cirugía plástica endocrinología y ortopedia.

En el estudio realizado en Cuba, Hernández, fue descriptivo realizado por el instituto nacional de salud de los trabajadores en médicos, enfermeros de primer y segundo nivel de atención, utilizaron tres instrumentos de medición entre los que se encontraba el cuestionario breve de Burnout, de moreno en donde observaron que la prevalencia en médicos alcanzo un 35% y fue superior en el primer nivel, especialmente en mujeres (58.3%), estos profesionales presentaron síntomas de sueño, cefalea, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga y acidez o ardor estomacal. Entre las posibles causas identificadas la necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con superiores, sentir máxima la responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes.

Se concluye que como cuestiones conflictivas encontramos el excesivo número de pacientes para atender por día, diversidad de tarea por falta de recursos auxiliares, dificultades para la derivación de pacientes a otro centro, independientemente de la gestión personal del profesional, deterioro o ausencia de recursos sanitarios.

Referencias

- Arce, H. (1997). Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes de la configuración del sector salud en la Argentina. *Serie Financiamiento del Desarrollo. Naciones Unidas, 59.*
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5268>
- Belmartino, S., y Bloch, C. (1995). Evolución histórica del sector salud en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales, 70.*
- De Angelis, N. (2002). *Síndrome de Burnout. En Prevención en Salud Mental.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Lorenzo, L. (1997). El informe de la O.I.T., efectos sobre la salud. *Rev. Previsión, 70, 72-73.*
- Durán, C. (2003). Psique, soma, institución una lectura de la psicopatología del trabajo. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 12(1), 121-131.*
- Giberti, E. (2001). Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. Burnout. *Revista de Derecho Penal Integrado, 3.*
- Jacob, A. (1995). La noción de trabajo. Relato de una aventura socio-antropo-histórica. *Revista Sociología del Trabajo, 4,* Programa de Investigaciones.

- Lipko, E., y Dumeynieu, M. (2005). Vulnerabilidad y riesgos en la emergencia. *Praxis Médica. Protección del Profesional*, 18.
- Martínez, M., y Guerra, P. (1997). Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y cambio. *Revista Chilena de Medicina Social*, 6, 23-45.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Ministerio de Salud y Acción Social: Decreto 578/93, Hospitales Públicos de Autogestión. *Boletín Oficial*, 1° Sección. 13/5/93. Página 2.
- Tognoni, G. Salud Derecho o Mercancía. Essential Drugs [acceso: 4 de julio de 2010]. <https://www.essentialdrugs.org>
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 6(1).
- Wolfberg, E. (2002). *La salud de los profesionales de la salud: riesgos y prevención. Prevención en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Woods, R. (1996). Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian Doctors. *Soc Hist Med.*, 9(1), 1-30.
- Zaldúa, G. y Lodieu, MT. (2000). El síndrome de Burnout. El desgaste profesional de los trabajadores de la salud. En Domínguez, M., Federico, A., Findling, L., y Méndez, A. La salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Buenos Aires. Editorial Dunken.

JANASKAKUA

Artículos de Revisión

Nivel de conocimiento del profesional de enfermería de áreas quirúrgicas de la lista de verificación de cirugía segura

Cornelio Ramos Edith^{1,2}, Delgado Hernández Sandy Lizbeth³, Ruiz Recéndiz Ma. de Jesús¹, Picazo Carranza Alma Rosa^{1,2}, Paniagua Ramírez Silvia^{1,2}

¹Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, ²Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, ³ISSSTE Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado

Correo de autor principal:
edith.cornelio@umich.mx

Resumen

Introducción. Todo procedimiento quirúrgico conlleva riesgos y beneficios, por eso se creó la iniciativa de lista de verificación de Cirugía Segura salvando vidas, iniciativa multifacética y participativa de las acciones esenciales para la seguridad del paciente con la finalidad de reducir el daño al paciente quirúrgico mediante un procedimiento más seguro. **Objetivo.** Analizar el nivel de conocimiento del personal de enfermería de áreas quirúrgicas sobre la lista de verificación de cirugía segura. **Metodología.** Estudio descriptivo y transversal con muestra de 26 profesionales de enfermería del Hospital General de la Mujer. Se utilizó lista de verificación de cirugía segura de la OMS. Se empleó programa SPSS v.25 y estadística descriptiva. Se respetó derecho al anonimato y a la retractación. **Resultados.** Se encontró que 38.5% del personal tenía de 36 a 45 años, 96% fueron mujeres, 53.8% son licenciadas en enfermería y 84.6% tenían más de un año laborando en su servicio actual. Se identificó conocimiento excelente en la escala total (76.9%) y en todas las dimensiones (entrada quirúrgica 84.6%; pausa quirúrgica 65.4%; y salida quirúrgica 73.1%). **Conclusiones.** El conocimiento de las enfermeras y enfermeros de la lista de cirugía segura es excelente, aunque la dimensión pausa quirúrgica fue deficiente en casi dos de cada diez participantes. Es necesario continuar capacitando al personal para mejorar sus conocimientos.

Palabras clave: Cirugía segura, lista de verificación, enfermería.

Abstract

Every surgical procedure carries risks and benefits, which is why the Safe Surgery Saving Lives checklist initiative was created, a multifaceted and participatory initiative of essential actions for patient safety in order to reduce harm to the surgical patient through a safer procedure. **General objective:** Analyze the level of

knowledge of surgical nurses about the safe surgery checklist. **Specific objectives:** 1. Describe the nursing professional based on sociodemographic variables. 2. Identify the level of knowledge of surgical nurses from the safe surgery checklist in the total scale and dimensions Surgical Entry, Pause, and Exit. **Methodology:** Descriptive and cross-sectional study with a sample of 26 nursing professionals from the Women's General Hospital. We used WHO safe surgery checklist. SPSS v.25 and descriptive statistics were used. The right to anonymity and retraction was respected. **Results:** It was found that 38.5% of the staff were between 36 and 45 years old, 96% were women, 53.8% are licensed in nursing and 84.6% had more than one year working in their current service. Excellent knowledge was identified in the total scale (76.9%) and in all dimensions (surgical entry 84.6%; surgical pause 65.4%; and surgical exit 73.1%). **Conclusions:** The knowledge of nurses on the safe surgery list is excellent, although the surgical pause dimension was poor in almost two out of ten participants. Staff need to continue training to improve their skills.

Keywords: Safe surgery, checklist, nursing.

Introducción

Todo procedimiento quirúrgico conlleva riesgos y beneficios, por eso se creó la iniciativa de lista de verificación de Cirugía Segura salvando vidas siendo una iniciativa multifacética y participativa de las acciones esenciales para la seguridad del paciente con la finalidad de reducir el daño al paciente quirúrgico mediante un procedimiento más seguro. La Lista de verificación se encuentra inmiscuida dentro de la acción esencial para la seguridad del paciente n°4 seguridad en los procedimientos como ayuda para garantizar que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos (Secretaría de Salud, 2013).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa cirugía segura salvando vidas en el año 2008 como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. Como bien se sabe desde el momento que un usuario es programado para cirugía se debe de seguir una serie de pasos lo cual se va verificando en la hoja de cirugía segura desde que entra a sala quirúrgica es

todo un protocolo. Se debe de checar que el personal esté completo y el verificar que estos mismos se encuentren en el mismo escenario de la cirugía correcta para evitar alguna situación adversa, verificar que realmente se cumpla cada uno de los requisitos de la hoja planteada a nivel mundial ayuda a reducir el nivel de eventos adversos, ya que esta hoja sirve como guía para obtener una cirugía segura. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. Se calcula que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos.

Según datos proporcionados por los Institutos de Salud de Estados Unidos de Norteamérica, anualmente los errores en su sistema de salud ocasionan alrededor de 100 mil muertes y el costo asociado es de 29 billones de dólares; los errores representan la octava causa de muerte y se les considera un problema nacional de proporciones epidémicas

Parte importante del personal de enfermería es reforzar esta práctica diaria para garantizar la seguridad del paciente con base a la iniciativa de la OMS ya estructurado internacionalmente, por lo que a continuación en este tema de investigación se abordará el nivel de conocimiento del personal de enfermería de áreas quirúrgicas sobre la lista de verificación de cirugía segura (Secretaría de salud 2013).

El objeto de estudio de enfermería es el cuidado y ha sido conceptualizado por las teóricas de la enfermería de diversas maneras y dentro de estas acciones de cuidado se encuentran inmiscuidas la lista de cotejo de la verificación de cirugía segura, son una serie de preguntas que realizan el profesional de enfermería al equipo quirúrgico estéril en el área quirúrgica relacionado con el estado del paciente

antes, durante y después del evento quirúrgico para prevenir eventos centinela, adversos y cuasifalla en los pacientes que se encuentran hospitalizados y es la tareas que desde el 2006 la secretaria de salud a estado realizando constantemente dentro de las unidades de salud implementando 8 acciones de seguridad del paciente antes conocidas como metas internacionales de seguridad del paciente(secretaria de salud 2013).

El equipo quirúrgico de las unidades hospitalarias está compuesto de equipo médico y enfermería que recibe el nombre de: equipo quirúrgico estéril y equipo quirúrgico no estéril quienes están a cargo del procedimiento y de la seguridad del proceso quirúrgico a realizar, este equipo lo conforma el cirujano, el primer ayudante, el anestesiólogo, la enfermera instrumentista y la enfermera circulante. Cada persona lleva a cargo cierta responsabilidad durante los tres tiempos que marca la lista de verificación de cirugía segura, y los cuales tienen que contestarse minuciosamente con la finalidad de evitar un evento adverso dentro del procedimiento, muchas de ellas se deben marcar de forma verbal como lo indica el manual de aplicación en la lista de la OMS de verificación de la cirugía segura (Secretaría de Salud, 2013).

Algunos estudios ya realizados demuestran que, el uso de la lista de verificación de la hoja de cirugía segura es una praxis del área quirúrgica de gran apoyo en la reducción de eventos adversos en diferentes unidades hospitalarias internacionales y nacionales, evitando la morbi-mortalidad durante el trans o postoperatorio inmediato convirtiéndose así en sinónimo de mejores praxis en contextos de alto riesgo.

Parte importante de esta práctica diaria es el reforzar la seguridad del paciente ya aceptado internacionalmente, por lo que a continuación en este tema de investigación se abordará el nivel de conocimiento del personal de enfermería de áreas quirúrgicas sobre la lista de verificación de cirugía segura (Acciones esenciales de seguridad del paciente, Secretaría de salud 2013).

Objetivo general

Analizar el nivel de conocimientos del personal de enfermería de áreas quirúrgicas de la lista de verificación de cirugía segura.

Objetivos específicos

1. Describir al profesional de enfermería con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería de áreas quirúrgicas de la lista de verificación de cirugía segura en la escala total y las dimensiones Entrada, Pausa y Salida quirúrgica.

Metodología

Enfoque y diseño

Estudio cuantitativo, con diseño descriptivo y transversal, realizado en el Hospital General de la Mujer de la Secretaría de Salud de Michoacán.

Universo y muestra.

El universo de estudio de la investigación estuvo constituido por 26 profesionales de enfermería: fue una muestra probabilística para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95%, 3% de precisión, 5% de proporción y considerando un 15% de pérdidas esperadas.

Criterios de selección

Se consideró como criterio de inclusión la adscripción del personal a las áreas de tococirugía y quirófano, tener una antigüedad en el servicio mayor a tres meses, de cualquiera de los turnos existentes en el hospital (mañana, tarde, noche y jornada acumulada diurna).

Se excluyeron a los prestadores de servicio social y las enfermeras y enfermeros que se encontraban de permiso por cualquier motivo.

Instrumentos

Para medir la variable nivel de conocimientos, la lista de verificación de cirugía segura se utilizó la lista de verificación de cirugía segura de la Organización Mundial de la Salud que fue adaptada por el investigador.

Se construyó una lista de cotejo de 30 ítems y tres dimensiones (entrada quirúrgica, ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; pausa quirúrgica, ítems 11, 12, 13, 14,

15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24; y, salida quirúrgica, ítems 25, 26, 27, 28, 29, 30). El instrumento evaluó cada ítem con una escala de respuesta de 1= nunca, 2= a veces, 3= casi siempre y 5= siempre. Se sumaron todos los ítems de la escala total y de las dimensiones para obtener un puntaje total y se considera que, a mayor puntaje obtenido, es mayor el nivel de conocimientos. Para fines de esta investigación se clasificó el puntaje en tres categorías (tabla 1).

Tabla 1

Puntos de corte del nivel de conocimientos de cirugía segura

Conocimientos de cirugía segura		puntaje	
Escala total	Deficiente	30 – 60	
	Regular	61 – 90	
	Excelente	91 – 120	
Dimensiones			
	Entrada quirúrgica	Deficiente	10 – 20
		Regular	21 – 30
		Excelente	31 - 40
Pausa quirúrgica	Deficiente	14 - 28	
	Regular	29 – 42	
	Excelente	43 – 56	
Salida quirúrgica	Deficiente	6 – 12	
	Regular	13 – 18	
	Excelente	19 – 24	

Nota: elaboración propia con base en el instrumento Cirugía segura

Procedimiento

Una vez elaborado el protocolo se solicitó la autorización a las autoridades del Departamento de Enfermería del Hospital General de la Mujer.

Enseguida se acudió con las jefas de las áreas de tococirugía y quirófano para definir los días y horarios en los que se acudiría a realizar la colecta de datos.

La investigadora principal se dirigió con cada profesional de enfermería, le explicó el objetivo del estudio y le invitó a participar. Si aceptaba se le entregaba la cédula de colecta de datos y se le solicitaba la firma de la carta de consentimiento

informado y se mantenía atenta si surgían dudas de los participantes. Al concluir se agradeció a los sujetos de investigación y a las autoridades del hospital.

Análisis estadístico

Se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 25. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas nominales y ordinales.

Consideraciones éticas y legales.

Esta investigación respetó lo señalado por la Declaración de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, con respeto a la retractación, privacidad y anonimato de los participantes.

Resultados

La mayoría de los participantes se ubicaron en el rango de edad de 36 a 45 años, 96.2% fueron mujeres y 53.8% tenían grado académico de licenciatura en enfermería (tabla 2).

Tabla 2

Datos sociodemográficos de los participantes (n=26)

Variables	<i>f</i>	%
Edad		
26 a 35	8	30.8
36 a 45	10	38.5
46 a 55	8	30.8
Género		
Femenino	25	96.2
Masculino	1	3.8
Grado académico		
Técnico en Enfermería	6	23.1
Licenciado en Enfermería	14	53.8
Licenciado en Enfermería con Especialidad	2	7.7
Maestro en Enfermería	4	15.4
Antigüedad		
3 meses	2	7.7
6 meses	2	7.7
Más de 1 año	22	84.6

En cuanto al nivel de conocimientos, fue excelente en la escala total (76.9%) y en todas las dimensiones (entrada quirúrgica 84.6%; pausa quirúrgica 65.4%; y salida quirúrgica 73.1%), como se observa en la tabla 3.

Tabla 3

Puntos de corte del nivel de conocimientos de cirugía segura

Conocimientos de cirugía segura		<i>f</i>	%
Escala total	Deficiente	3	11.5
	Regular	3	11.5
	Excelente	20	76.9
Dimensiones Entrada quirúrgica	Deficiente	2	7.7
	Regular	2	7.7
	Excelente	22	84.6
Pausa quirúrgica	Deficiente	5	19.2
	Regular	4	15.4
	Excelente	17	65.4
Salida quirúrgica	Deficiente	4	15.4
	Regular	3	11.5
	Excelente	19	73.1

Discusión y Conclusiones

En este estudio se identificó que siete de cada 10 participantes presentaron conocimiento excelente de la lista de verificación de cirugía segura, lo que coincide con otras investigaciones (Félix et al, 2016; Ramírez et al, 2017). A pesar de ello, es importante señalar que el poseer el conocimiento no garantiza el cumplimiento de la lista de verificación en el acto quirúrgico, debido a que existen factores organizativos y culturales dentro de cada hospital que impiden su aplicación (Alpendre et al, 2017).

Otros estudios han identificado que la no familiarización de la lista de verificación de cirugía segura, el no incluir al cirujano y el anestesiólogo, así como la utilización de todos los ítems de la lista de chequeo, es una barrera para su implementación en las áreas quirúrgicas (Ramírez et al, 2017). Esto resalta la

importancia de incorporar al equipo multidisciplinario en la ejecución de la lista de verificación de cirugía segura.

Es posible concluir que el nivel de conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura entre los profesionales de las áreas de tococirugía y quirófano fue excelente.

Referencias

- Secretaría de Salud. (2013). *Acciones esenciales para la seguridad del paciente*. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/Acciones_Esenciales_Seguridad_Paciente.pdf
- Alvarez, S.L. (2019). *Cultura de Seguridad del Paciente en personal asistencial del Hospital Universitario Nacional de Colombia*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76771/TESIS%20MAESTRÍA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alves, E., Domínguez, A.N., Appoloni, A.E. (2019). Lista de verificación de seguridad quirúrgica: conocimientos y desafíos para el equipo del centro quirúrgico. *Enfermería Actual Costa Rica*, 38, 1 – 14. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37285>
- Amaya-Aris, A.A., Cortés, M.L, Franco, D., Mojica, J.D, Hernández, S., Eslava-Schmalbach, J. (2016). Comportamientos seguros y aceptación de listas de verificación en unidades de ginecobstetricia de tres instituciones de áreas urbanas de Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 45(1), 22 – 30. <https://www.redalyc.org/pdf/1951/195149124005.pdf>
- Félix, M., Vicente, M.A., y De la Cruz, C. (2016). Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. *Horizonte Sanitario* 15(3), 164 – 171. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74592016000300164&script=sci_abstract
- Flores, R.M. (2018). *Registro de la lista de cirugía segura en las intervenciones de cirugía general del hospital nacional dos de mayo - 2017*. [Tesis de

Especialidad, Universidad San Martín de Porras].
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4070/flores_pmr.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López, E., Arroyo, J.Y., Zamora, A.A. y Montalvo, G.A. (2016). La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Cir Gen*, 38(1), 12 – 18. <https://dx.doi.org/10.35366/67922>

Organización Mundial de la salud. (2009). *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=F3382382537B7CBADBC8AF0E353954EB?sequence=1

Palomino, M.L., Machuca, M.M., Munayco, J.R. (2020). Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista Cubana de Enfermería* 36(4), e3262.
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3262/644>

Pinango, J.F. (2016). *Cumplimiento del protocolo de seguridad del paciente por parte del personal de enfermería del Hospital General Puyo*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica del Norte].
<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8805>

Ramírez, C.M, Prada, W.A, Guayán, I.C. y Patiño M. (2016). Utilización de listas de chequeo en cirugías programadas, Bogotá. *Revista Colombiana*, 32, 109 - 114. <https://doi.org/10.30944/20117582.14>

Alpendre, F., Cruz, E., Dyniewicz, A.M., Mantovani, M.F., Silva, A.E. y Santos, G. (2017). Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25, e2907. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>

Vázquez-González, A., Luque-Ramírez, J.M., Nozal-Nalda, M., Barroso-Gutiérrez, C., Román-Fuentes, M., Vilaplana-García, A. (2016). Efectividad de una intervención para mejorar la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital de tercer nivel. (2016). *Revista de calidad*

asistencial, 31(suplemento 1), 24 – 28.
<http://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.007>

Grado de estrés de la enfermera que labora en el área quirúrgica del Hospital Regional ISSSTE

Estrada-Bedolla María del Rocío¹, Tinajero González María Guadalupe¹, Pérez Guerrero Ruth Esperanza, Carbajal Cárdenas José Amador¹, Galicia Hernández José de Jesús¹

¹Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Correo de autor principal:

rocio.bedolla@umich.mx

Resumen

El estrés en el personal de enfermería se ha convertido en un problema de salud pública, sus repercusiones afectan la funcionalidad y productividad en la atención de los usuarios de los servicios de salud. Existen factores que incrementan los niveles de estrés en el área quirúrgica ocasionando que progrese hasta un agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas, (Maslach & Jackson, 1981). **Objetivo general:** Analizar el grado de estrés que presenta en el personal de enfermería del área quirúrgica del Hospital Regional ISSSTE. **Objetivos específicos:** Reconocer las características de la población en estudio con base a las variables sociodemográficas. Identificar los factores que aumentan el cansancio emocional en el personal de Enfermería en el área quirúrgica. Determinar los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el personal de Enfermería. **Metodología:** El presente estudio fue de tipo cuantitativo, transversal de diseño descriptivo. La población estudiada personal de enfermería del área quirúrgica. La muestra la conformaron 26 personas de enfermería del área de quirófano. **Resultados:** El 36% cuenta con 31 y 35 años de edad. Los factores que aumentan el cansancio emocional en el personal de Enfermería es sobrecarga laboral que refiere el 70% de los participantes. El 68% del personal obtuvo alto grado de cansancio emocional. Se identificó un nivel medio de despersonalización con un 60%. **Conclusiones:** se detectó que 7 de cada 10 participantes presentan alto grado de cansancio emocional y nivel medio de despersonalización.

Abstract

Stress in nursing staff has become a public health problem, its repercussions affect functionality and productivity in the care of users of health services. There are factors that increase stress levels in the surgical area, causing it to progress to emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal fulfillment that can occur among individuals whose work object is other people (Maslach & Jackson, 1981). General objective: To analyze the degree of stress presented in the nursing staff of the surgical area of the ISSSTE Regional Hospital. Specific objectives: Recognize the characteristics of the study population based on sociodemographic variables. Identify the factors that increase emotional exhaustion in nursing staff in the surgical area. To determine the levels of emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment in the Nursing staff. Methodology: This study was of a quantitative, cross-sectional, descriptive design. The population studied nursing staff from the surgical area. The sample was made up of 26 nursing staff from the operating room area. Results: 36% have 31 and 35 years of age. The factors that increase emotional exhaustion in nursing staff is work overload that 70% of the participants refer to. 68% of the staff obtained a high degree of emotional exhaustion. A medium level of depersonalization was identified with 60%. Conclusions: it was detected that 7 out of 10 participants present a high degree of emotional exhaustion and a medium level of depersonalization.

Introducción

El estrés es la creciente presión en el entorno laboral que puede provocar la saturación física y/o mental del trabajador, generando diversas consecuencias que no sólo afectan la salud, sino también su entorno más próximo ya que genera un desequilibrio entre lo laboral y lo personal.

El personal de enfermería siente que no puede llegar a terminar a tiempo todo lo que tiene pendiente, suele tener siempre asuntos pendientes que resolver y le cuesta desconectarse del trabajo, aunque lo deseara. Es una fuente de malestar en forma de nerviosismo, irritabilidad, dificultades para conciliar el sueño, agotamiento y tristeza. Hay dos tipos de estrés. El estrés agudo, este es a corto plazo que desaparece rápidamente, y el estrés crónico, que dura por un tiempo prolongado.

El estrés laboral se puede detectar a tiempo, tomando en cuenta la sintomatología que presenta el trabajador de enfermería como la angustia e irritación crecientes, la incapacidad para relajarse o concentrarse, la dificultad para tomar decisiones y pensar lógicamente, la falta del gusto, el interés, y compromiso con el trabajo, el cansancio y depresión, así como problemas de insomnio

El presente trabajo se realiza con la finalidad de identificar el grado de estrés de la enfermera que labora en el área quirúrgica del Hospital Regional ISSSTE.

Objetivo general

Analizar el grado de estrés que presenta en el personal de enfermería del área quirúrgica del Hospital Regional ISSSTE.

Objetivos específicos

1. Reconocer las características de la población en estudio con base a las variables sociodemográficas.
2. Identificar los factores que aumentan el cansancio emocional en el personal de Enfermería en el área quirúrgica del Hospital Regional ISSSTE.
3. Conocer los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el personal de Enfermería en el área quirúrgica del Hospital Regional ISSSTE.

Metodología

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, transversal con un diseño descriptivo. La población de estudio fue personal de enfermería del área quirúrgica adscritas a un Hospital Regional ISSSTE. La muestra se conformó por 26 profesionales de enfermería del área de quirófano, con diferentes niveles de formación académica y de los seis turnos existentes en el hospital. Los criterios de eliminación se consideraron al personal con: incapacidad, vacaciones, permisos sin goce de sueldo y permisos económicos.

Técnicas de recolección de datos

La técnica de colecta de datos fue el auto informe, utilizando la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 26 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional, su función es medir el desgaste profesional. La respuesta se plantea con tres opciones excluyentes (siempre, algunas veces y nunca) para identificar el grado de estrés de enfermería quirúrgica que labora en el Hospital Regional ISSSTE.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional (CE). Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización (DP). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.

3. Subescala de realización personal (RP). Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

El resultado de este cuestionario se obtiene en 3 variables numéricas con los siguientes puntos de corte:

CE bajo, ≤ 18 , CE medio de 19-26 y CE alto ≥ 27
DP bajo, ≤ 5 , DP media de 6-9 y DP alta, ≥ 10
RP, baja ≤ 33 , RP media de 34-39 y RP alta, ≥ 40

Las subescalas de CE y DP indican mayor desgaste a mayor puntuación. La RP funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste las puntuaciones bajas. Estas 3 dimensiones consideran el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en AE y DP y baja en RP definen el síndrome. Consideramos como prevalencia de Burnout niveles altos en al menos una de las 3 dimensiones.

Variables

Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas entre las que se consideró la edad, sexo, antigüedad laboral, nivel de formación, turno, múltiple contratación. La variable de estudio fue estrés.

Procesamiento estadístico

Para el tratamiento de los datos se diseñó una matriz en que se capturaron los resultados, se utilizaron frecuencias y porcentajes para presentar los resultados de las variables sociodemográficas y para la variable estrés se categorizaron las respuestas proporcionadas por los participantes.

Aspectos éticos y legales

El presente estudio se apegó a: las normas oficiales mexicanas; NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación en seres humanos. Además, la NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud y NOM-025-SSA2-2014 referente al tratamiento médico del paciente psiquiátrico.

El artículo 3 de la NOM-012 regula la investigación para la salud, la cual comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. Asimismo, se tomaron en consideración los artículos: 13, referente a que, en toda investigación en seres humanos, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; asimismo el 16 respecto a que se protegió la privacidad

del individuo y el 22 respecto al consentimiento informado el cual se entregó por escrito y previa lectura, se firma por el individuo en estudio y dos testigos, entregándole una copia.

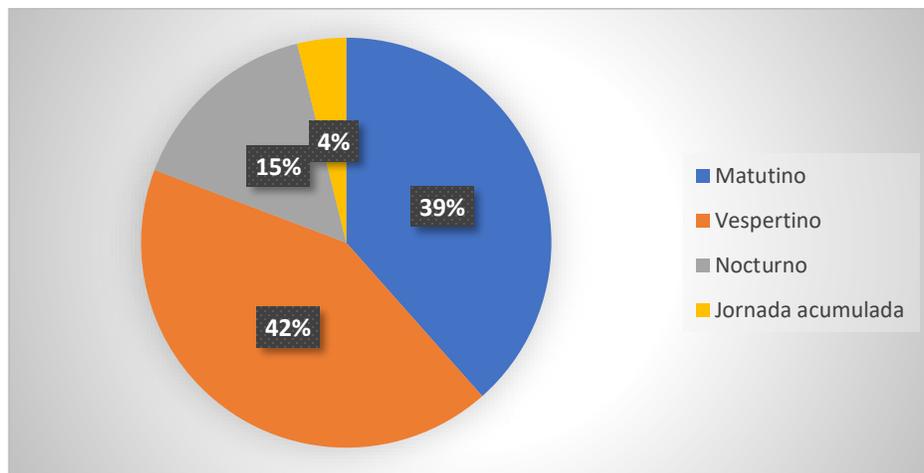
Resultados

El objetivo del presente estudio fue determinar el grado de estrés que presenta la enfermera quirúrgica adscrita al área de quirófano del Hospital Regional ISSSTE. Para lo cual se estudió la variable estrés a través del MBI encontrando lo siguiente:

El primer objetivo planteado se trató de reconocer las características de la población en estudio con base a las variables sociodemográficas. En la gráfica 1, se identifica que un 36% se encuentra entre los 31 y 35 años de edad, siendo personal joven con menores habilidades y destrezas para el área quirúrgica.

Grafica 1.

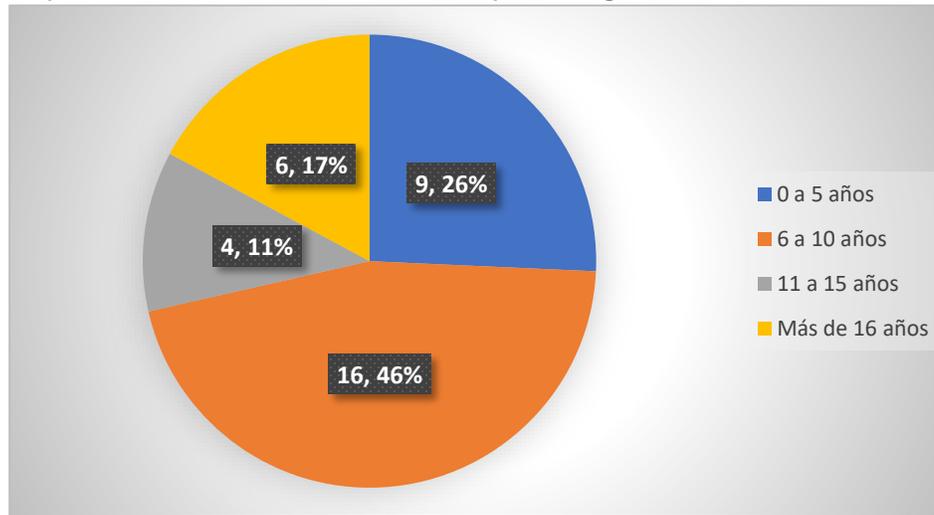
Edad del personal de enfermería del Hospital Regional ISSSTE



En la gráfica 2, se observa que en la profesión de enfermería continúa prevaleciendo el sexo femenino y en el área de quirófano del Hospital Regional ISSSTE el 84% es femenino y solo un 16% masculino.

Grafica 2.

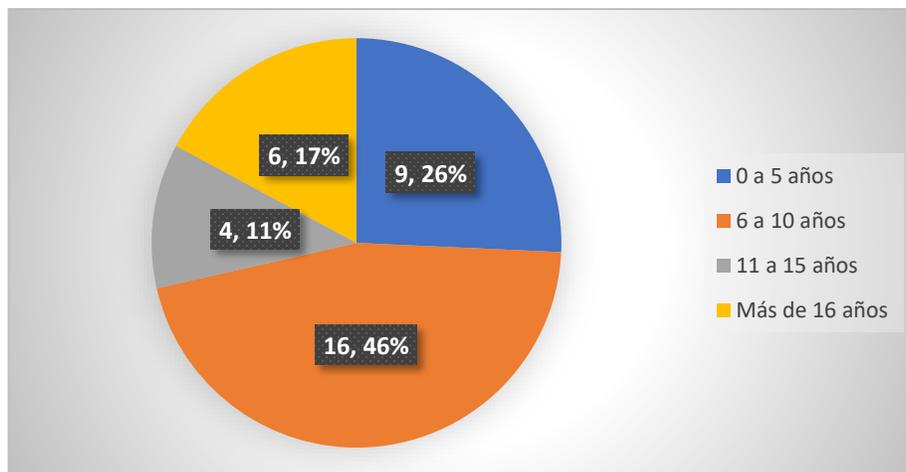
Sexo del personal de enfermería del Hospital Regional ISSSTE



En la gráfica 3 se observa que la plantilla de personal de enfermería del área de quirófano del Hospital Regional ISSSTE, es relativamente joven entre los 0 y 10 años de antigüedad, lo que podemos decir que es personal que requiere del desarrollo de habilidades y destrezas en las intervenciones quirúrgicas y un 26% cuenta con más de 16 años de antigüedad

Grafica 3.

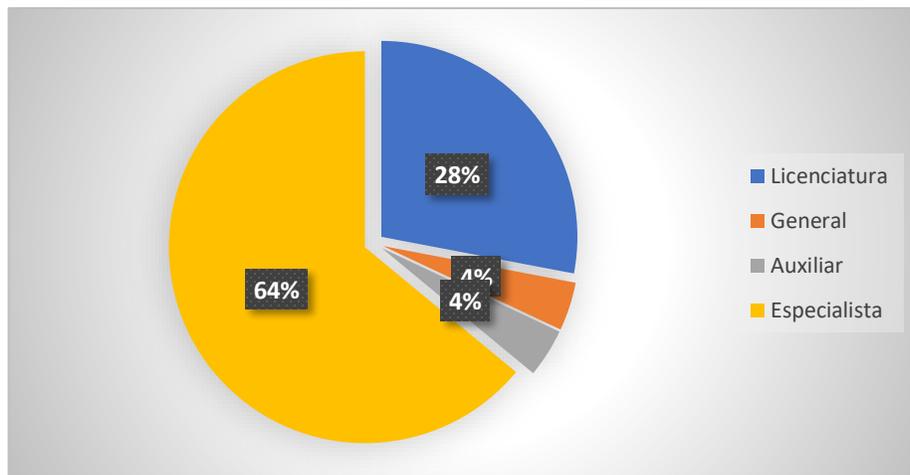
Antigüedad laboral del personal de enfermería del Hospital Regional ISSSTE



En la gráfica 4. respecto al nivel de formación, el 64% del personal es especialista, y un 28% Licenciados en enfermería, comentando entonces que se cumple con lo que indica la Guía técnica administrativa para la dotación de Recursos Humanos en Enfermería.

Grafica 4.

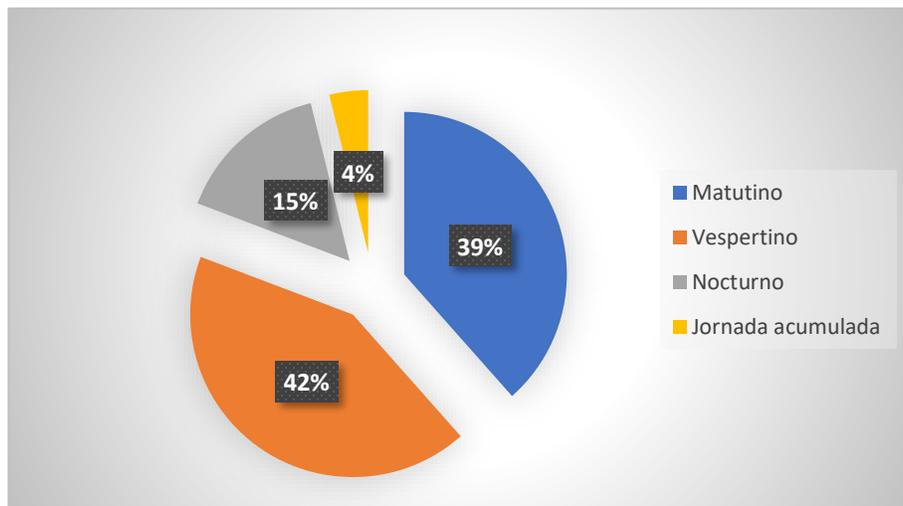
Nivel de formación del personal de enfermería del Hospital Regional ISSSTE



En la gráfica 5, se observa que en el turno vespertino se encuentra laborando un 42% y en el matutino un 39% lo que no se está cumpliendo con lo que indica la Guía técnica administrativa para la dotación de Recursos Humanos en Enfermería.

Grafica 5.

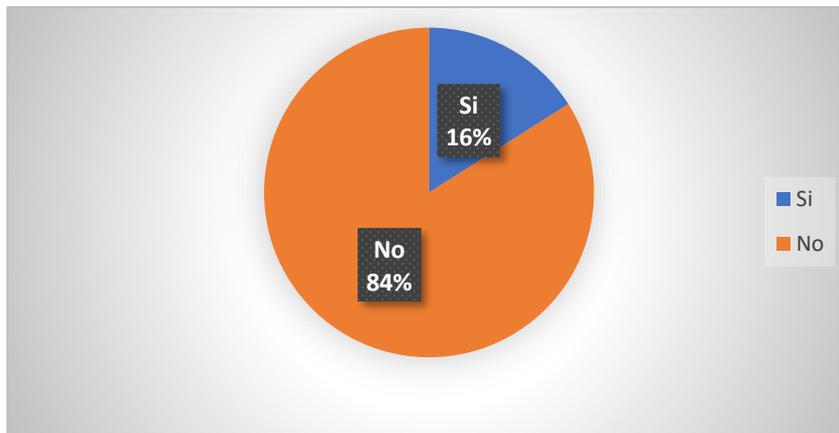
Turno del personal de enfermería del Hospital Regional ISSSTE



El objetivo dos del estudio consistió en identificar los factores que aumentan el cansancio emocional en el personal de Enfermería en el área quirúrgica del Hospital Regional ISSSTE. En la gráfica 6, El 84% del personal de enfermería, refiere no contar con otro trabajo únicamente se encuentra adscrito al Hospital Regional Morelia, ISSSTE.

Grafica 6.

Cuenta con un segundo empleo del personal de enfermería del Hospital Regional ISSSTE



En la gráfica 7 se analizan que el 60% y el 36% nos da un resultado como refiriendo que existe sobre carga laboral.

Grafica 7.

Sobrecarga laboral en el personal de enfermería de quirófano del Hospital Regional ISSSTE



En la Grafica 8, al cuestionar si las personas de nuevo ingreso al área quirúrgica desconocen los procedimientos, se encontró que el personal de nuevo ingreso desconoce los procedimientos que se realizan en el área quirúrgica siendo un factor condicionante del estrés.

Grafica 8.

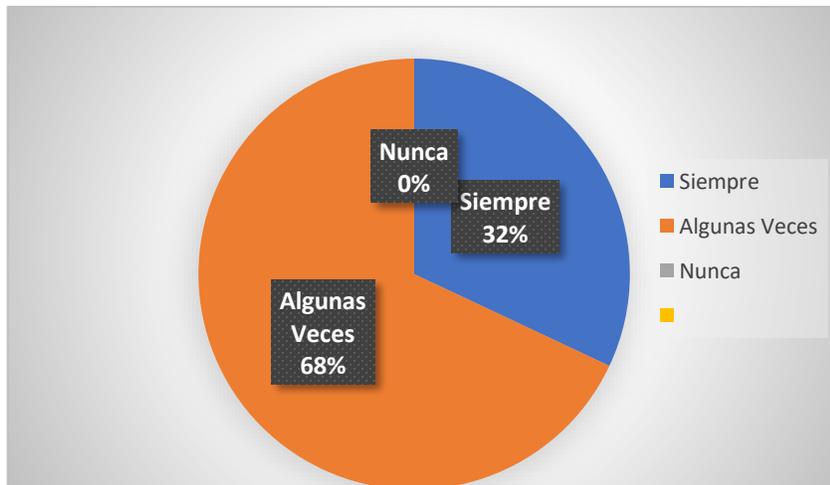
Considera que las personas de nuevo ingreso al área quirúrgica desconocen los procedimientos en el Hospital Regional ISSSTE



En las grafica 9, respecto a la percepción que el personal becario cuenta con las competencias y el conocimiento en los procedimientos quirúrgicos, se encontró que el personal becario algunas veces cuenta con competencias para asistir los procedimientos quirúrgicos en 68%.

Grafica 9.

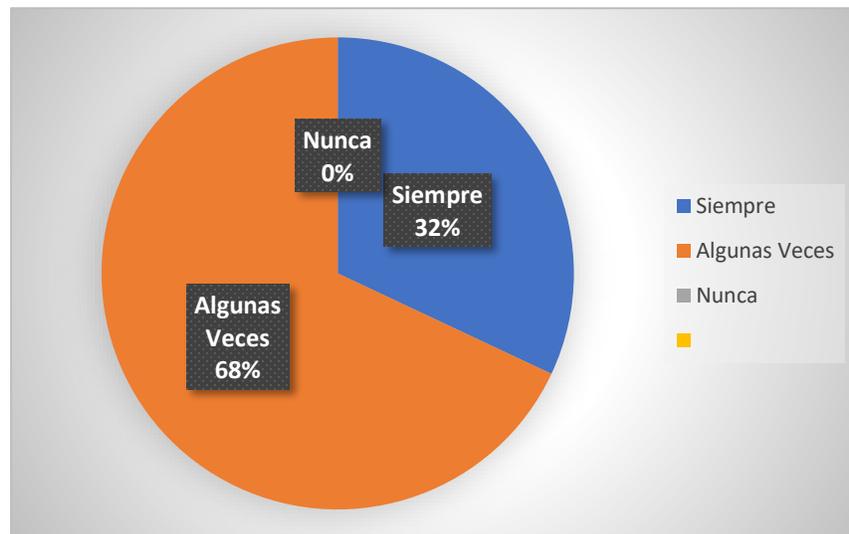
El personal becario cuenta con las competencias y el conocimiento en el Hospital Regional ISSSTE



En la gráfica 10, se indago la disponibilidad de personal suficiente especializado en el área quirúrgica, se encuentra que algunas veces (68%) y siempre (32%) con el personal especializado en el área quirúrgica.

Grafica 10.

Existencia de personal suficiente y especializado en el área quirúrgica en el Hospital Regional ISSSTE



El objetivo tres fue determinar los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en personal de Enfermería en el área quirúrgica del Hospital Regional ISSSTE, para lo cual se calcularon los puntajes totales, estableciendo las categorías para obtener el nivel de estrés en las subescalas cansancio emocional, despersonalización y realización personal obteniendo lo siguiente:

En la tabla 1 se observa que un 68% del personal de enfermería se encuentra en alto grado de cansancio emocional, siendo un factor de riesgo de estrés.

Tabla 1.

Cansancio emocional

Cansancio emocional	f	%
Bajo ≤ 18	4	16
Medio de 19-26	4	16
Alto ≥ 27	17	68
Total	25	100

Nota. F= frecuencia. %= porcentaje

La tabla 2 muestra que el personal de enfermería participante en el estudio, se encuentra en un nivel medio de despersonalización que corresponde a un 60%.

Tabla 2.
Despersonalización

Despersonalización	f	%
DP bajo, ≤ 5	6	24
DP media de 6-9	15	60
DP alta, ≥ 10	4	16
Total	25	100

Nota. F= frecuencia. %= porcentaje

Referente a la realización personal, en la tabla 3 se observa que el personal de enfermería, el 16% reporta una realización personal media, el resto de los participantes se ubica en los extremos, un 44% se encuentra en una realización baja y un 40% en alta, observando que la mayoría del personal es relativamente de nueva generación.

Tabla 3.
Realización personal

Realización personal	f	%
RP, baja ≤ 33	11	44
RP media de 34-39	4	16
RP alta, ≥ 40	10	40
Total	25	100

Nota. F= frecuencia. %= porcentaje

Estas 3 dimensiones consideran el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en AE y DP y baja en RP definen el síndrome. Consideramos como prevalencia de Burnout niveles altos en al menos una de las 3 dimensiones.

Discusión y Conclusiones

Se identifica que el personal adscrito al área de quirófano del Hospital Regional ISSSTE, es relativamente joven ya que se encuentra entre los 31 y 35 años de edad por lo tanto podemos comentar que aún les falta habilidades y destrezas para los procedimientos quirúrgicos. Ello es un indicador de estrés en el personal de más de 46 años de edad y con mayor antigüedad en el ámbito laboral, como lo menciona Guzmán-Córdova (2012), considerando que tener un mayor nivel de experiencia no disminuye el nivel de estrés, debido a que el profesional recibirá un mayor desgaste relacionado a su vida personal, porque con el pasar del tiempo la edad se convertirá en un factor generador de cansancio y fatiga tanto física como emocional.

El estudio denominado grado de estrés de la enfermera que labora en el área quirúrgica del Hospital Regional ISSSTE, describe los niveles de estrés en el personal de enfermería elevados en el área quirúrgica, situación que genera, fatiga física y emocional no solo al personal que trabaja cierto tiempo, también a los nuevos profesionales donde repercute significativamente en la salud y desempeño de sus funciones, como lo menciona Chipantiza-Barrera Vmv, (2019) que el cansancio físico y emocional, desencadena un riesgo constante a presentar estrés en el personal.

Existen factores estresantes que desencadenan el estrés laboral en el personal de enfermería del área quirúrgica, como lo menciona Díaz (2016), La práctica de la enfermería quirúrgica inmersa en procesos complejos, los conocimientos y habilidades son indispensables para el cuidado. El estudio analiza el estrés y la adaptación laboral de enfermeras quirúrgicas como elementos que influyen en la calidad de la atención.

Concluyendo que los factores sociodemográficos influyen en el desarrollo de niveles de estrés, el presente estudio determinó el grado de estrés que presenta la enfermera quirúrgica adscrita al área de quirófano del Hospital Regional ISSSTE. Tomando en cuenta la variable estrés; así se identificaron los factores que aumentan el cansancio emocional, estableciendo las categorías para obtener el nivel de estrés en 3 subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, reflejando un alto grado de cansancio emocional, un nivel medio de despersonalización y con respecto a realización personal, se encuentran datos relevantes identificando que el personal se mantiene en un nivel bajo y alto con muy poca diferencia.

Referencias

- De Arco O, Suárez Z. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Revista Universidad y Salud*. 20(2): 172-177. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>
- Guarate Y, Gutiérrez G, Naranjo E, Tenecota G. (2020). Síndrome de Burnout en el personal docente de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato. *Enferm Inv*;5(3):38 Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/905>
- Hoyo M. (2018). Estrés Laboral Madrid: Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo; 6-15 Disponible en: <https://www.sesst.org/wp-content/uploads/2018/08/estreslaboral-guia.pdf>
- Obando M, Calero M, Fernández L. (2017). Efecto de las actividades físicas en la disminución del estrés laboral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 33(3): 2-8. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/382/152>
- Osorio J, L C. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. *Revista Perspectiva Psicológica*. 13(1):81-90. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n1/1794-9998-dpp-13-01-00081.pdf>
- Maslach C., Jackson S. (1981). *Manual Maslach Burnout Inventory*. USA: Consulting Psychology Press.
- Mingote J, Pérez S. (2015). Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador Madrid: Díaz de los Santos;:25-31. Disponible en: <https://www.univermedios.com/wpcontent/uploads/2018/08/Estres-en-La-Enfermeria-El-Cuidado-Del-Cuidador.pdf>
- Palenzuela P, Delgado N, Rodríguez J. (2019). Existe una Buena relación entre el personal de Enfermería y la organización en la que trabajan. *Ene gris*.: 4-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n3/1988-348X-ene-13-03-e13311.pdf> 19.
- Sarsosa K, Charria V. (2017). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III. *Revista Universidad y salud*. diciembre; 20(1): 45-49 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00044.pdf>
- Soltanmoradi Y, Ansari A, Heidari S. (2017) Occupational stress among operating room nurses of hospitals affiliated to Kerman universities of medical sciences, Iran. *JOHE Autumn*.; 6(4): 225-231. Disponible en: <https://johe.rums.ac.ir/article-1-255-en.pdf>

Nivel de dependencia de las Actividades de la Vida Diaria en el adulto mayor

Valadez Cisneros Ana Adelaida¹, Pérez Guerrero Ruth Esperanza¹, Ortiz Mendoza Guadalupe¹, Huerta Baltazar Mayra Itzel¹, Valenzuela Gandarilla Josefina¹

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Correo de autor principal:

ana.valadez@umich.mx

Resumen

Las actividades de la vida diaria, son actividades orientadas hacia el cuidado propio como: bañarse, vestirse, comer, o dormir, entre otras. Se considera independencia de las actividades cotidianas a la capacidad para realizarlas sin supervisión. El Adulto Mayor (AM), es aquella persona que tiene 60 años o más. El 70% de los AM son funcionales e independientes, la frecuencia de discapacidad aumenta con la edad. El 27% manifiestan dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria y de autocuidado; esta cifra aumenta hasta 47.5% para las personas de 80 años y más. Es importante incrementar la vida libre de discapacidad, instrumentando estrategias preventivas como ejercicio físico. **Objetivo general:** Analizar el nivel de dependencia de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor. **Objetivos específicos:** Describir las características sociodemográficas que caracterizan a la población adulto mayor (edad, sexo, escolaridad, estado civil). Identificar el grado de dificultad para realizar actividades en el adulto mayor. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal, observacional. Muestreo no probabilístico, por conveniencia: 28 adultos mayores de dos estancias geriátricas. Instrumento: "Índice de Barthel" mide nivel de dependencia **Resultados:** 50.0% (14) fueron mujeres, 50.0% (14) de participantes fueron hombres. 42.9% (12) de participantes cursaron primaria, respecto al estado civil de los adultos mayores con más incidencia fue la condición de viudez con un 50.0% (14). El 46.4% (13) presentaban comorbilidad. El 50% (16) tienen un nivel de dependencia de leve a moderada. **Conclusiones:** El nivel de dependencia de las actividades de la vida diaria en los adultos mayores fue de leve e moderado.

Introducción

El envejecimiento es un fenómeno en crecimiento, cada año las tasas de natalidad van disminuyendo, mientras que la esperanza de vida aumenta, a lo que se agrega.

que la población de más de 60 años tiene un aumento progresivo y junto con ello el cuestionamiento de si estas personas tendrán buena salud conforme avanza su edad, así como el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2018).

En la senectud se presentan múltiples cambios importantes tales como: la funcionalidad motriz, estados psicológicos y emocionales, aunado a las dificultades para realizar actividades de la vida diaria (AVD), el ser independientes, y esto tiene gran repercusión en su calidad de vida (Sabatini y Lacub, 2013).

La discapacidad alcanza niveles sustanciales a partir de los 70 años de edad, cuando el riesgo de experimentar deterioro funcional es mayor. Por ello, es importante incrementar la vida libre de discapacidad, instrumentando estrategias preventivas. En este contexto, cobra importancia hacer una valoración geriátrica integral (VGI). La VGI está diseñada para cuantificar capacidades y problemas biopsicosociales, permitiendo formular planes de manejo para mejorar diagnósticos, tratamientos, funcionalidad y calidad de vida. (Fócil, Zavala, 2014).

En este sentido, la funcionalidad, definida como la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD), es útil como marcador del efecto sistémico de una enfermedad, ayudando a definir metas terapéuticas adecuadas y personalizadas.

Objetivo general

Analizar el nivel de dependencia de las Actividades de la vida diaria en el Adulto Mayor.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas que caracterizan a la población adulto mayor (edad, sexo, escolaridad, estado civil).
2. Identificar el nivel de funcionalidad física del AM.
3. Identificar los tipos de dependencia de AVD en el AM

Metodología

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y Transversal muestra fue de 28 adultos mayores, no probabilística elegida a conveniencia 12 de una estancia y 16 en otra estancia de la ciudad de Morelia Michoacán.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: personas con

edad entre 60 a 85 años, indistintamente del género, religión, estado civil, escolaridad, ocupación, que acepten voluntariamente participar en el estudio y firmen el consentimiento informado. Siendo los criterios de exclusión: adultos menores de 60 años.

El instrumento utilizado fue el Índice de Barthel, esta escala es uno de los instrumentos de medición más utilizado en geriatría. Consiste en una escala ordinal que incluye 10 áreas de actividades básicas de la vida diaria: vestido, baño, aseo personal, uso del retrete, continencia urinaria y fecal, alimentación, deambulaci3n, traslado y uso de escaleras. Cada ítem puntúa de acuerdo a su relevancia, lo cual permite que la suma de puntuaciones pueda representar el nivel de dependencia funcional de un individuo.

El puntaje es de 0-100, siendo 100 la máxima independencia, aunque sus creadores dejan claro que esto no implica que el individuo pueda vivir solo sin necesidad de ayuda. Así, los valores del instrumento se categorizan en la siguiente forma: 100 independencia; > 60: dependencia leve; 40-55: dependencia moderada, y 20-35: dependencia severa, <20: dependencia total.

En cuanto a la evaluaci3n de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versi3n original. Permite identificar tempranamente la condici3n de dependencia que puede desarrollar el adulto mayor, para dise1nar planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales (Maldonado, et al, 2016).

El procedimiento de recolecci3n de los datos inici3 cuando se obtuvo la aprobaci3n, para la realizaci3n de la investigaci3n por parte de las autoridades correspondientes, se identific3 a la poblaci3n elegida para su estudio, cumpliendo con los requisitos establecidos, explicándoles en que consiste el estudio y siguiendo todas las consideraciones éticas que garanticen la beneficiencia de la poblaci3n.

Se realiz3 el análisis y procesamiento de la informaci3n con el paquete descriptivo bási3o SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versi3n 25 a trav3s de la creaci3n de una base de datos, para la presentaci3n de las frecuencias y porcentajes.

Resultados

En este apartado, se muestran los resultados que se obtuvieron al encuentro con los participantes. Se presenta las características sociodemográficas posteriormente: variables categ3ricas y num3ricas el nivel de dependencia de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) del adulto mayor, seguido de

más complicaciones para realizar actividades de la vida diaria.

Para cumplir el objetivo específico número 1, se muestran las características sociodemográficas que caracterizan a la población adulto mayor. (Véase tabla 1)

Tabla 1

Variables Sociodemográficas de los adultos mayores

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	14	50.0%
Hombre	14	50.0%
Escolaridad		
Ninguno	3	10%
Primaria	12	42.9%
Secundaria	6	21.4%
Licenciatura	5	17.0%
Otro	2	7.1%
Estado Civil		
Soltero	7	25.0%
Casado	4	14.3%
Viudo	14	50.0%
Divorciado	3	10.75%

Nota: Cédula de Variables Sociodemográficas

En la tabla 1, se observan las variables sociodemográficas predominantes en la población de estudio, el 50.0% (14) corresponde al género femenino, 50.0% (14) corresponde al género masculino, en cuanto a la escolaridad se aprecia que el mayor porcentaje se presenta en primaria 42.9% (12), respecto al estado civil de los adultos mayores con más incidencia fue la condición de viudez con un 50.0%.

Para dar cumplimiento al objetivo específico número 2, que nos habla de identificar en nivel de funcionalidad física del adulto mayor se obtuvieron los siguientes resultados y se muestran en la tabla 2.

Tabla 2*Dificultad para realizar actividades en el adulto mayor*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Dificultad para comer		
Si	6	21.4%
No	22	78.6%
Dificultad para vestirse		
Si	17	60.7%
No	11	39.3%
Dificultad para bañarse		
Si	17	60.7%
No	11	39.3%
Dificultad para caminar		
Si	18	64.3%
No	10	35.7%

Nota: Condiciones físicas en el adulto mayor

Respecto a la tabla 2, se muestra que el 21.4% presenta dificultad para comer, y el 60.7% presenta dificultad para vestirse, así como dificultad para bañarse al hacer referencia a la dificultad para caminar el 64.3% refirió dicha dificultad.

En cuanto al objetivo específico número 3, se muestran los tipos de dependencia de las AVD en el AM (Véase tabla 3).

Tabla 3*Tipo de dependencia de las AVD del adulto mayor*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia Grave	5	17.9%
Dependencia Moderada	7	25%
Dependencia Leve	13	46.4%
Independiente	3	10.7%
Total	28	100%

Nota: Instrumento Índice de Barthel

La tabla 3 muestra que 7.1% (2) de la población corresponde a dependencia grave, 25.0% (7) dependencia moderada, 57.3% (13) dependencia leve, 10.0% (3) independiente. Lo que indica que el 50% de los participantes tienen un nivel de dependencia de leve a moderada que es susceptible a revertirse.

Discusión y Conclusiones

La capacidad funcional del adulto mayor es el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno.

Es así que se planteó como objetivo general, analizar el nivel de dependencia de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor. Los hallazgos en las variables sociodemográficas del estudio reportan que en relación al sexo el 50% fueron hombres y el 50% fueron mujeres, lo que difiere de Espinoza (2019) en su investigación, ya que hace referencia a que en su investigación el mayor porcentaje fue del sexo mujer, que por lo contrario Camargo (2017) menciona en su estudio que su población con mayor frecuencia fueron hombres.

En relación con la escolaridad se obtuvo que la mayor parte de la población de los adultos mayores cursaron la primaria; Martínez (2018) y Fócil (2014) reportan resultados semejantes en sus investigaciones.

Por otro lado, haciendo referencia al estado civil de los adultos mayores se mostró que el mayor porcentaje fue la viudez, ahora bien, en los estudios de Martínez (2018) Martínez (2017) expresaron que la mayor parte de la población en estudio fueron casados.

Mediante la aplicación del Índice de Barthel en los adultos mayores se mostró que la mayor parte de la población corresponde a un nivel de dependencia leve, donde la persona necesita ayuda para realizar varias de las actividades básicas de la vida diaria, tiene necesidades de apoyo intermitente para su autonomía. Lo anterior difiere con lo señalado por Martínez (2017), quien mostró que la mayoría de la población en estudio presentó independencia en su capacidad funcional. Así mismo Bejines (2015), observó que la totalidad de la población de la investigación pertenece al nivel de dependencia leve lo que indica un resultado semejante al encontrado en este estudio.

Conclusiones: Se cumple el objetivo de esta investigación que fue analizar el nivel de dependencia de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor, donde se estudiaron 28 personas residentes de dos estancias geriátricas. Del total de la muestra, el mayor porcentaje de los adultos mayores fueron mujeres. Según la

categorización del Índice de Barthel la mayoría de la población se clasificó en dependencia leve.

Durante esta investigación se demostró que las intervenciones son eficientes para mejorar las actividades de la vida diaria, ya que dicha práctica puede mejorar, mantener o retardar la aparición de patologías músculo-esqueléticas, cardiorrespiratorias, metabólicas, depresivas, y con ello lograr un adulto más independiente. Aunado a ello se recomienda que el personal de enfermería en conjunto con el equipo multidisciplinario priorice las actividades que promuevan el cuidado integral del adulto mayor en las instituciones mediante la práctica de este tipo de entrenamiento.

Por lo que se sugiere la utilización de otros instrumentos como Escala de Lawton y Brody, la escala de las actividades avanzadas de la vida diaria, para realizar una investigación más extensa sobre el nivel de dependencia del adulto mayor en estancias geriátricas.

Se recomienda intervenir en adultos mayores de estancias geriátricas públicas para que exista un aumento en el tamaño de la muestra, realizar un estudio cualitativo sobre la autopercepción del nivel de dependencia en cada participante, extender la invitación a personal de enfermería para realizar investigaciones posteriores mejorando las estrategias sobre el entrenamiento de resistencia progresiva en adultos mayores, sugerir a los adultos mayores institucionalizados que practiquen una rutina de ejercicio para evitar el deterioro de las capacidades funcionales, proponer a las estancias geriátricas que implementen y/o sistematicen un programa de actividad física para mejorar el nivel de funcionalidad física en el adulto mayor y así mejoren su independencia.

Referencias

- Laguado, J., Camargo, H., Campo, T., Carbonell, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centro de bienestar. *Gerokomos*.28(3):135-141. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135
- Espinoza, V.M. (2019) Nivel de Funcionalidad para la vida diaria en el adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social UMF N° 32 San José del Aura. México. <http://132.248.9.195/ptd2019/julio/0792212/Index.html>
- Fócil. E., Zavala. (2015). Funcionalidad para Actividades de la Vida Diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *RFS Revista Facultad de Salud*.6(2):12-19. <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/159>
- Huenchuan, S. (2018) Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible: perspectiva regional y derechos humanos. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*, 154. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
- Maldonado,L.Zurita,P., Gordillo,A., Proaño,R., Reyes, Z.(2016). Actividad Diaria Según Índice de Barthel En Adultos Mayores, Ibarra , Mayo a Junio 2015. Introducción Resultados Métodos.” *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* 1(3):112–16. <http://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/471>
- Maldonado, L. Zurita, P. Gordillo, A., Proaño, R., Reyes, Z. (2016). Actividad Diaria Según Índice de Barthel En Adultos Mayores. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* 1(3):112–16. <http://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/471>
- Martínez, M.E. (2018). Funcionalidad personal y social del adulto mayor en el ámbito familiar en derechohabientes en una unidad de medicina familiar de Magadela de Kino, Sonora. México. <http://132.248.9.195/ptd2018/agosto/0777955/Index.html>

Inclusión de ética en investigación en el currículo enfermería

Tinoco Zamudio María Teresa Silvia¹, Cira Huape José Luis¹

¹Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Correo de autor principal:

silvia.zamudio@umich.mx

ENSAYO

Introducción

El servicio social se define como la actividad temporal obligatoria cuyo propósito es favorecer a que el estudiante consolide información, ponga en práctica conocimientos adquiridos durante su formación académica, adquiera nuevos conocimientos, habilidades profesionales y pueda involucrarse al mercado laboral (Universidad autónoma de México, 2017), para lo cual es indispensable retomar el cuidado profesional de enfermería en su contexto social y cultural; aceptar que la profesión, está profundamente enraizada en la comunidad en la que se desarrolla.

Por este motivo, estará fuertemente condicionada por la variación de sus valores que determinarán las necesidades de atención percibidas y los recursos que dicho grupo dispongan para su atención. La bioética representa el marco ético sobre el que se rigen todas las actuaciones asistenciales que llevan a cabo las enfermeras y los enfermeros, en ello prima tanto el respeto a la dignidad del paciente como su seguridad clínica, donde frecuentemente se encuentran con problemas y dilemas bioéticos en su quehacer profesional.

Los cuidados de enfermería sustentados en los resultados de las investigaciones han sido y son una de las premisas fundamentales de esta profesión. La existencia desde el año 1953 de un código de ética intrínseco convierte a la enfermería en una de las profesiones que más protege al individuo en su accionar. Se realizó una revisión de la literatura con el objetivo de demostrar lo antes planteado. Se constató el hecho de que independientemente de la razón del vínculo de estos profesionales con los objetos del cuidado, ya sea investigativo, o asistencial, el cumplimiento del código de ética de enfermería garantiza por sí mismo la beneficencia, autonomía y justicia que proclaman los principios éticos, bioéticos y los derechos humanos; que las y los enfermeros no los violen durante su desarrollo científico-técnico.” (Trujillo, v.26 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2010)

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Realiza una propuesta de servicio social comunitario con enfoque en medicina familiar con énfasis en investigación; propuesta que incluye a los pasantes de enfermería. El presente ensayo pretende justificar la sustentabilidad de incorporar a currículo de los alumnos en formación la ética investigación que les permita fortalecer la investigación en el desarrollo del servicio social.

DESARROLLO

Bioética en la formación de profesionales de salud

En la práctica de la medicina actual, la reflexión ética-filosófica y humanística indispensable en nuestros días, lleva a la siguiente interrogante: ¿cuál es la razón de ser de la Bioética en la formación de los profesionales de la salud? En las universidades públicas y privadas, es fundamental realizar un análisis y reflexión de carácter ético, acerca de las múltiples implicaciones de las relaciones del hombre con la vida humana en su contexto individual, familiar y social (Ocampo, 2005); alude a la necesidad de que todos los involucrados en la educación médica, se ubiquen en el contexto contemporáneo y en los problemas actuales que vive la humanidad.

Es necesaria la revaloración de la tradición ético-médica, rica en preceptos y mandatos que existen históricamente, que hoy día resultan insuficientes, para abordar los retos actuales en el proceso salud-enfermedad de la población. entre ella destaca; por mencionar solo algunas: La nueva relación profesional de salud-paciente, donde los primeros desestima necesidades reales de hombre y mujeres, dando más peso a los datos obtenidos por aparatos e instrumentos de apoyo biomédico, porque son “objetivos” que al relato “subjetivo” de los síntomas del enfermo (Morales Ruiz, 2009); por otro lado, la actitud siempre demandante por parte de los pacientes y la sociedad cada vez más informada y/o mal informada. El incremento de tecnología de diagnóstico y tratamiento en la época actual, han contribuido de manera importante a que la relación profesional de salud-paciente, pueda ser tan irreflexiva e improductiva en la práctica profesional, por el hecho de ignorar al arte tradicional de la medicina clínica, creyendo posible que, ante problemas nuevos, sólo puede haber soluciones totalmente nuevas (Souto, 2000). Por lo que es indispensable actualizar en contenidos éticos y bioéticos tanto en la prestación de servicios como de investigación en el currículo de los profesionales de la salud.

En lo que concierne al papel del profesor en el aula y fuera de ella, el ancestral planteamiento de que el profesor debe ser ejemplo de conductas deseables, que el alumno debe aprender de manera consciente, no sólo sigue

siendo vigente, sino que se ha enriquecido con las nuevas aportaciones, que las ciencias de la educación han desarrollado en las últimas décadas (Garced, 2018). Desde esta perspectiva, las universidades públicas, deben hacer énfasis sobre el desarrollo de la conciencia moral; el ejercicio de una autonomía y de una libertad; y la conciencia de la otredad (de las y los otros). Se requiere demostrar a las futuras generaciones de los profesionales de la salud, que la fuerza de la reflexión ética y bioética, puede encontrar formas reales de convivencia entre los integrantes del equipo de salud, así como entre éstos y sus pacientes que los consultan, considerando el derecho a la diferencia y a una tolerancia pactada entre seres racionales. Silva Camarena (2002), señaló que “ética del trabajo” significa, dentro de cualquier forma de praxis, un compromiso ineludible de hacer bien las cosas, que no podemos dejar de cumplir, porque tiene que ver con el compromiso que hicimos al estudiar nuestra profesión. Donde estaremos utilizando ese conocimiento intelectual aprendido junto con nuestros valores para poder ayudar a otros”.

Adicionalmente, atendiendo a un principio irrenunciable de educación laica y a la sociedad plural, las escuelas y facultades de medicina y enfermería de las universidades públicas, deben instrumentar una formación bioética secular ajena a toda moral de carácter religioso, por su condición incluyente, reflexiva, tolerante y respetuosa de las diferencias religiosas y de todo tipo; entre los seres humanos sanos o enfermos, en un clima de derechos y deberes humanos así como de libertad con responsabilidad (Ocampo, 2009).

Por otro lado, la ética y la bioética se entrecruzan constantemente con el profesionalismo del profesional de salud, así como, en su desempeño profesional tanto en la atención como en la investigación científica. Es por eso, que en los últimos años existe una gran preocupación por introducir la ética en el currículo de las escuelas de medicina y enfermería, por la necesidad de impedir la inercia de nuestra sociedad, en donde los valores son relegados por una sociedad más agresiva e individualista (Carrasco, 2017). En consecuencia, el enseñar bioética y ética en las escuelas de medicina y enfermería es una necesidad perentoria, ya que, es cuando existen mejores oportunidades para establecer una adecuada relación de éstas; en los diversos procesos de la salud-enfermedad de la población y sus determinantes sociales en salud, para coadyuvar a que el estudiante de medicina (Carrasco-Rojas, 2011), para preste una atención integral al individuo, familia y comunidad; acorde al compromiso que tiene nuestro país en fortalecer la Atención Primaria a la Salud; dicha necesidad fue adoptada por la 51ª Asamblea General de la AMM, Tel Aviv (Israel), octubre 1999 y revisada por la 66ª Asamblea General, Moscú (Rusia), octubre 2015. En esta asamblea se recomendó que la ética médica y los derechos humanos sean incluidos como cursos obligatorios en los currículos de las facultades o escuelas de los distintos profesionales de salud. En consecuencia, su enseñanza en las facultades de medicina debe insertarse en la misma lógica que la del resto de las materias, en el marco del currículo basado en

competencias, y utilizando como metodología principal el aprendizaje basado en problemas, tal como fue sistematizado desde finales de la década de los años sesenta. La Facultad de Mc Master, en Hamilton, Ontario, Canadá, (Gispert Cruells, 2005). Para formar el profesional de la salud que la sociedad necesita, debe preparar a sus alumnos con los conocimientos y características esenciales de la profesión, pero también es necesario conocer y comprender el entorno social y cultural en donde se va a desenvolver. Además, se debe facilitar al educando la capacidad de reflexionar con principios teóricos y prácticos, ante las diferentes situaciones que se presentan en el ejercicio de la profesión.

Una de las prioridades del Sistema Nacional de Salud de México es la formación y el desarrollo del capital humano, basado en la formación de profesionales de la salud, basada en las competencias necesarias para desempeñarse de forma exitosa en los futuros escenarios laborales, donde sea capaz de demostrar en la práctica la integración asistencial-docente-investigativa, con los componentes del aprendizaje que impactan en el desempeño profesional que son: Conocimientos, habilidades, actitudes y valores; que son claves para el ejercicio de la ética médica, que son desarrollados a través de las actividades educacionales y el aprendizaje significativo previo del educando. (Salas Perea, 2016).

En las últimas dos décadas, se ha presentado un interesante desarrollo de la enseñanza de la ética y bioética en las escuelas de medicina y enfermería en el mundo. En la “Educación Superior Europea” por sus siglas en inglés (EHEA) se estableció como prioridad: la protección de la biodiversidad y la biósfera; la protección a las personas sobre el interés de la Ciencia; la no discriminación, respeto a la autonomía de las personas tanto para la acción clínica como para la investigación científica. (Carrasco Rojas, 2011); sin embargo, la enseñanza de la ética y bioética en México, requiere una mayor sistematización, preparación de docentes e inclusión en la currícula de pre y posgrado de las facultades de medicina y enfermería. Feinholz destaca que para ello es necesario atraer a los principales actores y organizaciones de las políticas públicas de educación en salud y establecer verdaderos procesos de deliberación en el tema (Feinholz, 2010). Que favorezca la institucionalización de la bioética con la formación de Comités de Ética en Investigación y de Bioética Hospitalaria en los niveles correspondientes, que favorezca la toma de decisiones en políticas de salud y educativas a nivel local, estatal y nacional con una metodología de ponderación ética.

La investigación, su aporte a la formación profesional y su regulación

Un apartado importante para el presente ensayo, es la Investigación científica en seres humanos y su regulación legal. En la actualidad, a nivel mundial, es necesario continuar en la búsqueda de técnicas, medicamentos y equipos entre

otros, para la prevención de enfermedades, su diagnóstico y tratamiento. La investigación es una vía que permite lograr avances en esos terrenos, sin embargo, la historia de la investigación en seres humanos ha presentado inconvenientes y situaciones frecuentemente alejadas de la búsqueda del beneficio colectivo. Lo anteriormente señalado, explica la existencia de pautas éticas reguladoras de la investigación en seres humanos. Es interesante destacar, que la reflexión moral reguladora siempre existió desde épocas ancestrales, al igual que la ética del investigador, desde la perspectiva de la filosofía; pero a medida que surgieron distintas transgresiones y abusos hacia los participantes, ocasionó un ciclo de “transgresión-respuesta normativa”, por lo que se fueron estableciendo acuerdos internacionales en donde ha firmado como compromiso nuestro país, en forma de pautas, guías y declaraciones tendientes a regular la investigación (Spinelli*, 2013).

Se tiene que reconocer que el papel de la ética en la ciencia es muy complejo, en la actualidad los cambios tecnológicos repercuten en nuevas actitudes sociales y culturales, que giran en la responsabilidad individual sobre los estilos de vida y metas personales o sea el individualismo; situación que nos lleva a reflexionar en los principios morales tradicionales de la ética médica como beneficencia, justicia y respeto por la autonomía del otro. Los procedimientos científicos no ¿deben? estar sobre dichos principios, se espera que los logros científicos pueden determinar el rango y los límites de las decisiones y elecciones, pero de forma moralmente responsables. La ciencia trae nuevas elecciones, nuevos problemas y nuevas circunstancias para viejos problemas. Por último, como la ciencia es una empresa humana, su desarrollo puede mostrar una lección moral o ética, de cómo algunos hombres conviven o cuáles han sido los valores y las justificaciones que han impulsado dicha empresa (Hernández, 2008).

El código ético de la ciencia supone, fundamentalmente, amor por la libertad intelectual, sentido de justicia, constante defensa de la verdad, crítica del error, denuncia de la farsa, así como asumir la crítica y la autocrítica como un poderoso argumento de autorregulación moral. (Hernández, 2000) El trabajo científico se robustece si quien lo realiza tiene una concepción clara de la dimensión social y cultural, que concuerde además con el desarrollo del país. Una cultura científico-técnica contribuye al desarrollo cultural, social y económico, a su vez posibilita la interrelación entre ciencia, tecnología y sociedad.

Se puede identificar como punto de inflexión en la investigación científica la versión del año 2000 de la Declaración de Helsinki, en torno a aspectos centrales como son el uso del placebo. De igual forma, cuando existe un tratamiento probado acorde a la 5ª Pauta de CIOMS, (OPS y CIOMS, 2017) en la investigación clínica se deben realizar solamente ensayos clínicos controlados para probar eficacia y seguridad de medicamentos, y estos, deberán utilizar esta eficacia y seguridad de forma comparada contra medicamento ya comercializado y considerado como el más eficaz disponible. Sin embargo, principalmente en países subdesarrollados

donde la regulación de la investigación es débil, en la práctica se hace uso del placebo, con el fin de lograr patentes más fácilmente. Este fenómeno se presenta principalmente por la competencia entre compañías farmacéuticas, por alcanzar la patente de nuevos medicamentos, que ha favorecido investigar pequeñas diferencias entre medicamentos semejantes para lograr una ventaja económica. Así mismo, se debe tener claro la diferenciación entre ensayos terapéuticos y no terapéuticos, situación que debe ser tomada en cuenta para la reflexión ética en los Comités que dictaminan dichos proyectos (Páez, 2015).

A pesar de todas las declaraciones, pautas y guías internacionales que orientan las actividades de investigación médica y clínica que involucran sujetos humanos, es necesario realizar la reflexión crítica sobre las pautas del CIOMS 2016, donde un criterio universal es que los proyectos de investigación deben garantizar que la investigación cuente con el valor social. La inclusión explícita de este criterio en la investigación es un paso importante, pero aún poco desarrollado. (Tarragó Anón F, 1988). Es muy importante desarrollar más ampliamente el valor social ya que actualmente se encuentra mucho proyecto que no proporciona beneficios sociales al individuo, comunidad ni conocimiento científico; por lo que es poco pertinente

Los proyectos de investigación se están realizando cada vez más en los países subdesarrollados y en desarrollo, sobre todo, ensayos clínicos patrocinados por la industria farmacéutica, donde ocurren otros problemas éticos que incluyen: 1) la presencia de poblaciones enfermas no tratadas, 2) vulnerables por su condición de enfermedad y 3) el estado económico de los pacientes, que frecuentemente no tienen cobertura de la seguridad social o acceso a atención médica de alta calidad. Por lo tanto, participar en ensayos clínicos les permitiría el beneficio de su mismo tratamiento.

Se debe tener presente que la historia de este tipo de investigación a nivel mundial, muestra que frecuentemente, que su práctica se separó de la reflexión moral y de la pertinencia social para la población local en donde se realiza el proyecto; ya que generalmente no reciben los beneficios esperados al final del proyecto, por el alto costo de los medicamentos en estudio y abandonan frecuentemente al paciente cuando termina el ensayo clínico, para que éste asuma el costo de su tratamiento. Situaciones entre otras que generaron hechos aberrantes y diversos atropellos a los derechos humanos. (Garrafa, 2009)

En México, la investigación científica en sus diferentes modalidades, se encuentra todavía en proceso de consolidación. Sus inicios datan de la década de los 80's; donde se definen los principales tipos de investigación científica que involucran a seres humanos. En primer lugar, incluyeron las actividades científicas que van más allá de las investigaciones con fines terapéuticos (ensayos clínicos), como son las investigaciones clasificadas como: Operacional, ambiental, educacional, nutricional, sociológica, psicológica, antropológica, física, química y

biológica; dado el gran impacto que tienen en la vida y funcionamiento del ser humano y su entorno (CONBIOÉTICA, 2018). Por lo que destaca la necesidad de que las investigaciones tengan relevancia social, con ventajas o beneficios para los sujetos o grupos involucrados. En lo referente a investigaciones que involucren a grupos o comunidades, se debe considerar primordialmente el respeto por sus hábitos y costumbres, protegiéndolos de la estigmatización, que generen además beneficios para los integrantes de la comunidad, sin embargo, es necesario reconocer que para contribuir a su desarrollo se requiere promover con mayor fuerza la formación de nuevos investigadores con conocimientos bio/éticos.

Es necesario identificar que en la investigación en México, existen discusiones entre científicos de las ciencias básicas / biológicas y humanistas, que se dieron a comienzos del siglo pasado y que aún se encuentran vigentes en la actualidad, para determinar la diferencia entre la ciencia y la vida, donde las investigaciones se realizan primordialmente por un desempeño profesional en la ciencia y en los conocimientos, sin una responsabilidad explícita hacia la sociedad, al no asumir el compromiso por parte de los investigadores, de responder el cuestionamiento ético: “aquello que es técnicamente posible resulta éticamente correcto”. (Deangelillo, 2012).

Sobre la vinculación con la sociedad

Es pertinente cuestionar cómo los cambios tecnológicos tan avanzados, en la actualidad, así como las políticas públicas del neoliberalismo, se acompañan de nuevos valores y actitudes socio-culturales, que refuerzan el constructo de que el individuo, es el principal responsable de la toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con valores referentes a estilos de vida y metas personales; culpándolo de sus problemas de salud por sus malas decisiones y quedando en el desamparo del Estado ante los intereses de políticas públicas de la industria y el comercio.

Por otro lado, la situación de los profesionales de salud, exige concentrarse en los principios morales tradicionales de la ética médica como beneficencia, justicia y respeto por la autonomía del paciente

Pareciera que se desconocen los fundamentos de la ética científica y con ello que puede mostrar una lección moral o ética de cómo algunos individuos conviven o de cuáles han sido los valores y las justificaciones o sistemas que los han impulsado. El código ético de la ciencia supone, fundamentalmente, amor por la libertad intelectual, sentido de justicia, constante defensa de la verdad, crítica del error, denuncia de la farsa, así como asumir la crítica y la autocrítica como un poderoso argumento de autorregulación moral médica ha de hacer todo lo posible por respetarla. (Hernández, 2000). La ética de investigación en la ética científica, es un compromiso que todo país que aspire al desarrollo debe contemplar al desplegar

un sistema científico, centrado en sus realidades sociales y culturales; en correspondencia su plan de desarrollo.

Con tal motivo, a continuación, se citan las Declaraciones, pautas, guías o recomendaciones en materia de ética en investigación, a nivel internacional que México retoma en su normativa:

- Código de Núremberg, 20 de agosto de 1947.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, ONU, 1948.
- Declaración de Helsinki, AMM, 1964. Última enmienda octubre 2013.
- Informe Belmont, Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Conducta, NIH USA, 18 de abril de 1979.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Generaciones Futuras, UNESCO, 1994.
- Guía de Buena Práctica Clínica (BPC), ICH E6 (R2) 1996. Última enmienda 09 de noviembre 2016.
- Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras. UNESCO, 1997.
- Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina “Convención de Oviedo”, Consejo de Europa, 1997.
- Guías Operacionales para Comités de Ética que evalúan Investigación Biomédica, OMS, 2000.
- Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con seres humanos, CIOMS, 2002. Última enmienda 2016.
- Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, UNESCO, 2003.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, 2005.
- Manual para buenas prácticas de investigación clínica, OMS, 2005.
- Guía No. 1 Creación de Comités de Bioética, UNESCO, 2005.
- Guía No. 2 Funcionamiento de los Comités de Bioética: Procedimientos y Políticas, UNESCO, 2006. 3 A diferencia de la denominación que se adopta en otros países, como la de “Institutional Review Board” (que se traduce como “Consejo de Revisión Institucional”),
- Pautas Éticas Internacionales para estudios epidemiológicos, CIOMS, 2009.
- Pautas y orientación operativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos. OMS, 2011. Traducida al español por OPS, 2012.
- Guía para los miembros de los Comités de Ética de Investigación. Comité Directivo de la Bioética del Consejo de Europa, enero 2012.

Adicionalmente en México, La Ley General de Salud, el Reglamento de Salud a través de La Secretaría de Salud, y ésta a su vez de la Comisión Nacional de Bioética, consolida los mecanismos institucionales, que garantizan el bienestar y el respeto a los derechos de los sujetos que participan en investigaciones en salud, subrayando al mismo tiempo el rol medular de los procesos de revisión ética para su protección. Por lo que emite la Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación 2018 (Comisión Nacional de Bioética, 2018).

Conclusiones

La necesidad de reforzar el programa educativo con bioética y ética en investigación, es indispensable para incorporar a nuestros egresados en el ámbito de servicio social con énfasis en investigación y lograr participar adecuadamente en los lineamientos establecidos por la Dirección General de Educación y Calidad de la Secretaría de Salud federal.

Bibliografía

- Carrasco, V. (2017). La Enseñanza de ética y bioética en las Facultades de medicina. Educación Médica Continua Rev Med La Paz, 23(1).
- Carrasco-Rojas, H.-F. C.-R.-U. (2011). La enseñanza de la bioética en las escuelas y facultades de medicina. Cirujano General Vol. 33 Supl. 2-2011.
- Conbioética (2018). Guía nacional para la estructuración y funcionamiento e los Comités de Ética en Investigación.
- Deangelillo, C. (2012). importancia de los comites de ética. Revista del circulo Argentino de Odontología, 6-12.
- Feinholz. (2010). El presente y el futuro de la bioética. La bioética en el ejercicio quirúrgico clínica quirúrgica de academia mexicana, 185 199.
- Garced, P. M. (2018). Ética en los Profesionales de la Salud. Puerto Rico: Universidad Ana G. Méndez, Recinto de Carolina.
- Gispert Cruells. (2005). Conceptos de bioética y responsabilidad. En Conceptos en bioética médica (págs. p 6-7). México: Editorial El Manual Moderno.
- Hernández. (2000). La ética y la ciencia en la donación de sangre voluntaria. Artículo de revisión. Rev. Universo Diagnóstico., 24-30.
- Hernández. (2000). La ética y la ciencia en la donación de sangre voluntaria. Artículos de revisión. Rev. Universo Diagnóstico, 24-30.

- Hernández, I. B. (2008). Ética de la investigación científico-médica desde la perspectiva de la atención primaria de salud. Escuela Nacional de Salud Pública., (págs. 1-8). La Habana Cuba.
- Ocampo, M. (s.f.). área 6: educación y valores. X Congreso nacional de investigación educativa. México.
- Ocampo, M. J. (2005). Ocampo, M. J. (2005). Consideraciones bioéticas sobre la investigación médica en seres humanos (Tesis doctoral). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina.
- OPS y CIOMS. (2017). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 17-22.
- Páez, R. (2015). Pautas bioéticas la industria farmacéutica entre la ciencia y el mercado. Estado de México: Sigma Servicios Editoriales.
- Perea, S. (1999.). Educación en salud: competencia y desempeño profesionales. Ecimed.
- Ruiz-Cantero, V.-C. C. (2007). framework to analyse gender bias in epidemiological. J Epidemiol Community Health., 46-53.
- Salas Perea, M. L. (2016). Formación basada en competencias en ciencias de la salud. Medisur vol.14 no.4 Cienfuegos.
- Souto, M. (2000.). La reflexión ética en el campo de la educación y de la formación. Novedades Educativas Buenos Aires.
- Spinelli*, S. T. (2013). La ética de la investigación en seres humanos en debate. Rev Méd Urug 2013; 29(4), 242-247.
- Spinelli*, S. T. (2013). La ética de la investigación en seres humanos en debate. Rev. Méd. Urug. vol.29 no.4.
- Tarragó Anón F, G. C. (1988). Ética en la investigación clínica: una propuesta para prestarle la debida atención. Red Méd Urug, 192-201.
- Trujillo, N. M. (v.26 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2010). La ética y la investigación en enfermería. Revista cubana de enfermería.
- Universidad autónoma de México. (2017). Definición de servicio social, México, D.F