

Investigación cualitativa en cultura, ética y experiencias de salud



Alicia Álvarez Aguirre
Rosa Jeuna Díaz Manchay
María Mercedes Moreno González
Mirtha Flor Cervera Vallejos
Coordinadoras



LA BIBLIOTECA

Investigación cualitativa en cultura, ética y experiencias de salud

Investigación cualitativa en cultura, ética y experiencias de salud

Coordinadoras:

Alicia Alvarez Aguirre

Rosa Jeuna Diaz Manchay

María Mercedes Moreno González

Mirtha Flor Cervera Vallejos



LA BIBLIOTECA

Investigación cualitativa en cultura, ética y experiencias de salud

Coordinadoras:

Alicia Álvarez Aguirre

Rosa Jeuna Díaz Manchay

María Mercedes Moreno González

Mirtha Flor Cervera Vallejos

Primera edición: noviembre, 2025

D.R. © Grupo Editorial Biblioteca, S.A. de C.V.

Manantiales 29 - 4

Colonia Chapultepec

C.P. 62450, Cuernavaca, México.

Tel. 55-3233-6910

www.labiblioteca.com.mx

ISBN: 978-607-5927-70-1

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701>

Diseño de portada:

Mariana Gurrola | Ruta15

Composición tipográfica:

Fernando Bouzas Suárez

La totalidad de los capítulos que integran en este libro fueron arbitrados y sometidos a evaluación externa, mediante un dictamen de doble ciego, donde participaron especialistas en el área. Las versiones finales se enriquecieron con las aportaciones de los pares académicos. Asimismo, se empleó un software especializado para el análisis de similitudes con respecto a otras obras.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del contenido de la presente obra en cualesquiera formas, sean electrónicas, mecánicas o por fotocopia, sin el consentimiento previo y por escrito de los titulares de los derechos.

Impreso y encuadernado en México

Printed and bound in México

Índice

Prólogo	9
Presentación	11
Apartado I. Cuidado cultural y prácticas de salud comunitaria	19
Capítulo 1. Medidas preventivas y culturales ante la COVID-19 aplicadas por artesanas de algodón nativo en una zona rural.	21
<i>Jessica Paola Bustamante Llatas</i>	
<i>Maribel Albertina Díaz Vásquez</i>	
<i>Rosse Marie Esparza Huamanchumo</i>	
<i>Lisbeth Dolores Rodríguez Cruz</i>	
<i>Angelica Soledad Vega Ramírez</i>	
<i>Rosa Jeuna Diaz Manchay</i>	
Capítulo 2. Prácticas culturales en el manejo de la diarrea infantil en el hogar	39
<i>Cielo Carhuatanta Villegas</i>	
<i>Angélica Soledad Vega Ramírez</i>	
<i>Rosa Jeuna Diaz Manchay</i>	
<i>Flor de María Mogollón Torres</i>	
Capítulo 3. Prácticas culturales para prevenir la COVID-19 en familias campesinas no contagiadas.	57
<i>Aydee Cinthya Urquia Lopez</i>	
<i>Rosa Jeuna Diaz Manchay</i>	
<i>Angelica Soledad Vega Ramírez</i>	
<i>Flor de María Mogollón Torres</i>	
<i>Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez</i>	
<i>Sonia Tejada-Muñoz</i>	
Capítulo 4. Significados atribuidos al proceso de aculturación del inmigrante hispano en su interacción con la sociedad, familia y la comunidad	77
<i>Ingrid Stephanie Vásquez Ventura</i>	
<i>Elizabeth Guzmán Ortiz</i>	
<i>Montserrat Fernández Moya</i>	
<i>María Mercedes Moreno González</i>	

Apartado II. Fundamentos éticos y bioéticos del cuidado	91
--	-----------

Capítulo 5. Consideraciones Bioéticas en el trato diario en el hogar a los adultos mayores	93
de un pueblo joven, Chiclayo-Perú	
<i>Grisel Madeleyne Albarrán Casana</i>	
<i>Mirtha Flor Cervera Vallejos</i>	

Capítulo 6. El consentimiento informado en la práctica ética de enfermería: pilar fundamental para el cuidado humanizado en los primeros mil días de vida	109
<i>Esthela Carolina Hidalgo Tapia</i>	
<i>Rosa Jeuna Diaz Manchay</i>	

Capítulo 7. Análisis cualitativo de las percepciones y creencias de personas estudiantes de enfermería y medicina del noroeste de México entorno al aborto	125
<i>Giselle Vega Chávez</i>	
<i>Alma Angélica Villa Rueda</i>	
<i>Claudia Jennifer Domínguez Chávez</i>	
<i>Adilene Ortiz Cuevas</i>	

Apartado III. Experiencias de cuidado en grupos vulnerables	143
--	------------

Capítulo 8. Barreras personales del proceso de enseñanza-aprendizaje de cuidado al adulto mayor, perspectiva del estudiante	145
<i>Lourdes Alejandra Vergara Hernández</i>	
<i>Ma. Eugenia Barreto Arias</i>	
<i>Osmar Antonio Jaramillo Morales</i>	
<i>Nadia Yanet Cortes Álvarez</i>	
<i>Monserrat Fernández Moya</i>	

Capítulo 9. Cuidado de enfermería frente a los efectos adversos y la adaptación del niño con cáncer hospitalizado: Un estudio cualitativo	159
<i>Jemima Lynette Seclen Huaman</i>	
<i>Juver Augusto Carrasco Fernández</i>	
<i>Mirtha Flor Cervera Vallejos</i>	
<i>Soledad Elizabeth Guerrero Quiroz</i>	
<i>Mary Susan Carrasco Nevarrete</i>	
<i>Rosa Jeuna Diaz Manchay</i>	

Capítulo 10. Percepción del equipo de salud sobre el proceso de certificación como establecimiento amigo de la niña y el niño	.175
<i>Leslie Guadalupe Tapia Lachos</i>	
<i>Flor de María Mogollón Torres</i>	
Capítulo 11. Percepción de las madres sobre el cuidado de enfermería al neonato en un hospital público de Chiclayo	.191
<i>Estefanny del Milagro Ayasta Bernabe</i>	
<i>Adela Rosanna Nuñez Odar</i>	
Apartado IV. Experiencias de pacientes frente a la enfermedad	.209
Capítulo 12. La comunicación terapéutica y la corporalidad entre la enfermera y el paciente crítico en la praxis del cuidado	.211
<i>Marianela Medalit Cienfuegos Huamán</i>	
<i>Rosa Jeuna Díaz Manchay</i>	
<i>Mirtha Flor Cervera Vallejos</i>	
Capítulo 13. La penumbra de la enfermedad... la experiencia vivida del paciente con insuficiencia renal en la atención pública	.231
<i>Ana Paola Camacho Acevedo</i>	
<i>Jennyfer Ramírez Flores</i>	
<i>Verónica Margarita Hernández Rodríguez</i>	
<i>Sheridan Dennis Eljure Flores</i>	
Capítulo 14. Prácticas de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en un hospital policial peruano.	.245
<i>Giovanna Katherine Deza Gamarra</i>	
<i>Mirtha Flor Cervera Vallejos</i>	
<i>Maribel Albertina Díaz Vásquez</i>	
<i>Lisbeth Dolores Rodríguez Cruz</i>	
<i>Flor de María Mogollón Torres</i>	
<i>Rosa Jeuna Díaz Manchay</i>	
Capítulo 15. Significado de vivir con cáncer de mama: experiencias vividas del profesional de enfermería	.261
<i>María de Jesús Pérez Vázquez</i>	
<i>Rosa Ávila Valdez</i>	
<i>Cristina González Rendón</i>	
<i>Gloria María Peña García</i>	

**Capítulo 16. Representaciones sociales del cigarro
electrónico en jóvenes. Un análisis cualitativo281**

Lucely Maas Góngora

Juan Yovani Telumbre Terrero

Lubia del Carmen Castillo Arcos

Manuel Antonio López Cisneros

Gloria Margarita Ruiz Gómez

Prólogo

En los márgenes de los grandes discursos científicos, donde la corriente positivista no alcanza a registrar el latido de una vida ni el silencio de una historia no contada, florecen las voces de quienes rara vez son escuchados: el adulto mayor olvidado en un rincón del hogar, la madre que confía en el saber ancestral para cuidar a su hijo, acompañando a estas voces se muestra la enfermera que lucha por mantener la humanidad sumergida en la ética y sus conflictos, en medio de protocolos que guían el cuidado, observando de lejos y de cerca como el inmigrante reconstruye su identidad en tierra ajena.

Este libro es un viaje profundo y necesario hacia esas realidades. A través del enfoque cualitativo, se abre una ventana al universo íntimo de las emociones, creencias, prácticas y dilemas éticos que atraviesan el cuidado de la salud en contextos vulnerables de América Latina. No son cifras, son discursos, son experiencias vividas. Aquí, la ciencia tiene un encuentro personal con la dignidad humana.

Cada capítulo de esta obra es una invitación a mirar más allá de lo evidente, de lo que aparentemente y en la rutina diaria todos conocemos. Todo lo escrito aquí nos transporta a la bioética cotidiana que se practica o se omite en un hogar humilde de Chiclayo; del valor cultural de las artesanas que con sus manos también tejen medidas preventivas contra una pandemia desconocida hasta la actualidad; del aborto visto desde las creencias de futuros profesionales de la salud; del dolor, del miedo, del amor y de la resistencia que conviven silenciosamente en los pasillos de hospitales, en los campos rurales, en las calles y universidades donde la vida exige ser entendida desde sus propios códigos.

Este libro no ofrece lineamientos a seguir, guías estructuradas para brindar el cuidado, sino comprensión y la esencia de cada autor que muestra en los discursos la experiencia vivida en una temporalidad digna de ser contada. Es una contribución urgente para repensar el papel de la ética, la cultura y la humanidad en el cuidado, y es una llamada de atención a profesionales, docentes, estudiantes y tomadores de decisiones que deseen escuchar lo que rara vez se dice, pero siempre ha estado allí suspendido.

Estás invitada (o) a que estas páginas nos desafíen, nos conmuevan y nos transformen, gracias por tu interés.

DRA. LUCILA ACEVEDO FIGUEROA

Gestor de Calidad en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón, Guerrero, México; Profesora Investigadora en la Universidad Autónoma de Guerrero

DRA. ANTONIETA DE JESÚS BANDA PÉREZ

Profesora Investigadora en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Presentación

La investigación cualitativa en enfermería ha emergido como un paradigma fundamental para comprender la complejidad del cuidado humano, permitiendo explorar las experiencias vividas, los significados culturales y las prácticas de salud desde la perspectiva de quienes las experimentan. Esta compilación de estudios cualitativos representa una contribución significativa al desarrollo del conocimiento disciplinar, abordando dimensiones críticas del cuidado de enfermería en contextos latinoamericanos diversos y complejos.

La metodología cualitativa ofrece herramientas epistemológicas únicas para acceder a la subjetividad de los participantes, revelando aspectos del cuidado que permanecen invisibles en los enfoques cuantitativos tradicionales. A través de diseños fenomenológicos, etnográficos, de teoría fundamentada, de representaciones sociales, descriptivos e interpretativos, los estudios presentados en esta obra profundizan en la comprensión de fenómenos relacionados con la salud y el cuidado, desde un actuar ético deliberado, donde es posible contemplar el dinamismo humano libre, capaz de favorecer la construcción de una enfermería basada en evidencia cualitativa robusta y culturalmente situada.

La estructura de esta obra refleja la multidimensionalidad del cuidado, organizándose en cuatro apartados temáticos, con vinculación ética, desde las prácticas culturales comunitarias hasta la reflexión constante de las experiencias individuales hasta las experiencias individuales frente a la enfermedad. Esta estructura permite una aproximación integral que reconoce la complejidad inherente al fenómeno del cuidado y su inserción en contextos socioculturales específicos, particularmente en el ámbito latinoamericano donde la diversidad cultural y las desigualdades sociales configuran experiencias únicas de salud y enfermedad suscitando creatividad e innovación.

Apartado I. Cuidado cultural y prácticas de salud comunitaria

El primer apartado establece el fundamento cultural del cuidado, al reconocer que las prácticas de salud están profundamente enraizadas en los sistemas de creencias, valores y conocimientos tradicionales de las comunidades. Los cuatro capítulos que integran esta sección emplean enfoques cualitativos donde se explora cómo las comunidades construyen, adaptan y transmiten sus prácticas de cuidado en diferentes contextos y situaciones.

El trabajo de Bustamante Llatas y colaboradores abre este apartado con un estudio que examina las medidas preventivas y culturales implementadas por artesanas de algodón nativo frente a la COVID-19 en una zona rural. Esta investigación revela la capacidad de las comunidades rurales para realizar cambios en sus costumbres de higiene personal y desinfección del hogar, seguir las disposiciones de los organismos de salud y ser fieles a sus conocimientos ancestrales y prácticas culturales al mantener el uso de plantas medicinales. El estudio aporta evidencia sobre cómo las prácticas culturales pueden constituir recursos valiosos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, desafiando perspectivas biomédicas que frecuentemente desvalorizan el conocimiento popular.

El segundo capítulo, desarrollado por Carhuatanta Villegas y su equipo, profundiza en las prácticas culturales para el manejo domiciliario de la diarrea infantil. Este estudio permite comprender que las prácticas culturales en el manejo de la diarrea varían según creencias y tradiciones comunitarias transmitidas de sus ancestros. La investigación aporta una perspectiva crítica sobre la necesidad de comprender y dialogar con los conocimientos maternos tradicionales para mejorar la efectividad de las intervenciones de salud infantil.

El tercer capítulo, elaborado por Urquia Lopez y colaboradores, complementa esta perspectiva analizando las prácticas culturales preventivas implementadas por familias campesinas no contagiadas durante la pandemia de COVID-19. Este estudio documenta cómo las familias adecuaron culturalmente las medidas preventivas impartidas por el gobierno peruano ante la COVID-19, el continuar con sus labores y el uso de productos y plantas oriundas y otros productos utilizados comúnmente para prevenir o tratar enfermedades

respiratorias. Los hallazgos sugieren la importancia de reconocer y fortalecer las estrategias comunitarias efectivas de prevención, destacando el valor del conocimiento local en la construcción de respuestas sanitarias adaptadas a contextos específicos en lugar de imponer modelos externos de intervención.

El cuarto capítulo, desarrollado por Vásquez Ventura y su equipo, aborda una problemática contemporánea de gran relevancia: los significados atribuidos al proceso de aculturación del inmigrante hispano. Este estudio explora cómo los procesos migratorios impactan en las concepciones de salud y las prácticas de cuidado, revelando las tensiones entre la preservación cultural y la adaptación a nuevos contextos. La investigación aporta comprensiones valiosas sobre los desafíos del cuidado transcultural y la necesidad de desarrollar competencias culturales en los profesionales de enfermería para diseñar intervenciones de enfermería culturalmente sensibles que promuevan transiciones migratorias saludables.

Apartado II. Fundamentos éticos y bioéticos del cuidado

El segundo apartado aborda los fundamentos éticos y bioéticos que sustentan la práctica de enfermería, fundada en el saber teórico, para ser eficaz en la acción, con uso de metodologías cualitativas para explorar cómo se materializan los principios éticos en la práctica cotidiana del cuidado. Los tres capítulos que conforman esta sección revelan las complejidades y dilemas éticos que enfrentan los profesionales de enfermería en diferentes contextos y situaciones.

El capítulo quinto, desarrollado por Albarrán Casana y Cervera Vallejos, examina las consideraciones bioéticas en el cuidado domiciliario de adultos mayores en un pueblo joven de Chiclayo, Perú. Este estudio revela las tensiones entre los principios bioéticos universales y las realidades locales marcadas por la vulnerabilidad social y la precariedad económica. La investigación nos invita a fortalecer la autonomía de los adultos mayores por lo que es fundamental tomar en cuenta sus opiniones y compartir las decisiones familiares y así evitar el sentimiento de la soledad al interior de su familia.

El sexto capítulo, elaborado por Hidalgo Tapia y Diaz Manchay, profundiza en el consentimiento informado como pilar fundamental del cuidado humanizado durante los primeros mil días de vida. Esta investigación demuestra que los profesionales de enfermería

integran este principio ético en su accionar cotidiano, asegurando que los cuidadores participen de manera activa, informada y voluntaria en las decisiones relacionadas con la salud de sus hijos.

El séptimo capítulo, desarrollado por Vega Chávez y colaboradores, presenta un análisis cualitativo de las percepciones y creencias de estudiantes de enfermería y medicina del noroeste de México sobre el aborto. Este estudio revela la necesidad de formación basada en la ética y la evidencia para garantizar una atención respetuosa y accesible.

Apartado III. Experiencias de cuidado en grupos vulnerables

El tercer apartado se centra en las experiencias de cuidado en grupos vulnerables, reconociendo que ciertos colectivos requieren abordajes específicos debido a sus características particulares y condiciones de vulnerabilidad. Los cuatro capítulos que integran esta sección emplean metodologías cualitativas para explorar las experiencias de diferentes grupos vulnerables y los desafíos específicos que presenta su cuidado.

El capítulo octavo, desarrollado por Vergara Hernández y su equipo, examina las barreras personales en el proceso de enseñanza-aprendizaje del cuidado al adulto mayor desde la perspectiva estudiantil. Este estudio revela las barreras que enfrentan los estudiantes de enfermería al cuidar personas mayores. Los hallazgos aportan elementos valiosos para el diseño de estrategias formativas que aborden no solo los aspectos técnicos sino también las dimensiones emocionales y actitudinales del cuidado geriátrico.

El noveno capítulo, elaborado por Seclen Huaman y colaboradores, aborda una de las situaciones más complejas del cuidado pediátrico: la atención de enfermería al niño con cáncer hospitalizado. Este estudio destaca el rol esencial de la enfermería en la reducción de los efectos adversos del tratamiento oncológico y en la adaptación del niño hospitalizado mediante intervenciones educativas, farmacológicas y lúdicas también, revela la importancia de promover la integración de la familia en el cuidado a fin de favorecer el bienestar integral del paciente pediátrico.

El décimo capítulo, desarrollado por Tapia Lachos y Mogollón Torres, explora las percepciones del equipo de salud sobre los procesos de certificación como establecimiento amigo de la niña y el

niño. Este estudio devela la necesidad de capacitaciones permanentes para estandarizar el conocimiento, lograr la sensibilización y el compromiso del equipo multidisciplinario, ineludibles para afrontar las limitantes y desafíos que implica la certificación

El undécimo capítulo, elaborado por Ayasta Bernabe y Nuñez Odar, complementa esta perspectiva examinando las percepciones maternas sobre el cuidado de enfermería al neonato en un hospital público de Chiclayo. Este estudio aporta la voz de las usuarias sobre la calidad del cuidado neonatal, identificando aspectos valorados por las madres y áreas de oportunidad para el mejoramiento de la práctica profesional.

El duodécimo capítulo, desarrollado por Cienfuegos Huamán y colaboradoras se escribe la comunicación terapéutica y la corporalidad entre la enfermera y el paciente crítico en la praxis del cuidado. El estudio comparte que las estrategias de comunicación más efectivas tanto para los profesionales de enfermería y los pacientes son los gestos, las expresiones faciales, el uso de tablas con letras del abecedario, el apoyo de los familiares para interpretar lo que desean, la tecnología como el celular o una Tablet.

Apartado IV. Experiencias de pacientes frente a la enfermedad

El cuarto apartado se centra en las experiencias de pacientes frente a la enfermedad, reconociendo la importancia de comprender la perspectiva del paciente como elemento fundamental para un cuidado integral y humanizado. Los cuatro capítulos que integran esta sección emplean enfoques cualitativos que priorizan la subjetividad y el mundo vivido de las personas que experimentan procesos de enfermedad crónica.

El decimotercer capítulo desarrollado por Camacho Acevedo y su equipo, presenta un estudio fenomenológico que explora la experiencia vivida del paciente con insuficiencia renal en la atención pública. Utilizando la metáfora poética de “la penumbra de la enfermedad”, esta investigación revela las dimensiones existenciales de vivir con una enfermedad crónica que requiere tratamiento sustitutivo. El estudio aporta comprensiones profundas sobre el impacto biopsicosocial de la insuficiencia renal y las necesidades de cuidado integral de estos pacientes.

El decimocuarto capítulo, elaborado por Deza Gamarra y colaboradores, examina las prácticas de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en un hospital policial peruano. Este estudio permite comprender cómo los pacientes construyen y desarrollan sus estrategias de autocuidado, identificando factores facilitadores y obstaculizadores en el manejo de esta condición crónica. La investigación aporta elementos valiosos para el diseño de intervenciones de enfermería que fortalezcan las capacidades de autocuidado de los pacientes.

El decimoquinto capítulo, elaborado por Pérez Vázquez y colaboradores, comprende el significado de vivir con cáncer de mama de la mujer profesional de enfermería. Este capítulo nos presenta el significado de la profesional de enfermería que vive con cáncer de mama en ese entramado desde su ser y quehacer. Además de compartir el cómo lo afrontan.

El decimosexto capítulo, elaborado por Maas Góngora y colaboradores, comprende las representaciones sociales del cigarro electrónico en jóvenes. Este capítulo nos presenta importante desmitificar la percepción como una opción segura, reafirmar en los jóvenes las consecuencias dañinas y los riesgos sobre la salud para el consumo habitual o esporádico de los cigarros electrónicos.

Esta compilación de estudios cualitativos representa una contribución significativa al desarrollo del conocimiento en enfermería desde una perspectiva epistemológica, donde teoría y práctica vinculan hacia el bien con impresión en la racionalidad que sabe valorar la subjetividad, la cultura y la experiencia vivida como fuentes legítimas de conocimiento. La diversidad metodológica presente en los estudios, que incluye enfoques fenomenológicos, etnográficos, descriptivos, teoría fundamentada y crítico feminista, demuestra la riqueza y versatilidad de la investigación cualitativa para abordar diferentes dimensiones del cuidado.

Los hallazgos presentados en cada capítulo no solo aportan conocimiento específico sobre los fenómenos estudiados, sino que también contribuyen al desarrollo teórico de la disciplina de enfermería al proporcionar evidencia cualitativa que puede informar la práctica clínica, la formación profesional, el actuar ético y las políticas de salud. La metodología cualitativa empleada permite acceder a dimensiones del cuidado frecuentemente invisibilizadas en los enfoques positivistas, revelando en cada acto investigativo la

complejidad y riqueza de las experiencias humanas en contextos de salud y enfermedad.

Esta obra constituye un referente importante para investigadores, profesionales de enfermería, estudiantes y formuladores de políticas interesados en comprender el cuidado desde una perspectiva integral, culturalmente sensible y centrada en las experiencias de las personas. Los estudios presentados abren nuevas líneas de investigación y plantean desafíos éticos para el desarrollo futuro de una enfermería que reconozca la diversidad cultural, las inequidades sociales y la complejidad de las experiencias de salud en el contexto latinoamericano.

ALICIA ALVAREZ AGUIRRE
ROSA JEUNA DIAZ MANCHAY
MARÍA MERCEDES MORENO GONZÁLEZ
MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS
Coordinadoras

Apartado I

Cuidado Cultural y prácticas de salud comunitaria

Capítulo 1

Medidas preventivas y culturales ante la COVID-19 aplicadas por artesanas de algodón nativo en una zona rural

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.01>

JESSICA PAOLA BUSTAMANTE-LLATAS

Licenciada en Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

jessi.bustamantellatas@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8775-6390>

MARIBEL ALBERTINA DÍAZ-VÁSQUEZ*

Doctora en Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

adiaz@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-7950-8805>

* Autora de correspondencia

ROSSE MARIE ESPARZA-HUAMANCHUMO

Doctora en Educación

Universidad San Ignacio de Loyola, Perú

resparza@usil.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-1278-6720>

LISSETH DOLORES RODRÍGUEZ-CRUZ

Doctoranda en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

lrodriguez@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0003-1742-9498>

ANGELICA SOLEDAD VEGA-RAMÍREZ

Doctora en Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

avega@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0001-7877-1436>

ROSA JEUNA DIAZ-MANCHAY

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

rdiaz@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

Resumen

Introducción: Las artesanas de algodón nativo se vieron muy afectadas por la COVID-19, adoptaron medidas de prevención sin dejar de lado su bagaje cultural. **Objetivo:** Describir las medidas preventivas y culturales ante la COVID-19 aplicadas por las artesanas de algodón nativo en una zona rural. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo, descriptivo exploratorio, con la participación de 16 artesanas que trabajan con el algodón nativo y que residen en los centros poblados de Pomac III-Pitipo, Jotoro- Jayanca y La Raya -Túcume de la Región Lambayeque ubicada al norte de la costa peruana. Los datos se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas y fueron procesados mediante el análisis de contenido temático. **Resultados:** Surgieron cuatro categorías: a) Medidas preventivas gubernamentales adoptadas durante la COVID-19, b) Uso de la medicina tradicional, c) Dificultades para cumplir con las medidas preventivas y apoyo gubernamental, d) Aplicación de protocolos de bioseguridad para la venta de artesanías. **Conclusiones:** Las artesanas aplicaron las medidas preventivas ante la COVID-19, evidenciando cambios en sus costumbres de higiene personal y desinfección del hogar, usar mascarilla de tela, mantener la distancia social y cumplir la cuarentena, pero mantuvieron el uso de plantas medicinales. Subsistieron por la agricultura, los bonos del Estado, la capacitación de entidades turísticas y de salud, y se vacunaron para reactivar sus ventas artesanales.

Palabras clave: Prevención de enfermedades; infecciones por coronavirus; cultura; mujeres; turismo.

Introducción

Para evitar el contagio durante la pandemia por COVID-19, fue necesario la adherencia a las recomendaciones sanitarias como el uso de mascarillas, el distanciamiento social, la cuarentena, aplicar alcohol a empaques que transportan alimentos, entre otros aspectos que casi nunca se hacían y que a veces contradecían los hábitos culturales, religiosos, laborales y de ocio (Almeida, Nascimento, Silva, Bello, & Fontes, 2021). Aunque, en las zonas rurales aplicaron las medidas preventivas según sus recursos y contexto cultural.

Así, un estudio en Somalia reveló una baja adherencia a las medidas preventivas frente a la COVID-19 con una tendencia decreciente a lo largo del tiempo (Ahmed, et al., 2020). Asimismo, en Ghana como medida de prevención utilizaron mascarillas de tela, lavado de manos e incrementaron el uso de alcohol y lejía; además, tuvieron la costumbre de bañarse con hojas de nyanya, olieron tabaco, bebieron infusiones de neem, jengibre, ajo y limón (Asare, Onumah, Dick, & Kessie, 2022). También las familias sudafricanas se protegieron acatando las ordenes de su gobierno, junto a sus costumbres usaron infusiones de ajo, jengibre, miel, y limón (Adebiyi, Donga, Omukunyi, & Roman, 2022).

Mientras, Fernandez, et al (2021), concluyeron que los pobladores peruanos cumplieron con la cuarentena, utilizaron mascarilla y guardaron el distanciamiento social, se lavaron las manos con agua y jabón, desinfectaron las superficies de objetos y lugares personales, también emplearon plantas medicinales, para prevenir el coronavirus. Según, Dámaso (2022), en el Perú durante la tercera ola de COVID-19 que inició en enero del 2022, la mayoría de pobladores estaban vacunados, las muertes disminuyeron, y paulatinamente se implementaron protocolos de bioseguridad para la atención al público.

Sin embargo, el sector turístico artesanal fue el más afectado durante las restricciones impuestas por el Estado para frenar esta pandemia, pues se enfrentaron a la falta de acceso a materias primas, la elaboración y venta de sus artesanías, lo que afectó sus ingresos económicos y paralizó la transmisión de estos saberes a su descendencia (Instituto de Estudios Peruanos, (2021). Según, la Mesa de Concertación para la batalla Contra la Pobreza (2020), las artesanas lambayecanas de algodón nativo viven en zonas rurales, y tuvieron que reinventarse, confeccionando mascarillas de tela para su uso y para la comercialización on-line. Asimismo, algunas se beneficiaron con los bonos económicos brindados por el gobierno peruano, y para vender al público cumplieron con la vacunación y aplicaron los protocolos de bioseguridad. Ante ello, surgió el objetivo: Describir las medidas preventivas y culturales ante la COVID-19 aplicadas por las artesanas de algodón nativo en una zona rural de Lambayeque en Perú.

De este modo, el profesional de enfermería debe conocer las creencias y valores en cuanto a la aplicación de las medidas pre-

ventivas durante la COVID-19 en las zonas rurales o vulnerables que tienen de fondo un bagaje cultural, porque el desconocimiento junto con la idiosincrasia cultural de la población, pueden dificultar el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias (Almeida, Nascimento, Silva, Bello, & Fontes, 2021).

Materiales y métodos

Esta investigación fue de tipo cualitativa descriptiva (Grove, Gray, & Burns, 2016), se justificó porque fue un tema poco abordado pero emergente, que permitió comprender qué medidas preventivas aplicaron las artesanas en su hogar y para la venta de sus productos artesanales, qué costumbres tenían para prevenir el coronavirus.

La población, estuvo conformada por 30 artesanas registradas en el Centro de Innovación Tecnológica Turístico Artesanal (Cite Sipán) que trabajan con el algodón nativo y que residen en los centros poblados de Pomac III-Pitipo, Jotoro- Jayanca y La Raya -Túcume de la Región Lambayeque ubicada al norte de la costa peruana. Sus ingresos básicamente son por los productos que elaboran con el algodón nativo que se encuentra en extinción, y es Patrimonio Genético Étnico-Cultural de la Nación (Runcio, & Espinoza 2019).

Se consideró entre los criterios de inclusión: Mujeres oriundas de estos centros poblados, que sean mayores de 18 años, y a la vez que den su consentimiento informado para participar del estudio, y se excluyeron a quienes tenían COVID-19. El muestreo fue por conveniencia; el tamaño de la muestra fue determinada por la técnica de saturación y redundancia, conformada por 16 artesanas.

La recolección de los datos se realizó de mayo a junio del 2022, a través de una entrevista semiestructurada, que contiene datos generales y donde se plasmaron cinco preguntas.

En cuanto al instrumento de recolección de datos fue validado por tres expertos en la temática de estudio y en la investigación cualitativa, cuentan con especialidad de salud familiar y comunitaria, grado de maestría, quince años de experiencia en la docencia universitaria, aportaron sugerencias como mejorar la redacción y ordenar algunas preguntas, lo que permitió que sea entendible para la población estudiada.

Para la ejecución del estudio, se solicitó al Cite Sipán la base de datos de las artesanas de los centros poblados antes mencionados. Posteriormente, la investigadora principal se puso en contacto con las artesanas vía telefónica, les explicó en qué consistía el estudio y acordaron la fecha y hora según la disponibilidad de las artesanas. Las entrevistas se realizaron en los hogares de las artesanas cumpliendo con todos los protocolos de bioseguridad para la COVID-19, firmaron el consentimiento informado, posterior a ello se realizó la entrevista que fue grabada mediante un grabador y duraron entre 20 a 25 minutos, además se le informó que serían grabadas.

Igualmente, se aplicaron los criterios de rigor científico de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Grove, Gray, & Burns, 2016), así, después de transcribir las entrevistas en Word se les envió por WhatsApp a las artesanas para que verifiquen y den conformidad a los discursos transcritos. La información recolectada fue guardada por dos años, pasado este tiempo se eliminó. Se describió las características de las participantes y el escenario, para que otros investigadores puedan replicar el estudio en su contexto.

Por otro lado, los datos se procesaron con el análisis de contenido temático (Díaz, 2018), siguiendo las siguientes fases: a) Pre análisis, se transcribió cada entrevista en un documento Word reproduciendo las grabaciones realizadas, y a su vez se fue identificando los aspectos relevantes al tema de investigación. b) Codificación, se identificó las unidades de análisis en cada párrafo subrayando la idea principal o frases que se consideran significativas, y que se relacionen con el estudio. c) Categorización, se organizaron y clasificaron los códigos obtenidos por criterios de diferenciación (similitudes y diferencias), obteniendo cuatro categorías.

Asimismo, se aplicaron los principios éticos de la investigación (Simón, Viñas & Góngora, 2020), las artesanas decidieron de manera voluntaria participar en este estudio a través del consentimiento informado, además se protegió su identidad mediante códigos con números arábigos correlativos (ART01 hasta ART16). Cabe indicar que no hubo ningún rechazo, todas participaron de manera voluntaria hasta alcanzar la saturación de los datos. Igualmente, se cuenta con la aprobación de un Comité de Ética e Investigación (Nº 247-2021-USAT-FMED).

Resultados

Descripción del escenario cultural

La investigación se desarrolló en las viviendas de las artesanas que están localizadas en zonas rurales, en su mayoría son de material de adobe, divida en cocina, sala, baño, y cuentan con una o dos habitaciones. Algunas han adecuado su casa para su propio taller equipados con máquina de coser, los telares, hilos, etc., donde elaboran sus tejidos de algodón nativo. La agricultura y la artesanía son las principales actividades económicas.

Descripción de las participantes

Las artesanas tenían entre 18 a 68 años de edad, entre uno a cuatro hijos, con estudios primarios completos. Se dedican entre 2 a 4 horas diarias para realizar sus trabajos artesanales, y a la vez a la agricultura familiar. Tienen seguro de salud, a seis les dio COVID-19 en la segunda ola y recibieron tratamiento en casa. Poseen televisor, radio y móvil con lo que se mantienen informadas. Diez recibieron dos dosis y seis tienen tres dosis de vacuna contra la COVID-19, ya sea Pfizer, Sinopharm o AstraZeneca.

Después de procesar los datos, se han seleccionados los discursos más significativos que ilustran cada una de las cuatro categorías detalladas a continuación:

a) Medidas preventivas gubernamentales adoptadas durante la COVID-19: Aislamiento social, uso de mascarilla, distanciamiento y desinfección

Las artesanas manifestaron que cumplieron con las medidas preventivas decretadas por el gobierno peruano desde el inicio de la pandemia por la COVID-19. Indican que cumplieron con el aislamiento social obligatorio (cuarentena), evitaron las reuniones familiares y las conversaciones con sus vecinos. En algunos caseríos cercaron la entrada al pueblo para evitar que ingresen los foráneos. Solo salía un miembro del hogar para hacer compras, usaban mascarilla, alcohol, mantenían el distanciamiento social y cuando re-

gresaban a sus hogares les rociaban alcohol de la cabeza a los pies, se desinfectaban y sacaban los zapatos, mientras otro miembro de la familia desinfectaba las bolsas con alcohol y los alimentos con agua y lejía. Asimismo, limpiaban sus casas todos los días con lejía. Tal como lo detallan en los siguientes discursos:

“Al inicio de la pandemia, cumplimos con la cuarentena para no contagiarnos, no teníamos contacto con los vecinos, no salíamos de casa ...cuando salíamos usábamos mascarilla, nos desinfectábamos con alcohol las manos y cuando regresábamos a la casa desinfectábamos los zapatos en un trapeador con lejía...pasamos trapito con lejía a las cosas que comprábamos y desinfectamos nuestra casa a diario con lejía...”

ART 01

“Tuvimos que encerrarnos, no hablamos con los vecinos ni nos reuníamos con la familia... cuando salíamos a comprar nos poníamos la mascarilla, manteníamos el distanciamiento y usábamos el alcohol, al regresar había en la puerta un trapeador con agua y lejía para limpiar el calzado, nos lavábamos las manos, nos sacábamos la ropa y después entrábamos al ducharnos, lavamos los alimentos con agua y lejía, y desinfectamos la casa con la bomba de fumigar que usamos en la chacra...” ART 06

“En el caserío solo salían o entraban las motos con la gente que vivía acá, pusimos una tranca para que no entrarán los foráneos... no nos juntábamos con los otros caseríos porque se empezaron a juntar en reuniones y murieron bastantes... usamos cal al entrar a la casa para desinfectar los zapatos y dejábamos los zapatos afuera de casa, nos bañábamos y cambiamos de ropa... usábamos lejía para desinfectar la casa...” ART 10

b) Uso de la medicina tradicional para prevenir la COVID-19

Las artesanas indicaron que usaron remedios caseros utilizados para prevenir o tratar las infecciones respiratorias. Así, preparaban macerados (aguardiente con plantas medicinales), infusiones, inhalaciones y gárgaras. Las plantas medicinales que más usaron para prevenir la COVID fueron el matico, el eucalipto, hierba luisa, manzanilla, menta. Asimismo, tenían la costumbre de usar Vicks VapoRub, ajo, cebolla, limón y miel de abeja, y de consumir en sus comidas el kion. Así se evidencia:

“Para prevenir la COVID-19 tomábamos algunas bebidas calientes antes de dormir (ajo, cebolla, kion, matico, eucalipto, hierba luisa, manzanilla) sobre todo en la primera y segunda ola... esos remedios los usamos para las enfermedades respiratorias...” ART 02

“Inhalábamos mático, eucalipto, kion, ajos, y Vicks VapoRub (lo poníamos en una olla y el vapor lo absorbíamos) ... les echaba bastante kion a las comidas ...” ART 06

“Preparábamos infusiones de hierba luisa, kion, cebolla, limón, lo tomábamos todas las noches... también realizábamos inhalaciones con matico, eucalipto y menta por las noches...preparábamos sopa de cuy con kion para mejorar nuestras defensas...” ART 08

“Tomábamos bebidas calientes (hierba luisa con limón) solo en las noches... eucalipto que tenemos aquí en la chacra, lo tomábamos o en inhalaciones, y también para sabumar la casa cada 15 días ... nos fro-tábamos con VapoRub el pecho y la nariz...” ART 13

c) Dificultades para cumplir con las medidas preventivas y apoyo gubernamental ante la COVID-19

Las artesanas durante la pandemia de la COVID-19 experimentaron muchas dificultades por los precios elevados y la escasez de alcohol, la lejía, las mascarillas, optaron por confeccionar sus mascarillas de tela. Además, la cuarentena desencadenó el cierre de sus negocios, afectando su economía, pero subsistieron por la agricultura. En su mayoría, recibieron apoyo del Estado con los bonos Yanapay, quédate en casa, turismo emprende. Además, recibieron capacitación del Cite Sipán para las ventas virtuales y para la reactivación de las ventas con apoyo del personal de salud. Esto se corrobora:

“Hubo un tiempo que se agotó las mascarillas, hicimos mascarilla de tela para vender u para nuestro uso... como no salíamos de casa no había ventas... sobrevivimos por la chacra... recibí \$ 790.00 dólares del bono de Turismo emprende...” ART 01

“Lo difícil es que no salíamos de casa y no realizábamos nuestras labores y eso nos perjudicaba porque no teníamos plata... No había lejía, alcohol y subieron los precios de las mascarillas, por eso hicimos mascarillas de tela... sobrevivimos por la chacra, allí trabaja mi esposo... el gobierno me dio el bono emprende de \$ 790.00 dólares, compré una máquina y material para elaborar mis artesanías” ART 06

“Poco a poco tuve la oportunidad de vender por medio de internet, porque mi hija lo difunde, y realicé envíos a Lima... El Cite Sipán nos capacitó sobre las ventas por internet y por ese medio vendíamos las mascarillas de algodón nativo que elaboramos.....nos dieron el bono de \$ 1560.00 dólares para artesanía del Ministerio de cultura, para invertir en el taller y seguir elaborando nuestra artesanía...” ART 11

“Recibimos capacitación del Cite Sipán con el apoyo del personal de salud (protocolo de bioseguridad, implementación de taller, mejoramiento, proceso y empaques de producto, talleres virtuales para vender nuestro producto vía virtual) ...” ART 12

d) Aplicación de protocolos de bioseguridad para la venta de los productos de algodón nativo

Las artesanas manifestaron que han cumplido con los protocolos de bioseguridad para la producción y ventas de sus artesanías, para ello en su mayoría tenían dos dosis de vacuna Pfizer, Sinopharm, AstraZeneca. Asimismo, se lavaban constantemente las manos, usaban dos mascarillas, mantuvieron el distanciamiento, desinfectaban los productos o superficies con alcohol. Así lo refieren en los siguientes discursos:

“Sigo los protocolos de limpieza, implementos de desinfección, desinfectamos las herramientas que usamos para elaborar las artesanías... para vender nos lavamos las manos, uso doble de mascarilla, distanciamiento, alcohol para desinfectarse las manos o el dinero... tengo dos dosis de Sinopharm...” ART 16

“Pongo un balde agua y jabón para que los turistas se laven las manos, al entrar pulverizar con el alcohol, deben usar mascarilla ... Uso mascarilla, distanciamiento, alcohol y estar vacunados (tengo tres dosis de Pfizer), desinfectó el dinero” ART 09

“Lavarse constantemente las manos, el empaque lo desinfectamos con alcohol... utilizamos las mascarillas al momento de tejer... al momento de vender conservamos la distancia, lavado de manos antes de coger los productos, usar doble mascarilla, tengo dos dosis de AstraZeneca ...” ART 13

“Debemos cumplir con los protocolos, prevenir siempre de cualquier enfermedad y estar preparado... para la venta de productos de algodón nativo usamos doble mascarilla, distanciamiento y la desinfección con alcohol. Tengo mis dos vacunas Pfizer” ART 11

Discusión

En este estudio las artesanas de algodón nativo adoptaron las medidas de prevención impuestas por el Estado ante la COVID-19. En el inicio de la pandemia acataron la cuarentena y permanecieron en sus hogares, aislándose de familiares y amigos, y solo salía un integrante de la familia para ir a comprar artículos de primera necesidad. Estos resultados son similares al estudio de Al-Sabbagh, et al (2022), donde casi el total de jordanos participantes presentaron adherencia a la cuarentena domiciliaria, nunca abandonaron sus hogares o solo salían de sus hogares por necesidades esenciales, lo que demuestra la capacidad de las políticas gubernamentales para abordar posibles barreras.

Además de someterse a la cuarentena, cuando algún miembro de la familia de las artesanas salía de casa, utilizaban mascarilla, alcohol, protector facial y conservaban el distanciamiento social. Resultados semejantes a Fernandez, et al (2021), Aswathy, Wilson, Thodi, & Muhammed (2022), y Nair, Mylath, Jacob, Mehta, Ambily, & Anusree (2022), quienes concluyen que los encuestados utilizaron mascarilla al salir de casa, cubrirse su nariz y boca al estornudar o toser, guardar distancia de los demás en la calle, realizar el lavado de manos con agua y jabón al volver a casa, y desinfectar las superficies de objetos y lugares personales, como medidas de prevención y control frente a la COVID-19.

De este modo las artesanas cumplieron con las medidas de prevención tanto dentro y fuera de su hogar, cambiando algunas costumbres. Esto podría atribuirse a la masiva difusión por los medios de comunicación sobre la obligatoriedad de cumplir con esta medida, unido al miedo que se generaba por las descomunales muertes que ocurrían a diario en el Perú y en el mundo. Cabe indicar que todas las artesanas cuentan con televisión, radio y algunas usan redes sociales.

Una práctica cultural arraigada en las artesanas fue el uso de plantas medicinales para prevenir o tratar infecciones respiratorias como en este caso la COVID-19, básicamente usaron eucalipto, hierba luisa, manzanilla, menta, mático, ajo, cebolla, limón y miel de abeja en preparaciones como macerados, infusiones, inhalaciones. Ellas en sus chacras cultivan estas plantas medicinales que

fueron transmitidas de generación en generación en sus familias. Resultados parecidos al estudio de Córdoba-Tovar, et al (2022), y Villena-Tejada, et al (2021), concluyeron que las plantas de uso común que se usaron durante la mayor parte de la pandemia fueron el ajo, el jengibre, el eucalipto, el limón, la hierba de limón, la manzanilla y la papaya. Las especies de eucalipto, pimienta, bayas, jengibre, ajo, cebolla y limón contienen flavonoides, taninos, ácidos grasos, esteroides, terpenoides y saponinas, tienen potencial para exhibir actividades antivirales al interrumpir la entrada, la replicación, el ensamblaje y las descargas virales (Mlozi, 2022).

No obstante, las artesanas entrevistadas manifestaron que durante la pandemia tuvieron muchas dificultades para aplicar las medidas decretadas por el gobierno peruano. Una de ellas fue la escasez y el precio elevado de las mascarillas quirúrgicas, por ello prefirieron manufacturar sus propias mascarillas. Resultados afines al estudio de Szarpak, Smereka, Filipiak, Ladny, & Jaguszewski (2020), donde indican que el uso de mascarillas de tela producidas en el hogar, ha sido una práctica muy difundida en países donde su uso fue obligatorio, debido a la escasez de mascarillas médicas (Das, Sarkar, Das, Das, Chakraborty, & Sarkar, 2021).

Otra dificultad que tuvieron las artesanas fue la disminución de los ingresos económicos ya que por la cuarentena no pudieron vender sus productos de algodón nativo. Al respecto, Verhoef, Noordhoff, & Sloot (2022), y Santana, Nascimento, & Leite (2022), los gobiernos para reducir la propagación de la pandemia optaron por medidas como el confinamiento donde hubo un cierre temporal de las tiendas físicas para la venta minorista de productos, en especial afectó la producción y venta de productos turísticos como, por ejemplo, la artesanía. Sin embargo, las artesanas subsistieron porque en su familia se dedican también a la agricultura familiar, esos productos son tanto para su consumo como para la venta, ellos viven en un área rural donde es común estas actividades económicas que lo tienen como un legado ancestral.

Por otro lado, durante el tiempo de la emergencia sanitaria el Estado peruano ha proporcionado varios subsidios económicos para contribuir a los individuos y organizaciones dañadas por la cuarentena y la inmovilización social forzosa dictados por la crisis del coronavirus. Al respecto, el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo (2021), impulsó el programa “Somos Artesanía a través del

bono Turismo emprende” con el objetivo de dotar de liquidez a las unidades artesanales y promover su recuperación económica en el contexto de la COVID-19, para el 2022, tuvo previsto un presupuesto de \$ 883392.00 dólares, lo que permite cofinanciar aproximadamente a 333 proyectos a nivel nacional (1,660 artesanos).

Por otro parte, casi el total de artesanas contaban con dos o tres dosis de vacunación contra la COVID-19, esto fue una obligación para reactivar sus negocios de artesanías. Cabe señalar que el estudio se desarrolló en el contexto de la tercera ola, en el 2021, en este contexto las muertes fueron en menor proporción que en la ola anterior, debido al parecer tuvo impacto las campañas de vacunación en todo el Perú, a pesar que algunos tenían miedo por algunos efectos colaterales que se presentaban, pero las artesanas se vacunaron porque era parte del protocolo para la reactivación turística, para ello deberían estar vacunadas así como exigir la presentación del carnet de vacunación a los turistas. Contrario al estudio de Wang, et al (2021), donde en la tercera ola de la COVID-19 los participantes tuvieron menos disposición de aceptar la vacuna contra esta enfermedad que en la primera ola, esto se debe a que las muertes fueron disminuyendo y a pesar de que se le atribuye que la vacunación contribuyó a controlar los nuevos brotes de COVID-19, también hubieron detractores y personas que no se vacunaron o no completaron con el calendario de vacunación, con lo que ponen en riesgo a la población.

Además, en este estudio las artesanas de algodón nativo aplicaron los protocolos para la producción y ventas de sus artesanías, puesto que el Cite Sipán con apoyo del personal de salud las capacitó sobre protocolos de bioseguridad. De modo que se lavaban constantemente las manos, usaban mascarillas, mantenían el distanciamiento de mínimo un metro, desinfectaban los productos o superficies con alcohol. Resultados semejantes al estudio de Lawal, Kareem, & Adebayo, (2022), donde los artesanos cumplieron con las medidas preventivas ante el coronavirus en Nigeria, mantuvieron el distanciamiento social, usaron máscaras faciales y cumplieron con las medidas de higiene personal y en su tienda. Pero, resultados opuestos al estudio de Okueso, Buraimo, & Adekoya (2020), en donde concluyen que los trabajadores del mercado en el estado de Ogun poseían un bajo nivel de adherencia al protocolo contra la COVID-19.

Por otro lado, según Almeida, Nascimento, Silva, Bello, & Fontes (2021), el aspecto cultural es fundamental para la conciencia, la aceptación, la adquisición de conocimientos y prácticas individuales y actitud de la población, ya que puede determinar el comportamiento de salud adecuado y deseado. La enfermería basada en conceptos transculturales puede contribuir de manera eficiente y resolutive a alcanzar los niveles deseados de salud y cumplimiento con los requerimientos sanitarios, así como reducir los niveles de transmisibilidad de la enfermedad como el coronavirus. De este modo, se puede contribuir con capacitaciones para la reactivación turística, especialmente en las artesanas que trabajan en la línea de tejidos en algodón nativo, pues es fundamental que mejoren su condición de vida, reducir las brechas y concientizarse en la prevención, de este modo puedan proteger a su familia y a los turistas.

Una de las limitaciones del estudio es el tamaño de la muestra, por lo que los resultados no pueden ser generalizados. Otra limitación fue solo se ve la perspectiva de las artesanas, y se recomienda para otros estudios incluir al personal de salud de su zona.

Conclusiones

En este estudio, las artesanas aplicaron las medidas preventivas ante la COVID-19, evidenciando cambios en sus prácticas de higiene personal y desinfección en el hogar, usar mascarilla de tela, mantener la distancia social y cumplir la cuarentena, pero mantuvieron el uso de plantas medicinales. Subsistieron por la agricultura, los bonos económicos del Estado, la capacitación de entidades turísticas y de salud, cumplieron con su calendario de vacunación contra el coronavirus y aplicaron los protocolos de bioseguridad para reactivar sus ventas artesanales, así protegieron a su familia, la comunidad y los turistas.

Usaron plantas medicinales para prevenir o tratar algunas molestias leves de la COVID-19, tales como el matico, yerba luisa, eucalipto, cascarilla (obtenida de la corteza del árbol de la quina), yonque, anís, molle, también hicieron uso de productos como la miel de abeja, ajos, cebolla, siendo el kion el producto más usado en su alimentación diaria.

Las artesanas de algodón nativo tienen una sabiduría ancestral en cuanto a la producción de sus artesanías y al cuidado de la salud, hicieron uso de su bagaje cultural para prevenir la COVID-19, aspectos que son importantes comprender para que enfermería logre la competencia de interculturalidad y trabaje de manera mancomunada con un equipo interdisciplinario y articule el área de la salud con el turismo, y se puedan realizar intervenciones para esta población tan vulnerable.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Adebisi, B., Donga, G., Omukunyi, B., & Roman, N. (2022). How South African Families Protected Themselves during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Sustainability*; 14(3):1236. <https://doi.org/10.3390/su14031236>
- Ahmed, M., Siewe, J., Gele, A., Farah, A., Osman, S., Guled, I., et al. (2020). COVID-19 in Somalia: Adherence to preventive measures and evolution of the disease burden. *Pathogens*; 9(9):735. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3390/pathogens9090735>
- Almeida, G., Nascimento, T., Silva, R., Bello, M., & Fontes, C. (2021). Theoretical reflections of Leininger's cross-cultural care in the context of Covid-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 42:e20200209. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200209>
- Al-Sabbagh M, Al-Ani A, Mafrachi B, Siyam A, Isleem U, Massad F, et al. (2022). Predictors of adherence with home quarantine during COVID-19 crisis: the case of health belief model. *Psychol Health Med*; 27(1):215-27. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1871770>

- Asare, P., Onumah, J., Dick, C., & Kessie, K. (2022). Perceptions and Coping Strategies to COVID-19 in a Rural Ghanaian Community. In: Faghih, N., Forouharfar, A. (eds) *Socioeconomic Dynamics of the COVID-19 Crisis*; 403-21. https://doi.org/10.1007/978-3-030-89996-7_18
- Aswathy, S., Wilson, T., Thodi, N., & Muhammed, K. (2022). Quarantine and COVID-19 pandemic: Multidimensional perception of people in quarantine in North Kerala. *J Family Med Prim Care*; 11(7):3491-8. https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2022/07000/Quarantine_and_COVID_19_pandemic__Multidimensional.16.aspx
- Cordoba-Tovar L, Ríos-Geovo V, Largacha-Viveros MF, Salas-Moreno M, Marrugo-Negrete JL, Ramos PA, et al. (2022). Cultural belief and medicinal plants in treating COVID 19 patients of Western Colombia. *Sheng Tai Xue Bao*;42(5):476-84. <https://doi.org/10.1016/j.chnaes.2021.10.011>
- Dámaso, B. (2022). La tercera ola en el Perú. *Revista peruana de investigación en salud*, 6(1):7. <https://doi.org/10.35839/repis.6.1.1341>
- Das, S., Sarkar, S., Das, A., Das, S., Chakraborty, P., & Sarkar, J. (2021). A comprehensive review of various categories of face masks resistant to Covid-19. *Clin Epidemiol Glob Health*; 12:100835. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100835>
- Díaz, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Rev. gen. inf. Doc*, 28(1): 119-42. <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/60813/4564456547606>
- Fernandez, D., Soriano, D., Ccami, F., Rojas, C., Sangster, L., Hernandez, E., et al. (2021). Prácticas de prevención y control frente a la infección por Sars-Cov2 en la población peruana. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(1):13-21. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1149>
- Grove, S., Gray, J & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6rd ed. Barcelona: Elsevier.
- Instituto de Estudios Peruanos. (2021). “Artesanía y turismo: desafíos para el sector por la pandemia del covid-19”, por Manolo Aparicio y Macarena Moscoso. <https://iep.org.pe/noticias/critica-y-debates-artesania-y-turismo-desafios-para-el-sector-por->

- la-pandemia-del-covid-19-por-manolo-aparicio-y-macarena-moscoso/
- Lawal, M., Kareem, A., & Adebayo, D. (2022). Artisans' disposition and adherence to preventive measures of Coronavirus disease in Osun state, Nigeria. En: COVID-19 in the African Continent. *Emerald Publishing Limited*; 95-107. <https://doi.org/10.1108/978-1-80117-686-620221009>
- Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (2020). *Diálogo por la concertación "Impactos de la COVID- 19 en las mujeres de la Región Lambayeque"*. Reporte N°09-2020/COVID-19/MCLCP. 2020. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2020-08-19/sistematizacion-dialogo-por-la-concertacion-impacto-de-la-covid-19-en-las-mujeres-de-la-region-lambayeque.pdf>
- Ministerio de Comercio Exterior y Turismo. (2021). *Mincetur impulsa medidas para reactivar al sector artesanal*. <https://www.gob.pe/institucion/mincetur/noticias/527697-mincetur-impulsa-medidas-para-reactivar-al-sector-artesanal>
- Mlozi, S. (2022). The role of natural products from medicinal plants against COVID-19: traditional medicine practice in Tanzania. *Heliyon*; 8(6):e09739. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844022010271>
- Nair, A., Mylath, R., Jacob, N., Mehta, A., Ambily, A., & Anusree, M. (2022). Perception of the community in Kerala on COVID-19 infection and its preventive measures. *Amrita J Med*; 18(2):56-61. <https://ajmonline.org.in/text.asp?2022/18/2/56/349258>
- Okueso, S., Buraimo, O., & Adekoya, F. (2020). Adherence to COVID-19 protocol: Impact of socioeconomic status of market men and women in Ogun state, Nigeria. *SSRN Electron J*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3753441>
- Runcio M, & Espinoza M. (2019). Desafíos del tejido artesanal de algodón nativo en la región Lambayeque, Perú. *Boletín Antropológico*; 37 (98): 400-20. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/712/71263167003/html/index.html>
- Santana, C., Freitas, I., & Nascimento, M. (2021). Impacto del COVID-19 en los trabajadores de turismo del Geoparque Aspirante Seridó – Brasil'. *Revista Turismo & Cidades*, 3(7), 80–101. <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/turismocidades/article/view/17496>

- Simón, Y., Viñas, E., & Góngora, I. (2020). Ética e investigación científica en enfermería. *Invest. Medicoquir*, 12 (3):1-12. Recuperado de: <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/651ç>
- Szarpak, L., Smereka, J., Filipiak, K., Ladny, J., Jaguszewski, M. (2020). Cloth masks versus medical masks for COVID-19 protection. *Cardiol J*; 27(2):218-9. https://journals.viamedica.pl/cardiology_journal/article/view/CJ.a2020.0054/50906
- Verhoef, P., Noordhoff, C., & Sloom, L. (2022). Reflections and predictions on effects of COVID-19 pandemic on retailing. *J Serv Manag*; 9(1):62. <http://dx.doi.org/10.3390/vaccines9010062>
- Villena-Tejada, M., Vera-Ferchau, I., Cardona-Rivero, A., Zamalloa-Cornejo, R., Quispe-Florez, M., Frisancho-Triveño, Z., et al. (2021). Use of medicinal plants for COVID-19 prevention and respiratory symptom treatment during the pandemic in Cusco, Peru: A cross-sectional survey. *PLoS One*; 16(9):e0257165. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257165>
- Wang, K., Wong, EL-Y., Ho, K-F., Cheung, AW-L, Yau, PS-Y., Dong, D., et al. (2021). Change of willingness to accept COVID-19 vaccine and reasons of vaccine hesitancy of working people at different waves of local epidemic in Hong Kong, China: Repeated cross-sectional surveys. *Vaccines*; 9(1):62. <http://dx.doi.org/10.3390/vaccines9010062>

Capítulo 2

Prácticas culturales en el manejo de la diarrea infantil en el hogar

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.02>

CIELO CARHUATANTA VILLEGAS

Licenciada de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

cielocarhuatanta@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6855-4568>

ANGÉLICA SOLEDAD VEGA RAMÍREZ*

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

avega@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0001-7877-1436>

*Autora de correspondencia

ROSA JEUNA DIAZ-MANCHAY

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

rdiaz@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

FLOR DE MARÍA MOGOLLÓN TORRES

Maestra en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

fmogollón@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2605-546X>

Resumen

Objetivo: Comprender las prácticas culturales en el manejo de la diarrea infantil en el hogar. **Materiales y métodos:** Enfoque cualitativo y diseño etnográfico. La muestra fue de 14 madres determinada por criterios de saturación y redundancia, el muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Los datos se recolectaron mediante la observación participante y la entrevista etnográfica y tratados según el análisis temático de Spradley. Durante toda la investigación se tomaron en cuenta los principios éticos y los criterios de rigor científico para garantizar la calidad científica. **Resultados:** Se obtuvieron dos temas: Prácticas de alimentación ejercidas por las madres para tratar la diarrea en su niño y creencias culturales para tratar la diarrea en el niño. **Conclusiones:** Las prácticas culturales en el manejo de la diarrea varían según creencias y tradiciones comunitarias transmitidas de sus ancestros. Algunos cuidados maternos son esenciales mantenerse, mientras que otros, como la eliminación de lácteos y proteínas, necesitan reestructurarse para mejorar la efectividad del tratamiento.

Palabras clave: Diarrea infantil, Terapéutica, Conducta Materna, Características Culturales y Manejo de la Enfermedad.

Introducción

Las prácticas culturales en la diarrea infantil varían ampliamente, según la región, país o comunidad y es importante destacar que algunas pueden ser beneficiosas, mientras que otras pueden empeorar la situación de salud del niño; por tanto, es fundamental considerar la perspectiva cultural y adecuar las intervenciones sanitarias para que estas sean efectivas y respetuosas, mediante un enfoque intercultural. La región de las Américas es culturalmente diversa y se caracteriza por una riqueza multiétnica (Del Pino & Gómez, 2022). La enfermería no puede permanecer al margen y debe considerar en sus intervenciones, los tratamientos tradicionales, las creencias y prácticas de alimentación e higiene en el contexto del hogar, aspectos esenciales para el desarrollo de la enfermería transcultural (Escobar & Paravic, 2017), la misma que es considerada como el campo formal de estudio y trabajo centrado en los cuidados según

la cultura, las creencias, los valores y las prácticas de salud o enfermedad de las personas, para ayudarles a mantener o recuperar la salud y a afrontar la discapacidad o la muerte (Leininger & McFarland, 2015).

Es importante considerar la relación entre la cultura y las prácticas maternas con respecto al cuidado del niño, ya que esto determinará si la atención prestada es beneficiosa o perjudicial para el grupo familiar; estas prácticas influyen significativamente en la prevalencia de las enfermedades infantiles (Kebede, Berhe, Gebregergs & Marama, 2019), como la enfermedad diarreica aguda (EDA), un problema de salud pública a nivel mundial. Estudios reportados en Pakistán y Etiopía muestran la alta prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años (Kebede, Berhe, Gebregergs & Marama, 2019; Khaliq, Amreen, Jameel & Krauth, 2022).

En Etiopía y Ruanda, el mal manejo de EDA en el hogar fue alta; la mala práctica se asoció con el nivel de conocimiento, la edad de los cuidadores y la accesibilidad al zinc. Además, utilizaron remedios caseros como: té, frutas, bebidas o café endulzados, agua de arroz escurrida o limpia y papillas. Estos estudios muestran la persistencia del uso de remedios caseros para el tratamiento de la diarrea (Kebede, Berhe, Gebregergs & Marama, 2019; Ndayisaba, Uwizeyimana, Tuyisenge & Chironda, 2022). También en Colombia prevalece el uso de remedios caseros y la creencia en causas sobrenaturales y esotéricas como orígenes de diarrea (Abreu, Ochoa, Baracaldo, Robles & Naranjo, 2016).

Estas prácticas culturales sobre el manejo de la diarrea son muy comunes y suelen extender la recuperación del niño; sin embargo, rara vez se tienen en cuenta en la atención médica de rutina, lo que genera actitudes negativas hacia el personal de salud (Nuño, Wallenborn, Mäusezahl, Hartinger & Muela, 2021) y distanciamiento del sistema sanitario. Cabe resaltar que las EDAS son una de las principales causas de muerte en este grupo poblacional (Ministerio de Salud, 2023). En este contexto, esta investigación tuvo como objetivo: Comprender las prácticas culturales en el manejo de la diarrea infantil en el hogar.

Material y métodos

Investigación de tipo cualitativo, con diseño etnográfico (Berenguera et al., 2014; Banda et al., 2021), en una población de madres que asistieron con sus niños menores de 5 años a un Centro de Salud Cerropòn Chiclayo- Perú, por diarrea, con una muestra, de 14 madres (18 - 38 años de edad, con grado de instrucción entre primaria, secundaria completa e incompleta y con uno a cinco hijos). La muestra fue determinada por saturación (Grove, Gray, & Burns, 2016), y el muestreo fue no probabilístico, por conveniencia (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Los criterios de inclusión: Madres cuyos hijos estuvieron cursando episodios de diarrea y acudieron al Centro de Salud, con disposición a participar previo consentimiento informado, o asentimiento informado en menores de edad. Se excluyeron a 5 madres que solo usaron tratamiento convencional y dos que participaron en la prueba piloto.

Se tomaron en cuenta dos escenarios, el primero fue el Centro de Salud Cerropòn del Ministerio de Salud (donde se obtuvo la dirección y teléfono de las madres que cumplieron con los criterios de inclusión). El segundo, los hogares de los niños con diarrea, donde se recolectó información primero mediante la observación participante, y como instrumento, la guía de observación participante, con el diario de campo. También, se empleó la entrevista etnográfica (Berenguera et al., 2014), cuya duración fue en promedio de 15 minutos, y como instrumento la guía de entrevista etnográfica y un dispositivo de grabación de voz. Ambos instrumentos fueron elaborados por los investigadores y evaluados por tres expertos (Galicia, Balderrama & Edel, 2017) esto aumentó la consistencia porque permitió alinear algunas preguntas. También se realizó una prueba piloto (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), con dos madres en el mismo escenario, lo que permitió validar cada instrumento conforme la validación por juicio de expertos.

Se cumplieron los criterios de rigor científico de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Grove, Gray, & Burns, 2016), así, después de transcribir las entrevistas en Word se les envió por WhatsApp a las madres para que den conformidad a los discursos transcritos. Se describió las características de las madres y del escenario cultural para que otros investigadores puedan replicar el

estudio. Y los audios y transcripciones se preservan como evidencia por un periodo de tres años por posibles auditorías, luego serán eliminados.

Con la aprobación del Comité de Ética, se tramitó los permisos respectivos para recolectar los datos. La estrategia de captación de las madres fue con el registro de atención diaria. Se realizaron como mínimo dos visitas a cada hogar de mayo a junio de 2024, con una duración promedio de 3 horas cada una. El análisis de los datos fue, de manera manual, según Spradley (1979): a) El análisis de dominios culturales, se transcribió y analizó los registros etnográficos obtenidos durante la observación y entrevista; b) Análisis taxonómico, buscó la relación de uno o más dominios culturales para comprender el objeto de estudio; c) Análisis de componentes, examinó e interpretó las taxonomías; y d) Análisis de temas permitió conectar varias categorías culturales, similitudes y diferencias entre ellas.

Se respetó los principios de Sgreccia (2015), las madres fueron libres de elegir participar o no en la investigación, firmando el consentimiento o asentimiento informado; se protegió su identidad usando pseudónimos (M001 hasta M014); y se cuenta con la aprobación de un Comité de Ética (N° 174-2023-USAT-FMED).

Resultados

Descripción del escenario cultural

Todos los hogares fueron de material rústico. Las habitaciones están separadas por adobe o triplay, y constan de 4 a 5 habitaciones por familia: sala, cocina y dos o tres dormitorios. Todas las viviendas tienen acceso a agua potable, energía eléctrica y alcantarillado. Pero, en tres hogares el suministro de agua es por horas y se almacena en tinajas. La mayoría son propietarias de sus terrenos. En dos hogares se observó que convivían con los animales que crían, como pollos y mascotas (perros o gatos).

1. Prácticas de alimentación ejercidas por las madres para tratar la diarrea en su niño

1.1. CAMBIOS EN LA DIETA DEL NIÑO PARA TRATAR LA DIARREA

La mayoría de las madres que participaron del estudio, cuando su niño tiene diarrea, optan por hacer cambios en la dieta, evitan alimentos que contienen harinas y condimentos, reducen la cantidad de sal y azúcar, excluyen la leche y el huevo, y evitan preparar frituras; dan alimentos más suaves y de fácil digestión para ayudar en la recuperación del niño durante el episodio de diarrea, ya que muchas madres afirman que algunos alimentos les causan más diarrea o les provocan gases, generando dolor estomacal: “[...] le doy comidas blandas, nada de grasas, nada de frituras, nada que tenga condimentos [...] todo sin azúcar para que vaya limpiando sus estómagos [...]” (M004), “[...] mi suegra me dice que no le de comidas pesadas [...] por ejemplo harinas, pan, huevos; eso no le doy [...]” (M002).

Pero, existe discrepancia entre las madres, en cuanto a las cantidades de comida que consideran apropiadas cuando el niño tiene diarrea. Algunos optan por porciones reducidas, mientras que otras mantienen las raciones habituales, enfocándose en que los niños consuman lo que puedan tolerar: “[...] le sirvo en su plato normal, pero él come lo que su estómago le recibe. Los primeros días, cuando recién está comenzando la fiebre con la diarrea, come muy poco; y cuando está por pasarle, ya tiene hambre”. (M004), “[...] le doy menos comida porque baja su apetito. Entonces le doy hasta donde ella pueda, ya no le exijo tampoco porque ella me come bastante, pero cuando ella está enfermita ya no [...]” (M003).

Estos discursos se corroboraron con la **Nota de Campo**: Ya anocheciendo, la madre le calentó la sopa que quedó en el almuerzo, le lavó las manos a su niña y le dio de comer unas 5 cucharadas y ya no quiso comer más. Luego le lavó sus manos, carita con agua y jabón y la arropo bien para que duerma. (M003).

1.2. COMIDAS CASERAS QUE LA MADRE LE BRINDA AL NIÑO CON DIARREA

Los hallazgos evidencian que al abordar la diarrea en sus niños, las madres basadas en sus costumbres tradicionales, suelen cambiar la

alimentación del niño, por una más ligera, con predominio de las sopas de pollo con verduras, aguadito, sopa de menudencia, papas sancochadas con pollo a la plancha, mazamorra de maicena con leche o membrillo: “[...] le doy papas sancochadas con pollito, pero no frito, sino a la plancha y sus infusiones nada más [...]” (M002), “[...] le doy sopitas de pollo con fideo, aguadito con alverjitas, cosas blandas, arrozito, alverjita y pollito nada más [...]” (M004), “[...] le doy sopita de cabello de ángel, sopita de sémola, de pollito, de zanahoria con apio, verduritas; puré, pero sin mantequilla y sin leche. [...]” (M008), “[...] le hago mazamorrита, maicena con leche, de membrillo [...] le doy todas las tardes, o algunas veces, cuando está así malito, le doy en las mañanas también. También le preparo sopita de cabello de ángel, de papa amarilla, y al último, le echo brócoli e hígado [...]” (M009).

Estos discursos se corroboraron con la **Nota de Campo**: *Coloca tres tazas de agua a hervir, lava y pela las papas amarillas, lava el pollo en un recipiente tres veces y lo agrega a la olla con media cucharadita de sal, las papas y el fideo; lo deja hervir por 15 minutos. Luego, le sirve el almuerzo a su hija. Después, trae a su niño, le lava las manos con agua y jabón; y le sirve un plato mediano de sopa y se sienta a su lado para que coma. (M0014).*

2. Creencias culturales para tratar la diarrea en el niño

2.1. CREENCIAS O COSTUMBRES DE LA MADRE O FAMILIAR PARA EL MANEJO DE LA DIARREA EN EL NIÑO

Las madres Chiclayanas cuando su niño tiene diarrea optan por la práctica de creencias y costumbres arraigadas en su cultura, como darle panetela, anís, manzanilla, menta, té con pepa de palta o hierba luisa. Algunos de ellos brindados para relajar e hidratar otros para detener la diarrea. Asimismo, es común que las madres apliquen trapitos calientes en la barriga del niño para aliviar el dolor abdominal: “[...] le doy infusiones como la menta o anís [...] la menta le ayuda a reducir el dolor y cortar la diarrea, el anís lo hidrata, lo relaja, hace que se sienta mejor y más tranquilo [...]” (M002), “[...] le doy infusiones como anís, manzanilla, panetela y hierba luisa, por medias tacitas, tres veces al día, como agüita de tiempo [...]” (M004), “[...] utilizo el té con pepa de palta hervido y le doy unas dos a tres cucharadas nada más [...]” (M0012).

Estos discursos se corroboraron con la *Nota de Campo*: *La madre prepara panetela, primero se lava las manos con agua y jabón. Luego, saca agua de un tanque cerca de la cocina, tienen agua por horas y necesitan ahorrarla. Después, saca un puñado de arroz de un saco y lo coloca en una sartén hasta que se dore, aproximadamente 5 minutos. Durante esos minutos, lava una zanahoria, la pela y la corta por la mitad y en una olla pequeña, vierte una taza de agua, añade el arroz y la zanahoria, lo deja cocinar durante unos 15 minutos. Después, lo cuele y le da solo el jugo en su biberón, llenándolo hasta la mitad (5 onzas). (M001).*

2.2 FUENTES DE APRENDIZAJE DE LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES PARA TRATAR LA DIARREA

Las madres aprenden diversas maneras de tratar la diarrea, a través de la experiencia propia y la transmisión de conocimientos por interacción con otras personas del entorno familiar. Algunas madres reciben consejos prácticos de su suegra, como no dar alimentos pesados y reducir la comida, además de darle masajes en la barriguita del niño. Así también, la mamá y la abuela aconsejan poner trapos calientes en la barriguita del niño para aliviar el dolor. Estas prácticas reflejan la importancia de la sabiduría ancestral: “[...]le pido consejos a mi suegra y ella me dice que no le dé cosas pesadas ni nada, y le reduzca su comida, que lo bañe con agua tibia y le de masajes a su barriguita [...]” (M002), “[...]a mi mamá y a mi abuela le pido ayuda, me dan consejos, que le ponga trapos calientes en su barriguita para que le pase el dolor [...]” (M003).

Estos discursos se corroboraron con la *Nota de Campo*: *Niño lloroso e inquieto, la madre llama a su suegra que vive a su lado y le dice que el niño llora mucho, su suegra le dice que le de masajes su barriga suavemente de arriba hacia abajo. La madre le levanta su polo y le frota suavemente unas 3 veces a los costados y en medio, por aproximadamente media hora, hasta que se quedó dormido (M002).*

Discusión

En este estudio se encontró que la mayoría de las madres eligen modificar la dieta habitual de sus hijos cuando estos sufren de

diarrea, suelen evitar alimentos que contengan harinas, reducir la cantidad de sal y azúcar, eliminar los lácteos como la leche, las proteínas como el huevo, y abstenerse de preparar alimentos fritos y condimentados. Un estudio llevado a cabo en Nigeria por Ogunbiyi y Akinyele (2010) destaca que la mayoría de las madres tienden a modificar la dieta habitual de sus hijos durante la EDA, comúnmente eliminando los alimentos sólidos como frutas, verduras, productos cárnicos, frijoles y bebidas. Guarda similitud con el trabajo de Ekanem (1990) quien encontró que las madres también ajustaban la dieta de sus hijos durante la EDA. La mayoría limitaba el consumo de azúcar y reducía la ingesta de pan y arroz. En cuanto a los alimentos proteicos, la mayoría de las madres limitaba el consumo de frijoles y fórmula láctea; además, restringía el consumo de bebidas, frutas y verduras.

Según lo citado por Figueroa, Vásquez, Noguera y Villalobos (2014), la lactosa es crucial para el desarrollo infantil, ya que proporciona calorías y facilita la absorción de minerales como calcio, magnesio y manganeso. Su fermentación en el intestino genera ácidos grasos volátiles que aportan energía al colon. Son importantes las proteínas de alta calidad y evitar endulzar las bebidas con azúcar, miel o panela ayuda a prevenir problemas intestinales. Por tanto, es vital ajustar la dieta de niños con diarrea para garantizar la ingesta de nutrientes sin empeorar los síntomas, asegurando una adecuada alimentación.

Los hallazgos muestran que las madres ajustan la dieta de sus hijos durante la EDA, reflejando la influencia cultural en el cuidado materno, ajuste que busca una recuperación rápida; aunque se recomienda mantener la reducción de consumo de azúcar y reestructurar la costumbre de eliminar alimentos como lácteos y huevo, ya que no existe evidencia científica que contraindique su consumo durante la EDA. Mantener un equilibrio nutricional es esencial para la recuperación infantil. Leininger (Leininger & McFarland, 2015) aboga por un enfoque equilibrado que reconozca la importancia de preservar los cuidados culturales positivos, mientras que también reconoce la necesidad de negociar o reestructurar algunos de estos cuidados para adaptarse mejor a las necesidades de salud actuales y promover un cuidado de salud efectivo. Por ello, se sugiere que el profesional de Enfermería brinde educación a las madres Chiclaya-

nas sobre una alimentación balanceada que considere tanto las prácticas culturales, como las necesidades nutricionales de los niños.

Las preferencias alimentarias de las madres Chiclayanas, en las comidas caseras, variaron según la cultura y las tradiciones familiares. Resaltan ciertos platos como, sopa de pollo con verduras, aguadito, sopa de menudencia, papas sancochadas con pollo a la plancha, mazamorra de maicena con leche o membrillo. En relación a este hallazgo, el estudio de Yüksel, Palloş y Özkaya (2022) revela que las prácticas tradicionales preferidas por las madres para tratar la EDA en sus hijos incluyen la alimentación con plátano, puré de patatas sin grasa y papilla de arroz. Asimismo, la investigación llevada a cabo por Aftab et al. (2018) destaca que la mayoría de los cuidadores dijeron que optan por una dieta blanda de arroz, yogur y plátanos junto con SRO.

Al respecto, el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja (2022) recomienda una alimentación continua para favorecer la recuperación intestinal y mejorar la absorción de nutrientes. Por tanto, se sugiere incluir alimentos ricos en carbohidratos complejos como yuca, plátano, papa o maíz, junto con carnes magras, pescado, huevos, yogur, frutas y verduras. Se advierte disminuir el consumo de alimentos grasos, y se desaconsejan dietas restrictivas centradas en alimentos astringentes como membrillo, manzana o té, así como dietas bajas en grasas para niños con EDA.

Ambos estudios destacan que las madres ofrecen una variedad de comidas caseras a sus hijos, considerando esta práctica como una expresión de cuidado y amor. Durante episodios de diarrea, esta conexión se vuelve aún más importante, ya que las comidas caseras ofrecen una opción delicada y personalizada, que refleja la atención materna a sus necesidades de salud. Evitar aditivos irritantes y promover la hidratación a través de caldos caseros resalta la sabiduría tradicional transmitida de madre a madre para mantener la salud familiar. Esta transmisión de conocimientos y prácticas entre generaciones también es un aspecto relevante en la teoría de Leininger (2015) que enfatiza la importancia de preservar y respetar los cuidados culturales. Por lo tanto, la elección de mantener las comidas caseras para el cuidado del niño en el contexto de la diarrea infantil es un ejemplo concreto de cómo las prácticas de cuidado están influenciadas por la cultura y cómo estas prácticas culturales pueden adaptarse para abordar sus necesidades de salud.

Las madres cuando notan que sus niños tienen diarrea, recurren a prácticas como el uso de panetela de arroz, anís, manzanilla, menta, té con pepa de palta o hierba luisa; algunos usados para relajar e hidratar, mientras que otros se utilizan para cesar la diarrea. El estudio de Husain-Talero (2021) refleja que la caléndula, la yerbabuena y la manzanilla son plantas aromáticas empleadas para aliviar malestares en los niños, incluyendo la fiebre, el dolor de estómago, dolor de cabeza y en heridas o raspones. Similarmente, el estudio de Chulle y Santos (2019) destaca que las madres emplearon agua de panetela, suero casero, manzanilla y anís para tratar la EDA. Además, el estudio llevado a cabo por Thiam, Sy, Schindler, Niang-Diène et al. (2019), muestra que un porcentaje de madres utilizó medicinas tradicionales a base de plantas en sus niños para manejar la EDA, como extractos de hojas, tallos y raíces.

Los estudios experimentales realizados con extractos y principios activos aislados de menta verde han revelado diversas actividades farmacológicas. Entre estas, se destacan los efectos espasmolíticos y relajantes de la musculatura lisa en el tracto digestivo, las propiedades coleréticas y carminativas, la actividad descongestionante y expectorante, así como sus propiedades antioxidantes y antimicrobianas (Hernández-Agero & Carretero, 2019). De manera similar, la manzanilla cuenta con una amplia gama de propiedades, que incluyen ser antiinflamatoria, espasmolítica, antiulcerosa, carminativa, digestiva, bactericida, fungicida y sedante suave (Meza & Dicoyskiy, 2020). Así también, la semilla del aguacate presenta diversas actividades biológicas, como antimicrobiana y antiinflamatoria (Zaldivar-Ortega, et al., 2023).

Estos descubrimientos permiten apreciar la riqueza del conocimiento tradicional y su entorno natural. En lo que respecta a la menta, la manzanilla y la pepa de palta, sus propiedades beneficiosas son evidentes. Por tanto, es importante que las madres mantengan el uso de estas plantas medicinales. No obstante, es fundamental recordar que, ante cualquier signo de alarma durante la EDA, se debe buscar atención médica de manera inmediatamente.

Algunas madres manifestaron que pidieron ayuda a su suegra quienes les brindaron consejos prácticos, como no dar alimentos pesados o de difícil digestión y reducir la cantidad de comida, además de aconsejarles dar masajes en la barriguita del niño. Además, agregaron que la mamá y la abuela, son quienes ofrecen ayuda y

consejos basados en las costumbres, como colocar “compresas calientes” en la barriguita del niño para aliviar el dolor. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Gallardo-Lizarazo (2015), quien destaca que la mayoría de las madres expresaron haber aprendido cómo manejar la diarrea de sus niños a través de familiares como la madre, abuela o tía. De manera similar, en el estudio de Del Toro-Rubio, Barrios-Puerta y Borré-Ortiz (2022), las madres confían en las enseñanzas de sus madres y abuelas, considerándolas más experimentadas por ser quienes las criaron. Asimismo, el estudio de Chulle y Santos (2019) reveló que las madres, especialmente las primerizas, adquieren conocimientos sobre el cuidado del niño a través de las enseñanzas de abuelas, madres, suegras, tías, amigas y vecinas.

Estas enseñanzas transmitidas de generación en generación no solo ofrecen un enfoque práctico para el cuidado del niño con EDA, sino que también refuerzan los vínculos familiares. Sin embargo, muchas de ellas, pueden estar basadas en mitos, supersticiones o información errónea. En algunos casos, estas creencias culturales pueden incluso interferir con el acceso a la atención médica oportuna, retrasando o impidiendo el tratamiento necesario para el niño (Roldan-Tabares, Hernández-Martínez, Cuartas-Agudelo, Herrera-Almanza & Martínez-Sánchez, 2021). En consecuencia, es fundamental promover educación en salud, el acceso equitativo a servicios de atención médica y la colaboración entre profesionales de la salud y líderes comunitarios para brindar un cuidado integral y culturalmente sensible.

Conclusiones

Las prácticas culturales relacionadas con el tratamiento de la diarrea son variadas y se basan en creencias, valores y tradiciones de la comunidad Chiclayana. Entre las estrategias de tratamiento observadas en el cuidado brindado por las madres, se encontraron ajustes en la dieta del niño, el uso de plantas medicinales, prácticas de higiene y la transmisión de saberes sobre prácticas tradicionales en el seno familiar. Algunos cuidados, como la reducción de azúcar, la preparación de comidas caseras y el lavado frecuente de manos, así como la higiene en el hogar y el uso de plantas como el anís, la

manzanilla o la menta, son esenciales y deben mantenerse, porque ayudan a mantener la hidratación del niño y evitan sus complicaciones; Sin embargo, otras prácticas necesitan ser reestructuradas, como la eliminación de lácteos y proteínas como el huevo de la dieta del niño y algunos consejos transmitidos por familiares cercanos o conocidos que están basados en mitos o supersticiones. Esto implica adaptar o modificar estas prácticas que son culturalmente relevantes, pero que también deben ser seguras y efectivas para la salud del niño.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Abreu, P., Ochoa, M., Baracaldo, H., Robles, M., Angie, S., & Naranjo A. (2017) Conocimientos, actitudes y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga. Estudio observacional analítico, 2014 - 2015. *Medicas UIS*;30(1):21-33. Recuperado de: <https://doi.org/10.18273/revmed.v30n1-2017002>
- Aftab, W., Shipton, L., Rabbani, F., Sangrasi, K., Perveen, S., Zahidie, A., Naeem, I., Qazi, S. (2018). Exploring health care seeking knowledge, perceptions and practices for childhood diarrhea and pneumonia and their context in a rural Pakistani community. *BMC Health Serv Res*, 18: 44. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2845-z>
- Banda, P., Hernández, P., Negrete, V., Caviedes, G. (2021). La etnografía: importancia, relevancia y aportaciones para el cuidado de enfermería. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 8(2), 106-116. Recuperado de: <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i2.687>

- Berenguera, A., Fernández, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., Saura, S. (2014) *Escuchar, observar y comprender: Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Chulle, L., Santos, F. (2019). Saberes maternos en el cuidado del niño: Un estudio desde las representaciones sociales. *Revista Enfermería Herediana*, 11:27-4. Recuperado de: <https://doi.org/10.20453/renh.v11i1.3522>
- Del Pino, S. & Gómez, S. (2022). Construyendo salud intercultural en América Latina. Avanzando hacia la equidad. *Revista Electrónica Iberoamericana*, 16 (2), 123-144. Recuperado de: <https://doi.org/10.20318/reib.2022.7393>
- Del Toro-Rubio, M., Barrios-Puerta, Z., Borré-Ortiz, Y. (2022). Creencias y prácticas culturales de madres adolescentes en el cuidado de sus hijos menores de 5 años. *Enferm. glob.*, 21(67): 221-249. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.507631>
- Ekanem, E.E. (1990). Child feeding by Nigerian mothers during acute diarrhoeal illness. *JR Soc Health*, 110(5):164-5. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1177/146642409011000506>
- Escobar, B. y Paravic-Klijn, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y enfermería. *Enfermería actual de Costa Rica*, (33). Recuperado de: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i33.29627>
- Figuroa, O., Vásquez, M., Noguera, D., Villalobos, D. (2014). Alimentación del paciente con diarrea aguda. *Arch Venez Puer Ped*, 77(1): 41-47. Recuperado de: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-064920140001000008&lng=es
- Gallardo-Lizarazo, M. (2015). Conductas, actitudes y prácticas de la madre o cuidador en el manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. *Rev. cienc. Ciudad*, 12(2):39-56. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.508>
- Galicia, L., Balderrama, J., Edel, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apert. (Guadalaj., Jal.)*, 9(2):42-53. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>

- Grove, S., Gray, J & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6rd ed. Barcelona: Elsevier.
- Hernández-Agero, T. & Carretero, A.M. (2019). Mentas. Panorama actual del medicamento, 43(429):1459-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7241437>
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Editorial Mc Graw Hill Education.
- Husain-Talero, S. (2021). Transmisión del conocimiento etnobotánico en una comunidad campesina de los Andes colombianos. *Revista Colombiana de Educación*, 7(83):1-18. Recuperado de: <https://doi.org/10.17227/rce.num83-11144>
- Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja. (2022). *Guía técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico*. Recuperado el 14 de julio de 2025 de: Resolución Directoral N.º 000101-2022-DG-INSNSB - Normas y documentos legales - Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja - Plataforma del Estado Peruano
- Kebede, F., Berhe, G., Gebregergs, GB. y Marama, M. (2019). Assessment of Poor Home Management Practice of Diarrhea and Associated Factors among Caregivers of Under-Five Years Children in Urban and Rural Residents of Doba Woreda, Ethiopia: Comparative Cross-Sectional Study. *Revista Internacional de Pediatría*, 2019, 1-12. Recuperado de: <https://doi.org/10.1155/2019/8345245>
- Khaliq, A., Amreen, Jameel, N. y Krauth, SJ. (2022). Knowledge and Practices on the Prevention and Management of Diarrhea in Children Under-2 Years Among Women Dwelling in Urban Slums of Karachi, Pakistán. *Maternal and Child Health Journal*, 26 (7), 1442-1452. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03391-9>
- Leininger M, McFarland M. (2015). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Tercera Edición. NY: Jones & Bartlett Learning.
- Meza, P. & Dicovski, R. (2020). Uso potencial de la manzanilla matricaria chamomilla L. y experiencias en Nicaragua. *Revista*

- Ciencia Y Tecnología El Higo*, 10(1):1-8. Recuperado de: <https://www.camjol.info/index.php/elhigo/article/view/9927>
- Ministerio de Salud (2023). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Recuperado el 14 de julio de 2025 de: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202343_24_103342.pdf
- Ndayisaba, A., Uwizeyimana, A., Tuyisenge, M.J. y Chironda, G. (2022). Knowledge and practices of mothers on home management of diarrhoea in under-fives children at selected primary health care Centre, Rwanda: A descriptive cross-sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 17 (100508). Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100508>
- Nuño Martínez, N., Wallenborn, J., Mäusezahl, D., Hartinger, SM, & Muela Ribera, J. (2021). Socio-cultural factors for breastfeeding cessation and their relationship with child diarrhoea in the rural high-altitude Peruvian Andes – a qualitative study. *Int J Equity Health*, 20 (1):165. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01505-3>
- Ogunbiyi, B.O., Akinyele, I.O. (2010). Knowledge and belief of nursing mothers on nutritional management of acute diarrhoea in infants, Ibadan, Nigeria. *Afr J Food Agric Nutr Dev*, 10(3). Recuperado de: <https://revista-asyd.org/index.php/asyd/article/view/1399/606>
- Roldan-Tabares, M., Hernández-Martínez, A., Cuartas-Agudelo, Y., Herrera-Almanza, L., Martínez-Sánchez, L. (2021). Etnoeducación: educación para la salud desde la diversidad cultural. *MedUNAB*, 24(1):80-91. Disponible en: <https://doi.org/10.29375/01237047.3899>
- Spradley, J. (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Sgreccia, E. (2015). *Manual de bioética I: Fundamentos y ética biomédica*. Biblioteca de Autores Cristianos.
- Thiam, S., Sy, I., Schindler, C., Niang-Diène, A., Faye, O., Utzinger, J., et al. (2019). Knowledge and practices of mothers and caregivers on diarrhoeal management among under 5-year-old children in a medium-size town of Senegal. *Acta Trop*, 194:155–64. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.actatropica.2019.03.013>

- Yüksel, K., Palloş, A., Özkaya, G. (2022). Examining knowledge and traditional practices of mothers with children under five in Turkey on diarrhoea according to education levels. *Ann Med*, 54(1):674–82. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2044508>
- Zaldivar-Ortega, A.K., Barrera-Jiménez, J.A., Cenobio-Galindo, A. de J., Pérez-Soto, E., Franco-Fernández, M.J., Campos-Montiel, R.G. (2023). Potencial uso de la cáscara y semilla de aguacate como fuente de compuestos bioactivos con actividades funcionales para un desarrollo sustentable. *ICAP*, 9(18):30-3. Recuperado de: <https://doi.org/10.5377/elhigo.v10i1.9927>

Capítulo 3

Prácticas culturales para prevenir la COVID-19 en familias campesinas no contagiadas

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.03>

AYDEE CINTHYA URQUIA LOPEZ

Licenciada en Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

cinthya.urquia255@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-0346-8415>

ROSA JEUNA DIAZ MANCHAY

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

rdiaz@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

ANGELICA SOLEDAD VEGA RAMÍREZ

Magister en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

avega@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0001-7877-1436>

FLOR DE MARÍA MOGOLLÓN TORRES

Magister en ciencias de enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

fmogollón@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2605-546X>

SONIA CELEDONIA HUYHUA GUTIERRE

Maestra en Gerencia y Gestión de los Servicios de Salud

Instituto de Investigación en Salud Integral Intercultural y de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Perú

sonia.huyhua@untrm.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0003-4823-2778>

SONIA TEJADA-MUÑOZ*

Doctora en Ciencias de Enfermería

Instituto de Investigación en Salud Integral Intercultural y de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Perú

sonia.tejada@untrm.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-1181-8540>

**Autora de correspondencia*

Resumen

Introducción: Durante la pandemia por COVID-19 algunas comunidades campesinas aplicaron sus conocimientos ancestrales para prevenir esta enfermedad. **Objetivo:** Describir las prácticas culturales para prevenir la COVID-19 en familias campesinas no contagiadas. **Materiales y métodos:** Investigación cualitativa, participaron 13 madres de familia que viven en una comunidad campesina de Chachapoyas en Perú. Para recolectar la información se usó una guía de entrevista semiestructurada. Los datos se procesaron mediante el análisis de contenido. **Resultados:** a) Aislamiento social y apoyo de las rondas campesinas, b) Cambios de hábitos de higiene: Lavado de manos, desinfección del hogar, y uso de mascarilla, c) Costumbres alimentarias: uso de productos agrícolas y crianza de animales, d) Uso de medicina ancestral de la zona. **Conclusiones:** Las familias adecuaron culturalmente las medidas preventivas impartidas por el gobierno peruano ante la COVID-19, incrementaron el lavado de manos y la desinfección del hogar, y usaron mascarilla de tela. Recibieron apoyo de las rondas campesinas para cumplir con el confinamiento y evitar el ingreso de forasteros a su comunidad, continuaron con sus labores agrícolas y la crianza de animales básicamente para su consumo y prevaleció el uso de plantas oriundas como la quina, matico, eucalipto, yerba luisa, manzanilla, menta, ciprés, muña, y otros productos como la miel de abeja, kion, ajo, cebolla, utilizados comúnmente para prevenir o tratar enfermedades respiratorias. Estas madres tienen una sabiduría ancestral en cuanto al cuidado de la salud, aspectos que son importantes comprender para que los profesionales de la salud logren la competencia cultural.

Palabras clave: Prevención de enfermedades; Infecciones por Coronavirus; Características culturales; Población rural.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2022), recomendó desde que inició la pandemia por la COVID-19 aplicar como medidas preventivas: el distanciamiento físico por lo menos de un metro de distancia, utilizar mascarillas, realizar frecuentemente el lavado de

manos con agua y jabón o utilizar un antiséptico, en el momento de estornudar o toser cubrirse la boca y nariz con el ante brazo o con ayuda de un pañuelo desechable, y vacunarse. Estas medidas fueron implementadas por los gobiernos para que de manera obligatoria todas las personas las cumplan.

Estas medidas preventivas fueron adoptadas por las familias que viven en zonas rurales. Así, según, Adebisi, Donga, Omukunyi, & Roman (2022), y Asare, Adwoa, Dick, & Obeng (2022) las familias sudafricanas aplicaron las medidas instituidas por su gobierno para frenar la propagación del coronavirus, como quedarse en casa, mantener el distanciamiento social, utilizar mascarillas, el lavado de manos y la aplicación de desinfectantes como el alcohol y la lejía; además, emplearon medidas tradicionales como el bañarse con hojas de nyanya, oler tabaco, beber una mezcla de jengibre, ajo y limón, etc. Similar a lo reportado en un estudio en Perú, donde las familias han cambiado algunas costumbres, aumentaron la frecuencia del lavado de manos y la higiene del hogar, evitaron salir de casa, aplicaron el distanciamiento social y el uso de mascarillas de tela, usaron plantas medicinales comúnmente usadas para prevenir o tratar enfermedades respiratorias, como, manzanilla, hierba luisa, limón, kion, cebolla, y eucalipto (Ascorbe, Díaz Manchay, Vega, Rodríguez, Mogollón, & Constantino, 2023).

Las familias campesinas tienen características culturales propias, viven en zonas rurales, trabajan la tierra e interactúan con la flora y la fauna como parte de su vida diaria para subsistir, pero a veces viven en condiciones socioeconómicas precarias y tienen difícil accesibilidad a los servicios de salud (Alves, Siles, Solano & Heck, 2020). Ante ello, las madres campesinas, asumen el rol de cuidar la salud de sus familias, cultivan hortalizas en sus huertas para su propia alimentación y la venta de algunos productos, recurren a la medicina ancestral y utilizan plantas medicinales como el matico, hierba luisa, manzanilla, eucalipto, ajo, cebolla, jengibre, etc., para protegerse y curar los síntomas del coronavirus (Organización nacional de mujeres indígenas andinas y amazónicas del Perú, 2020).

A lo largo de la historia, los seres humanos cuentan con un legado de creencias y prácticas de cuidado de la salud que son heredadas de generaciones que les precedieron y que ellos a su vez usarán, adaptarán, desarrollarán y transmitirán a la generación venidera (Melguizo, & Álzate, 2008). Esta herencia cultural merece

ser objeto de estudio y consideración por parte de los profesionales de la salud, para no caer en choques culturales y no desaprovechar los saberes populares desarrollados en el tiempo.

Por ello, es necesario enfatizar en las prácticas culturales, que han sido utilizadas por las madres campesinas en tiempos de la COVID-19, aspectos poco estudiados desde un enfoque cualitativo. Asimismo, llamó la atención que, en la comunidad campesina de Huancas de la ciudad de Chachapoyas, solo se registró 4 fallecidos en el 2020, ningún fallecido en el 2021 y 2022, y solo tres casos confirmados por coronavirus en el 2022 (Gobierno Regional de Amazonas, 2022); situación que podría deberse a que los pobladores cumplieron con las medidas de prevención impuestas por el gobierno peruano, además de sus prácticas culturales ancestrales.

Por todo lo indicado anteriormente, se tuvo como objetivo describir las prácticas culturales para prevenir la COVID-19 en familias campesinas no contagiadas.

Metodología

Estudio de tipo cualitativo, descriptivo, exploratorio (Grove, Gray & Burns, 2016), permitió describir las prácticas culturales para prevenir la COVID-19 en las madres de la Comunidad Campesina de Huancas- Provincia de Chachapoyas, departamento de Amazonas en el nororiente de Perú. Comunidad conformada por 56 familias. Estos pobladores, se autodenominan huanquinos, son descendientes de una raza indómita y guerrera, traídos hasta esta zona desde el centro de Perú hace casi 500 años por los incas. Esta comunidad fue declarada Patrimonio Cultural de la Nación por el Ministerio de Cultura. Fue una de las zonas menos afectadas por contagios de la COVID-19, con una mínima tasa de mortalidad y letalidad.

La población estuvo conformada por las madres de la comunidad campesina de Huancas, por ser ellas quienes se dedican a cuidar a su familia. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: que sean oriundas de dicha comunidad, tener la mayoría de edad, que ningún miembro de su familia haya sido infectado por el coronavirus, y que cuenten con un teléfono celular. Se excluyó a las madres de familia que no desearon participar en la investigación.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, y el tamaño de la muestra fue determinada por los criterios de saturación y redundancia, es decir, que se finalizaron las entrevistas cuando ya no se encontraron datos nuevos, logrando la participación de 13 madres de familia.

La recolección de datos se realizó del 07 de setiembre al 06 de octubre del 2022 a través de una guía de entrevista semiestructurada que fue elaborado por la investigadora principal y validada por tres jueces expertos, con estudios de maestría y de especialidad en salud familiar y comunitaria, con experiencia en docencia y en investigación cualitativa. El instrumento contiene datos generales y preguntas abiertas relacionadas al tema. ¿Cuénteme, que hicieron en su familia para no contagiarse de la COVID-19?, ¿Cuáles fueron las medidas de protección que practicaron en su familia para no contagiarse de la COVID-19, y qué dificultades tuvieron?, ¿Qué cambios tuvieron en su alimentación para prevenir la COVID-19 en su familia?, ¿Cómo han usado los remedios caseros, plantas medicinales u otras costumbres de su comunidad para prevenir la COVID-19?

El estudio se ejecutó con el permiso del presidente de la Comunidad Campesina, quién brindó el padrón de las madres de familia que viven a esa localidad, la investigadora principal entabló comunicación vía telefónica con las que cumplieron con los criterios de inclusión, con el fin de coordinar la fecha y hora para realizar las entrevistas, según su disponibilidad.

Se realizaron cinco entrevistas grabadas en la plataforma Zoom, y ocho de manera presencial utilizando un grabador de voz, una de las razones, fue que la comunidad campesina cuenta con una débil conexión de internet, y no se lograban hacer las conexiones respectivas, reprogramando varias veces las entrevistas, así como también se veía afectado el entendimiento de audio. Por ello, fue necesario acudir a la Comunidad Campesina de Huancas con el propósito de realizar y culminar las entrevistas ya pactadas, y de esa forma cumplir con el objetivo de la investigación.

Las entrevistas fueron transcritas en un documento Word, según se fueron ejecutando, posteriormente se reenviaron por medio del aplicativo WhatsApp a cada madre de familia, con el fin de que verifiquen los datos plasmados y que estos sean los mismos que han dado a conocer durante su entrevista, esto permitió cumplir

con el criterio de rigor científico de credibilidad. Las grabaciones obtenidas de las entrevistas de cada participante serán almacenadas por un período de dos años por motivos de auditoría, luego serán eliminados, para cumplir con el criterio de rigor de auditabilidad. Se describió a los participantes del estudio con la finalidad que la investigación pueda ser replicado en otros contextos con características similares, de modo que se cumpla con el criterio de rigor científico de transferibilidad.

Luego, se procedió a analizar los datos de manera manual haciendo uso de las tres etapas del análisis de contenido (Schettini, & Cortazo, 2015): a) Pre análisis: Las entrevistas realizadas a los sujetos de estudio, fueron organizadas y analizadas, reproduciendo una y otra vez las grabaciones, transcribiéndolas y leyéndolas con la finalidad de comprender las prácticas culturales para prevenir la COVID-19 en una comunidad campesina. b) Codificación: Se ordenó y clasificó los datos obtenidos de las entrevistas, identificando ideas principales significativas, asignándoles un código. c) Categorización: Se agruparon los códigos por criterios de similitud en su contenido, y se generaron tres categorías.

Se consideraron los siguientes aspectos éticos (Sgreccia, 2009), los participantes no sufrieron daños físicos ni psicológicos, se respetó la autonomía de las madres ya que su participación fue voluntaria previo consentimiento informado. Asimismo, se asignó a cada madre de familia un código de identificación (MC1 hasta MC13) con el fin de proteger su identidad. El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación institucional, mediante RESOLUCIÓN N°149-2022-USAT-FMED.

Resultados

Descripción de los informantes

Participaron en el estudio, 13 madres dedicadas a la agricultura familiar y a los quehaceres del hogar. De las cuales, tres tenía estudios de primaria completa, ocho con secundaria completa, una con secundaria incompleta, y solo una tenía estudios superiores. Tenían entre 30 y 66 años de edad. Asimismo, su tipo de familia es extensa, viven con cuatro a ocho integrantes de la familia. En el

ámbito económico, indicaron que tienen un ingreso económico por la agricultura de \$300 dólares mensuales. Además, cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS). La mayoría profesaban la religión católica, han recibido tres dosis de la vacuna contra la COVID-19, y tenían acceso a medios informativos como TV, radio e internet.

Descripción del escenario cultural

Las viviendas son de adobe o madera, con techos de Eternit, calamina o paja, los pisos son de tierra o cemento, estas viviendas tienen una división general de mínimo tres a máximo 5 ambientes. Cuentan con servicios de energía eléctrica, desagüe y agua no potable. La red telefónica es muy inestable, y la red de internet presenta señal débil (probablemente por la zona geográfica accidentada característico de la sierra de Perú). La agricultura es la principal actividad que se desarrolla en esta comunidad, siendo esta el sustento de todas las familias pertenecientes a Nuevo Huancas, realizando ventas de verduras y legumbres propias de la comunidad.

Después del procesamiento de las entrevistas se han seleccionado los discursos más representativos que ejemplifican cada una de las cuatro categorías detalladas a continuación:

a) Aislamiento social y rondas campesinas

En este estudio, las madres manifestaron que durante la cuarentena una de las medidas preventivas que más cumplieron fue el aislamiento social obligatorio, evitaban salir de casa y de la comunidad. Solo salía un familiar para hacer compras y mantenían el distanciamiento social. Asimismo, las rondas campesinas para cumplir su rol y prohibían a sus comuneros la salida de sus hogares y del pueblo, no permitían el ingreso de personas foráneas. Sin embargo, se desplazaban a sus chacras a ejercer su labor diaria de agricultura para proveerse de alimentos. Como lo indican:

“Escuchamos por la televisión y la radio que empezó la pandemia y la orden del gobierno era estar solo en casa...solo una persona salía hacer las compras...no salíamos porque teníamos miedo... en plena cuarentena las rondas campesinas, nadie entraba al pueblo ni podíamos salir... pero no nos contagiamos” (MC3)

“Ya no salíamos a la calle, no se recibían visitas porque podrían traer el virus... cuando salíamos a comprar guardábamos la distancia y evitábamos las aglomeraciones... además, la ronda no permitía que la gente este andando en la calle o haciendo fiestas, no dejaban que ninguna persona salga ni ingrese al pueblo...” (MC5)

“Fue un caos porque los ronderos no nos dejaban salir, nos decían no salgan... Como nos dedicamos a la agricultura nos íbamos desde temprano a la chacra que está alejada de la ciudad y así cumplimos con la cuarentena...” (MC9)

“No se ha podido vender nada de la chacra por la cuarentena y no teníamos plata... cuando mi esposo bajaba a la ciudad de Chachapoyas a comprar no encontraba nada, era un sufrimiento conseguir nuestras cosas, todo era caro, y si encontraba algo en una tienda ya no podía ni pagar, no alcanzaba la plata” (MC7)

b) Cambios de hábitos de higiene: Lavado de manos, desinfección del hogar, y uso de mascarilla

En su mayoría las madres señalaron que se lavaban constantemente las manos con bastante jabón y agua al salir y al volver de casa. Indicaron que antes de la pandemia, no se lavaban las manos con tanta frecuencia y meticulosidad. También desinfectaban la casa con lejía y detergente, usaban alcohol para desinfectar las cosas que ingresaban al hogar. Finalmente, precisaron que no acostumbraban a usar la mascarilla quirúrgica porque sentían incomodidad y preferían las de tela, además estas eran más económicas frente al alza de precios en los artículos de limpieza, de protección personal. Así lo expresan:

“El personal de salud nos explicó cómo usar la mascarilla... pero fue difícil porque sentíamos que nos abogábamos, no respirábamos bien... nos hicimos mascarilla de tela con elástico a la medida de cada uno... cuando íbamos a la ciudad y regresábamos a la casa, nos sacábamos la ropa, los zapatos, desinfectábamos el piso y el baño y todo lo que se manipulaba, usábamos bastante lejía o alcohol... Las farmacias se quedaron vacías, no había mascarillas quirúrgicas ni alcohol, todo estaba demasiado caro, en reemplazo del alcohol usábamos aguardiente para desinfectar nuestras manos. (MC2).

“Teníamos que usar la mascarilla cuando salíamos por alguna cosa de la casa, pero acostumbrarnos a usarla fue difícil... usábamos la mas-

carilla de tela, porque no quemaba ni raspaba, estaba más barato... nos lavábamos las manos constantemente, antes solo nos lavábamos cuando nos ensuciábamos de la tierra cuando íbamos a la chacra, pero ahora era obligatorio para no contagiarnos de ese virus... El alcohol subió mucho de precio, muy caras estaban las mascarillas... la plata no entraba porque no podíamos vender...” (MC13).

“No nos acostumbrábamos a la mascarilla quirúrgica, sentíamos que no podíamos respirar normal y fue complicado acostumbrarse... algunas vecinas hacían mascarillas de telita, y esas usábamos porque no apretaban y eran más económicas... andábamos con nuestro trapeador mojándole con agüita y lejía para ponerlo en la entrada de la casa, para limpiarse los zapatos... nos dolían las manos porque aquí hace mucho frío más el uso de alcohol y la lejía se enfriaban más nuestras manos...” (MC4).

c) Costumbres alimentarias: uso de productos agrícolas y crianza de animales

Las madres enfatizaron que su alimentación era natural, comían verduras y frutas directamente de sus huertas y criaban pollos y cuyes para su propio consumo. Como se refleja a continuación:

“Comíamos como siempre, aquí se come más natural, pues comemos las cosas que nos da nuestra la chacra... criamos gallinas y cuyes ... hacía sopa de gallina, huevitos, cuy con papas...” (MC1).

“Reforzábamos a nuestra familia con alimentos sanos, como las frutas que sembramos en nuestra chacra, y comíamos bastantes naranjas, maracuyás, limas, cañas... comíamos nuestras harinas, los frejoles, las papas de la chacra...” (MC3).

“Criamos animalitos, sembramos nuestras hortalizas, nuestras verduras, comemos las gallinas, sus huevos, algunos mataban res y nos vendían...” (MC11).

“En el campo comemos lo que sembramos, pero comprábamos aceite, ajos, arroz, fideos esas cosas no da la chacra... no comemos mucha fritura... tratábamos de comer las verduras de la chacra, de comer los huevos, la gallina o el cuy...” (MC2).

d) Uso de medicina ancestral de la zona

De igual manera, las madres mencionaron que revalorizaron plantas medicinales locales como eucalipto, matico, hierbaluisa, menta, cascarilla o cedro de quina, hojas de guayaba, ciprés, las cuales elaboraban en infusiones, las maceraban e inhalaban. Asimismo, se enjuagaban la boca con sal, kion y aguardiente tres veces al día. Por otro lado, también ahumaban sus casas con eucaliptos y cipreses. Según detallan:

“Utilizamos las plantas medicinales que teníamos en la chacra para prevenir la COVID-19...hemos usado el eucalipto, la quina, el matico, la hierbaluisa, la menta, todas esas plantitas que dan aquí en la huerta para hacer tés...Tomábamos macerados de matico, hoja de guayaba, kion, aguardiente y miel de abeja...la cascarilla se hacía con aguardiente... También he sabumado la casa con eucalipto...también se hervía el eucalipto y se respiraba ese humo...” (MC5)

“Hemos recurrido a la medicina tradicional, usar lo que nos da el campo. Preparábamos té ya sea de manzanilla, la cascarilla, matico o yerba luisa... Hemos hecho macerados caseros usando la cebolla, ajos, kion, lo hemos hervido, en una botella de boca gruesa con un litro de aguardiente y miel de abeja, luego se tomaba una cuchara diaria... Para la casa se quemaba eucalipto y con ese humo que se quedaba en la casa nos ayudaba a respirar y limpiar nuestros pulmones...Hervía en un recipiente eucalipto y lo ponía debajo de las camas de mis hijos...” (MC10)

“Yo preparaba la hoja de guayaba, menta, cedrón, el matico, la manzanilla, eucalipto, el ciprés, como té en infusiones, porque como nos decían que el COVID atacaba a los pulmones... también se usaba el eucalipto, el ciprés, se los hacía hervir y se lo colocaba en una tina para inhalarlo, tapándonos con una sábana la cabeza y poder oler, eso fortalecía los pulmones...también usaba el ajo, kion y la cebolla haciendo un macerado, con aguardiente y miel de abeja, se le ponía en un frasco de vidrio, lo dejábamos reposar por ocho días y lo tomábamos en las noches...se usaba un poco de sal, kion, aguardiente y hacíamos gárgaras...” (MC8)

Discusión

En este estudio, las madres campesinas indicaron que acataron las medidas preventivas impuestas por el gobierno peruano ante la COVID-19 porque tuvieron mucho miedo por el incremento descontrolado de los casos y muertes durante la primera y segunda ola de la pandemia en Perú. Una de las medidas que más cumplieron fue el aislamiento social obligatorio o la cuarentena, y aseguran que esto ayudó a evitar la propagación de la infección por el coronavirus SARS-Cov-2, ya que las familias fueron conscientes de que mientras menor contacto tenían con otras personas ya sea de su comunidad o ajenas a ella, tenían menor riesgo de contagio. Resultados similares al estudio de Al-Sabbagh, et al (2022), y Ascorbe, Díaz, Vega, Rodríguez, Mogollón, & Constantino (2023) quienes reportaron que los ciudadanos cumplieron con el aislamiento, el distanciamiento social, y evitaron reuniones sociales o familiares, nunca abandonaron sus hogares o solo salían de sus hogares por necesidades esenciales, cumpliendo con las políticas gubernamentales ante la COVID-19.

Además, las madres contaron con el apoyo de las rondas campesinas de su comunidad durante la cuarentena, ellos vigilaban el ingreso y la salida a la comunidad, para ello pusieron tranqueras y prohibieron la movilización de las personas. Sin embargo, no sucedió lo mismo en Cajamarca, donde pese a la voluntad y esfuerzo de las rondas campesinas, la autoridad regional no convocó a ninguno de sus dirigentes para conformar el comando COVID-19 (Chiclla & Ramos, 2021). Al respecto, las rondas campesinas son una expresión cultural que emerge en la realidad histórica nacional y del diálogo intercultural, que contribuye a forjar una justicia intercultural que cuenta con normativa, protocolos, decisiones administrativas, instancias, personal especializado, intérpretes y decisión política e institucional para llevarla a cabo (Barturen, 2024).

Las madres admiten que el apoyo de las rondas campesinas fue muy positivo porque evitó la morbilidad por COVID-19 en su comunidad. Estos resultados concuerdan con un estudio de Palma, & Portocarrero (2020) y Bautista (2020) quienes afirman que históricamente el aislamiento territorial o aislamiento comunitario ha sido una estrategia de conservación utilizada por diversos pue-

blos indígenas y agricultores de los Andes y la Amazonía ante situaciones críticas como epidemias y amenazas de violencia, a través de organizaciones como las rondas campesinas trabajaron de manera disciplinada para detener la propagación de la COVID-19, decidiendo quién entra y quién sale del pueblo, instalando tranqueras de entrada y salida de su territorio.

Por otro lado, las madres relatan que durante la cuarentena continuaron con sus labores agrícolas con fines de subsistencia, ya que ante el confinamiento hubo escases de productos e insumos y por tanto tenían que cultivar sus chacras y huertas con verduras, legumbres y frutas; situación que afectó económicamente a las familias, porque no podían vender sus productos, además hubo incremento de costos de los artículos de limpieza, de protección personal y de los alimentos. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Kent, Alston, Murray, Honeychurch, & Visentin D. (2022), Ghosh, Kapoor, Dhasmana, Singh, Downs, & Ahmed (2022), quienes concluyeron que el distanciamiento físico y social, restricciones de viaje y cierre de servicios no esenciales, han sido importantes para frenar la tasa de transmisión por COVID-19; sin embargo, han impactado negativamente en la economía de muchas familias que viven en zonas rurales o campesinas.

Las madres mejoraron los hábitos de higiene, sobre todo incrementaron el lavado de manos con agua y jabón, usaban alcohol para desinfectar sus manos. Indicaron que antes de la pandemia no se lavaban las manos a menos que estuvieran muy sucias. Resultados similares a los estudios de Rahman, Hossen, Pal, Mazumder, Hasan, & Hoque (2022), Bauza, Sclar, Bisoyi, Majorin, Ghugey, & Clasen (2021), Dwipayanti, Lubis, Harjana (2021) quienes encontraron que la mayoría de los encuestados informaron un cambio en la práctica de lavado de manos, aumentaron la frecuencia del lavado de manos, hicieron un lavado más minucioso. Estas prácticas mejoradas de lavado de manos se mantuvieron vigentes unos meses después de que comenzara la pandemia y a menudo se describieron como una nueva práctica constante después de acciones diarias adicionales (como regresar a casa), lo que sugiere la formación de nuevos hábitos.

También optaron por mejorar la higiene y desinfección de su vivienda, incrementándose el uso de lejía y detergente, utilizaban alcohol para desinfectar las envolturas de las cosas que ingresaban

a su hogar, así como lejía para rosear a la persona que venía de la calle. El familiar encargado de hacer las compras, antes de ingresar al hogar, tenía que retirarse los zapatos y la ropa, para que sean puestos en una tina con agua y detergente. Según, Nair, Mylath, Jacob, Mehta, Ambily, & Anusree (2022), más de la mitad de la muestra opinó que el desinfectante (alcohol) es un agente esterilizante adecuado para eliminar el virus de las superficies, seguido de la fumigación, y el uso de la lejía/cloro. El SARS-CoV-2, es muy susceptible a los desinfectantes para manos a base de alcohol, por lo que es una herramienta eficaz para combatir la epidemia al minimizar el riesgo de propagación de la COVID-19 en la comunidad (Chaudhary, et al, 2021).

Los cambios en la higiene como el incremento del lavado de manos y la desinfección del hogar, fue favorable, ya que no solo sirve para la prevención de la COVID-19, sino que también ayuda a prevenir otras enfermedades infectocontagiosas. Aunque, algunas madres manifestaron algunas dolencias en las manos debido al clima intensamente frío, y al uso constante del alcohol y lejía. Según, Hashemi, Ghareghani, Nasimi, Shahbazi, Derakhshan, & Sarkodie (2022) el uso frecuente de desinfectantes para manos puede provocar irritación crónica y lesiones en la piel.

Asimismo, las madres destacaron la importancia del uso de las mascarillas cuando salían de casa, usaban las mascarillas de tela porque eran reusables y más cómodas que las mascarillas quirúrgicas, les costó adaptarse porque nunca antes lo habían usado y al inicio sentían mucha incomodidad. Además, las mascarillas quirúrgicas estuvieron escasas y su costo estaba sobrevalorado, lo que complicaba su adquisición porque las restricciones les perjudicó vender sus productos agrícolas. Resultados similares al estudio de Chen, Fwu, Yang, Chen, & Tran, (2022), indican que, al principio de la pandemia, las personas intentaron producir sus propias máscaras, principalmente por razones relacionadas con la salud y en el contexto de aislamiento bajo condiciones de encierro, debido a la necesidad urgente y la escasez de mascarillas quirúrgicas. Demostraron que, si bien la autoproducción de máscaras claramente alteró y reformuló las rutinas diarias de las personas, esta práctica se normalizó, estandarizó y certificó en el transcurrir de la pandemia.

Por otro lado, las madres reiteraron que su alimentación fue natural, consumían las verduras y frutas que sembraban y cosecha-

ban en su huerto o chacra, además criaban animales domésticos para su consumo, como las gallinas y los cuyes. Resultados similares al estudio de Ghosh, Kapoor, Dhasmana, Singh, Downs, & Ahmed (2022); Salazar & Vázquez (2022); y Orozco, Giraldo, & Betancurth (2020), concluyeron que durante las fases de bloqueo las comunidades rurales informaron que accedieron a alimentos principalmente de su entorno alimentario natural. Específicamente, obtuvieron productos de flora y fauna silvestre y de sus cultivos ya sea en el campo o jardines, y de animales domésticos que criaban. Pero, informaron un menor acceso a verduras específicas, legumbres y aceite de cocina, en los mercados locales cercanos. Por otro lado, un mayor consumo de cereales producidos en granjas (arroz y maíz), legumbres autóctonas de cosecha propia y hortalizas de hojas silvestres recogidas en los bosques.

Otro aspecto importante que destacaron fue el uso de las plantas medicinales oriundas de su zona como el eucalipto, el matico, la hierba luisa, la menta, cascarilla, cedrón, hoja de guayaba, el ciprés, que mayormente lo preparaban en infusiones para prevenir la COVID-19, y lo estilan usar para la prevención o tratamiento de las enfermedades respiratorias, aspecto aprendiendo por las madres. Los resultados son parecidos al estudio de Ruiz, Condori, Reyna, Villavicencio, & Llanos (2023), que indican que durante la primera y segunda ola de la pandemia COVID-19, los pobladores de la Sierra y Selva Central del Perú usaron plantas medicinales (eucalipto, jengibre, ajo, mático, limón, cebolla, manzanilla y borrajas) para prevenir y tratar los síntomas causados por el SARS-CoV-2, así como a la percepción de la efectividad de sus propiedades antiinflamatorias y descongestionantes, expectorantes, antitusígenas y antivirales.

Según Cordoba, Ríos, Largacha, Salas, Marrugo, Ramos, Chaverra, & Jonathan (2022), las plantas comúnmente utilizadas para prevenir y tratar la COVID-19 fueron el ajo, jengibre, eucalipto, limón, hierba de limón, manzanilla y papaya, principalmente usadas en las regiones rurales que se basan fuertemente en valores étnicos y culturales. De modo que, el uso de la medicina tradicional es una alternativa terapéutica tan antigua como la humanidad, y forma parte del cuidado de la salud de individuos, familias y comunidades, por ello, la enfermería debe estar preparada, y este aspecto debe estar incluido en los planes curriculares (Campos, 2022).

Resultados similares encontraron Rodríguez, Sánchez, Méndez, Marrero, Jaramillo & Garcés (2022), en Santa Clara, Cuba, quienes aluden que los lugareños emplearon plantas medicinales y sus preparados para prevenir y tratar síntomas sugestivos de COVID-19 en correspondencia con lo establecido en los protocolos de tratamiento cubanos. Las plantas más empleadas fueron *Aloe barbadensis* (sábila), *Plectranthus amboinicus* (orégano francés), *Citrus aurantium* (naranja) y *Allium cepa* (cebolla).

Una de las limitaciones del estudio es el tamaño de la muestra, por lo que los resultados no pueden ser generalizados. Pero entre las fortalezas se destaca que las madres de este estudio tienen una sabiduría ancestral en cuanto al cuidado de la salud, hicieron uso de su bagaje cultural para prevenir la COVID-19, aspectos que son importantes comprender para que los profesionales de la salud logren la competencia cultural en el área comunitaria.

Conclusiones

Las familias campesinas de Huancas adecuaron culturalmente las medidas preventivas impartidas por el gobierno peruano ante la COVID-19, y tuvieron cambios positivos en relación a que incrementaron el lavado de manos y la desinfección del hogar. Usaron la mascarilla de tela por ser más cómoda y económica. Recibieron apoyo de las rondas campesinas para cumplir con el confinamiento y evitar que ingresen forasteros a su comunidad, continuaron con sus labores agrícolas y la crianza de animales, con ello se alimentaron de manera saludable. Las madres campesinas usaron las plantas oriundas de su pueblo como la quina, matico, eucalipto, yerba luisa, manzanilla, menta, ciprés, muña, y otros productos como la miel de abeja, kion, ajo, cebolla, utilizados comúnmente para prevenir o tratar enfermedades respiratorias.

Referencias bibliográficas

Adebiyi, B., Donga, G., Omukunyi, B., Roman, N. (2022). How South African Families Protected Themselves during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Sustainability*;

- 14(3): 1236. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3390/su14031236>
- Al-Sabbagh M, Al-Ani A, Mafrachi B, Siyam A, Isleem U, Massad F, et al. (2022). Predictors of adherence with home quarantine during COVID-19 crisis: the case of health belief model. *Psychol Health Med*; 27(1):215-27. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1871770>
- Alves, A. R., Siles, J., Solano Ruíz, M. del C., & Heck, R. M. (2020). Nursing interfaces in rural care: an integrative review. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29, 1-14. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0426>
- Asare, P., Adwoa, J., Dick, C., Obeng, K. (2022). Perceptions and Coping Strategies to COVID-19 in a Rural Ghanaian Community. In: Faghih, N., Forouharfar, A. (eds) Socioeconomic Dynamics of the COVID-19 Crisis. Contributions to Economics. *Springer, Cham*; 403-21. Recuperado de: https://doi.org/10.1007/978-3-030-89996-7_18
- Ascorbe, A., Diaz, R., Vega, A., Rodríguez, L., Mogollón, F., & Constantino, F. (2023). Medidas preventivas y costumbres en las familias no contagiadas por la COVID-19 durante el confinamiento. *Cultura de los Cuidados*, 27(65), 285-99. Recuperado de: <https://doi.org/10.14198/cuid.2023.65.22>
- Barturen, S. T. C. (2024). Enfoque de justicia intercultural en la administración de justicia en la Amazonía peruana. *Revista Boliviana de Derecho*, (37), 528-551. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9250434>
- Bautista, R. (2020). El rol de las rondas campesinas en la lucha contra el COVID-19 en Cajamarca. *Instituto de estudios políticos andinos*. Recuperado de: <https://www.iepa.org.pe/el-rol-de-las-rondas-campesinas-en-la-lucha-contra-el-covid-19-en-cajamarca-ronald-bautista/>
- Bauza, V., Sclar, G., Bisoyi, A., Majorin, F., Ghugey, A., & Clasen, T. (2021). Water, Sanitation, and Hygiene Practices and Challenges during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Rural Odisha, India. *Am J Trop Med Hyg*.104(6):2264-74. Recuperado de: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0087>
- Campos, M. (2022). La Medicina Natural y Tradicional y su aplicación en la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(3), e4191.

- Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000300001&lng=es&tlng=es
- Chaudhary, N., Guragain, B., Rai, S., Chaudhary, N., Chaudhary, R., Sachin, K., et al. (2021). Alcohol-based sanitizers: An effective means for preventing the spread of contagious viral diseases including COVID-19. *Tenside Surfactants Detergents*; 58(6):416-26. Recuperado de: <https://doi.org/10.1515/tsd-2020-2314>
- Chen, R., Fwu, B., Yang, T., Chen, Y., & Tran, Q. (2022). Enmascarar o no enmascarar: Desacreditar los mitos del uso de mascarillas durante el COVID-19 en todas las culturas. *PLoS Uno*;17(9):e0270160. Recuperado de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0270160>
- Chiclla, D., & Ramos, L (2021). El rol de las Rondas Campesinas de Cajamarca en la lucha contra la COVID-19. Apostilla: *Revista Crítica de Lecturas Históricas*; 8(5):59-64. Recuperado de: <https://www.iepa.org.pe/el-rol-de-las-rondas-campesinas-en-la-lucha-contra-el-covid-19-en-cajamarca-ronald-bautista/>
- Cochoy, F., Calvignac, C., Gaglio, G., & Meyer, M. (2022). Autoproducción de máscaras durante las primeras etapas de la pandemia de COVID-19: lecciones de una práctica relámpago. *Sustain Sci Pract Policy*;18(1):616-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/15487733.2022.2107295>
- Dwipayanti, N., Lubis, D., & Harjana, N. (2021). Public Perception and Hand Hygiene Behavior During COVID-19 Pandemic in Indonesia. *Front Public Health*, 9:621800. Recuperado de: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.621800>
- Ghosh, S., Kapoor, R., Dhasmana, A., Singh, A., Downs, S., & Ahmed, S. (2022). Effect of COVID-19 Pandemic on Food Systems and Determinants of Resilience in Indigenous Communities of Jharkhand State, India: A Serial Cross-Sectional Study. *Front Sustain Food Syst.*; 6:724321. Recuperado de: <https://doi.org/10.3389/fsufs.2022.724321>
- Gobierno Regional de Amazonas. (2022). *Sala situacional Amazonas COVID-19*. Recuperado de: <https://acortar.link/qKrE1D>
- Hashemi, H., Ghareghani, S., Nasimi, N., Shahbazi, M., Derakhshan, Z., & Sarkodie, S. (2022). Health consequences of overexposure to disinfectants and self-medication against SARS-

- CoV-2: A cautionary tale review. *Sustainability*; 14(20):13614. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/su142013614>
- Kent, K., Alston, L., Murray, S., Honeychurch, B., & Visentin, D. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Rural Food Security in High Income Countries: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 9;19(6):3235. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/ijerph19063235>
- Melguizo, E., Álzate, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*; 26(1), 112-23. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>
- Nair, A., Mylath, R., Jacob, N., Mehta, A., Ambily, A., & Anusree, M. (2022). Perception of the community in Kerala on COVID-19 infection and its preventive measures. *Amrita J Med*; 18(2):56-61. Recuperado de: <https://ajmonline.org.in/text.asp?2022/18/2/56/349258>
- Organización nacional de mujeres indígenas andinas y amazónicas del Perú. (2020). *La sabiduría ancestral de las mujeres indígenas frente a la pandemia de COVID-19*. Recuperado de: <https://onamiap.org/2020/10/la-sabiduria-ancestral-de-las-mujeres-indigenas-frente-a-la-pandemia-de-covid-19/>
- Organización Mundial de Salud. (2022). *Coronavirus*. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_2
- Orozco, L., Giraldo, A., & Betancurth, D. (2020). Saberes populares en salud de las familias campesinas (Colombia). *Cultura de los Cuidados*, 24 (58). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.14>
- Palma, H., & Portocarrero, J. (2020). Organización y solidaridad en tiempos de COVID 19: Respuestas locales frente a los desafíos de la emergencia en Apurímac y Cusco. *Grupo Propuesta Ciudadana*. Recuperado de: <https://propuestaciudadana.org.pe/comunicaciones/notas-de-prensa/organizacion-y-solidaridad-en-tiempos-de-covid-19-respuestas-locales-frente-a-los-desafios-de-la-emergencia-en-apurimac-y-cusco/>
- Rahman, M., Hossen, M., Pal, S., Mazumder, MH. Hasan, S., & Hoque, M. (2022). Evaluating knowledge, awareness and associated water usage towards hand hygiene practices influenced by the current COVID-19 pandemic in Bangladesh.

- Groundw Sustain Dev.* 19:100848. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.gsd.2022.100848>
- Rodríguez, M., Sánchez P., Méndez R., Marrero R., Jaramillo L. y Garcés O. (2022). Las plantas medicinales en la prevención y tratamiento del COVID-19. *Acta Médica del Centro.* 16 (3), 417-426. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000300417&lng=es&tlng=en
- Ruiz, M., Condori, M., Reyna, G., Villavicencio, A., & Llanos, M. (2023). Creencias y prácticas culturales de uso de plantas medicinales en el contexto de la COVID-19 en pobladores de la Sierra y Selva Central de Perú: Creencias y prácticas culturales de uso de plantas medicinales en el contexto de la COVID-19. *Gaceta Médica Boliviana*, 46(2), 46-51. Recuperado de: <https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.580>
- Salazar, B. & Vázquez, L. (2022). Transformaciones en el hábitat rural a partir de la pandemia COVID-19: Ixhuacán de los Reyes, Veracruz. *A&P Continuidad*, 9(16). Recuperado de: <https://doi.org/10.35305/23626097v9i16.365>
- Schettini, P., Cortazo, I. (2025). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social*. Argentina: Ed. Universidad de la Plata.

Capítulo 4

Significados atribuidos al proceso de aculturación del inmigrante hispano en su interacción con la sociedad, familia y la comunidad

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.04>

INGRID STEPHANIE VÁSQUEZ VENTURA*

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad de Guanajuato, México

is.vasquezventura@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7220-844X>

*Autora de correspondencia

ELIZABETH GUZMÁN ORTIZ

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad de Guanajuato, México

elizabeth.guzman@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0002-4944-0600>

MONSERRAT FERNÁNDEZ MOYA

Doctoranda en Ciencias de Enfermería

Universidad de Guanajuato, México

fernandez.m@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0003-2145-9753>

MARÍA MERCEDES MORENO GONZÁLEZ

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad de Guanajuato, México

ma.moreno@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0002-0299-2299>

Resumen

Introducción. La aculturación es un proceso complejo que viven los inmigrantes hispanos en Estados Unidos, caracterizado por desafíos sociales, familiares y comunitarios que impactan su bienestar. La adaptación a una nueva cultura puede generar estrés significativo, particularmente cuando las exigencias del entorno superan los recursos personales. **Objetivo.** Comprender los significados atribuidos al proceso de aculturación desde la perspectiva de inmigrantes hispanos, explorando su interacción con la sociedad, la familia y la comunidad. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio cualitativo con base en la Teoría Fundamentada. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a tres inmigrantes hispanos, seleccionados mediante muestreo teórico. Las entrevistas se llevaron a cabo en una clínica hispana en Texas, fueron grabadas, transcritas y analizadas con codificación abierta, axial y selectiva, utilizando Atlas.ti. **Resultados.** Emergieron cinco categorías principales: interacción con la familia, interacción con la comunidad, interacción con la sociedad, retos y desafíos, y metas. Se identificaron barreras idiomáticas, sentimientos de discriminación y falta de pertenencia, así como dificultades para integrarse debido a la carga laboral y la ausencia de redes de apoyo. No obstante, los participantes manifestaron metas personales relacionadas con la mejora de sus condiciones de vida, como aprender inglés y acceder a mejores oportunidades laborales. **Conclusiones.** Comprender el proceso de aculturación desde la voz del inmigrante permite visibilizar sus desafíos y aspiraciones, constituyendo una base para diseñar intervenciones de enfermería culturalmente sensibles que promuevan transiciones migratorias saludables.

Palabras clave: Aculturación, estudios cualitativos, migración, población hispana, inmigrantes

Introducción

Estados Unidos es el país con la mayor población inmigrante mundial, con más de 47.8 millones de personas nacidas en otros países según la encuesta sobre la Comunidad Estadounidense (ACS, por sus siglas en inglés) de la Oficina del Censo de los Estados Unidos

(Zong & Batalova, 2024). La migración hispana es un fenómeno amplio y activo, en el que los cambios internos que experimentan los inmigrantes al adaptarse a una nueva cultura generan estrés en distintas etapas: antes, durante y después de la migración (Lerías et al., 2025).

El trasiego migratorio trae consigo diferentes consecuencias para los inmigrantes que, ante una cultura diferente, deben de sufrir una serie de transformaciones internas para adaptarse, esto es conocido como aculturación (Ferguson, Causadias, & Simenec, 2023). Cabe señalar que Berry define a la aculturación al proceso mediante el cual las personas cambian, siendo influidas por el contacto con otra cultura y participando de los cambios generales de su cultura (Berry, 1990).

Dentro de este marco, radica la importancia de conocer el significado construido desde la perspectiva de quién vive el proceso de aculturación, es decir el inmigrante hispano. La literatura indica que ciertamente las actitudes, valores y comportamientos de las familias inmigrantes son afectados por los procesos de aculturación e integración con la cultura receptora (Ward & Szabó, 2023) y cuando los cambios exigidos por la nueva cultura son superiores a la capacidad que el inmigrante puede enfrentar, se produce estrés por aculturación (Kristiana et al., 2022). Debido a la falta de estudios cualitativos en búsqueda de los significados atribuidos a dicho proceso, se planteó la necesidad de estudiar el fenómeno desde la perspectiva de quién vive el proceso, además de no ser un proceso aislado, sino que este se vive en la interacción diaria y continua con la comunidad hispana, la familia del hispano y la sociedad estadounidense.

Por lo que a través del siguiente trabajo se pretendió conocer los significados atribuidos al proceso de aculturación del inmigrante hispano en su interacción con la sociedad, familia y la comunidad.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo utilizando como referente metodológico la Teoría Fundamentada, que permitió explorar los

significados atribuidos a los procesos sociales presentes en la experiencia de aculturación de inmigrantes hispanos. Esta metodología facilitó la identificación de patrones de comportamiento, roles sociales y transformaciones culturales mediante el análisis sistemático y estructurado de los datos (Natera-Gutiérrez et al. 2017).

Escenario

El trabajo de campo se desarrolló en la Clínica Hispana de Lubbock, Texas, una institución de salud con alta accesibilidad para la comunidad hispanohablante debido a su ubicación estratégica, atención en español y costos asequibles.

Selección de participantes

Se utilizó un muestreo teórico, incorporando participantes conforme avanzaba la recolección de datos y se identificaban características clave del fenómeno de estudio. Los criterios de inclusión contemplaron a hombres y mujeres entre 18 y 44 años, identificados como hispanos e inmigrantes con al menos un año de residencia en los Estados Unidos. Se excluyeron aquellos con menos de un año en el país, con condiciones personales o de salud que impidieran su participación, o que no firmaron el consentimiento informado. No se registraron rechazos ni abandonos. Se consideró saturación teórica en la tercera entrevista, momento en el cual ya no emergieron nuevos datos relevante, se realizaron tres entrevistas en total y no fue necesario repetir entrevistas.

Procedimiento

El proyecto fue presentado y aprobado por las autoridades de la clínica y líderes comunitarios, quienes colaboraron en la difusión del estudio mediante invitaciones personales y distribución de volantes en la clínica y en una iglesia hispana local. A los interesados se les explicó la naturaleza del estudio, asegurándoles que su participación no tendría implicaciones legales o migratorias. Aquellos que aceptaron firmaron el consentimiento informado, se agendó la entrevista en un horario acordado y en un espacio cómodo y privado dentro de la clínica.

Recolección de datos

Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, con una guía de 36 preguntas distribuidas en secciones de introducción, datos sociodemográficos y aspectos del proceso de aculturación. Las entrevistas, realizadas de forma presencial, tuvieron una duración promedio de 40 minutos y fueron audio grabadas con autorización previa.

Las entrevistas fueron realizadas por un equipo de tres investigadoras, ambas con formación en enfermería y experiencia en investigación cualitativa. La entrevistadora (IV) cuenta con más de 5 años de experiencia en estudios cualitativos relacionados con la salud de poblaciones migrantes. La segunda y tercera investigadora apoyaron en la verificación de transcripciones y codificación. No existía una relación previa con los participantes antes del estudio; la interacción inicial se estableció únicamente con fines de la investigación, procurando generar un ambiente de confianza y respeto. El equipo mantuvo una postura reflexiva durante todo el proceso, reconociendo sus posibles sesgos y perspectivas como profesionales de la salud y miembros de la comunidad hispana. Para minimizar la influencia de dichos sesgos, se aplicó triangulación de investigadores y análisis consensuado, además de llevar un diario de campo donde se registraron reflexiones y decisiones metodológicas.

Análisis de datos

Las entrevistas fueron transcritas palabra por palabra y verificadas por un segundo investigador. El análisis se realizó siguiendo el método comparativo constante de la Teoría Fundamentada, con el apoyo del software Atlas.ti. La codificación se estructuró en tres fases: abierta (identificación inicial de conceptos), axial (relación entre categorías) y selectiva (integración de la categoría central que da sentido al fenómeno). El proceso incluyó análisis manual preliminar y uso de un libro de códigos.

Rigor científico

Se garantizó la credibilidad mediante triangulación de métodos (entrevistas, observación, memos), codificación consensuada entre investigadores, y validación de datos por un segundo analista. La transferibilidad se logró a través del muestreo teórico, permitiendo contrastar hallazgos con contextos similares.

Aspectos éticos y legales

Se respetaron los principios bioéticos y se garantizó la confidencialidad y anonimato de los participantes. Las investigadoras, sin vínculo previo con ellos, proporcionaron información clara sobre el estudio y resolvieron dudas antes de obtener el consentimiento informado. La participación fue voluntaria, con derecho a retirarse en cualquier momento. Los datos se codificaron y almacenaron de forma segura, y se eliminarán tras la publicación. Las entrevistas se realizaron en un entorno seguro, con riesgo mínimo para los participantes

Resultados

Características sociodemográficas

Los hallazgos arrojaron la participación de tres inmigrantes hispanos, dos provenientes de México (67%) y uno de Perú (33). La edad promedio fue de 36 años. En cuanto al sexo la mayoría correspondió a mujeres (67%) e inmigrantes casados (67%). Según el análisis emergieron cinco categorías, y ocho subcategorías, las cuales se presentan a continuación:

Tabla 1. Categorías y subcategorías

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>
Interacción con la familia	
Interacción con la comunidad	Falta de calidez
	Dificultad en la comunicación
Interacción con la sociedad	Percepción de discriminación
	Falta de pertenencia
	Sistemas de normas, reglas y creencias

Categorías	Subcategorías
Retos y desafíos	Añoranza de la familia y país de origen
	Falta de oportunidades
	Falta de redes de apoyo
Metas	

Fuente: Elaboración propia

Interacción con la familia

Los participantes refirieron que su interacción y actividades familiares se vieron limitadas debido al trabajo y al poco tiempo que pueden permanecer en casa, además compartieron que su proceso de aculturación sería más sencillo si estuviesen en compañía de su familia extensa. La categoría se apoyó conforme a los siguientes discursos:

“entonces no me queda mucho tiempo en la casa tampoco no me queda mucho tiempo en la casa tampoco” (E1)

“creo que en México disfrutaba más a mi familia porque solamente tenía un trabajo ahora es más difícil que pueda convivir con ellos porque le comento tengo 2 trabajos” (E2)

“He descuidado mucho a mi familia por no estar en casa debido al trabajo” (E3)

Interacción con la comunidad

La interacción de los inmigrantes hispanos se vio mermada por la falta de calidez en la comunidad y al quehacer laboral, así como a la limitada comunicación en virtud del bajo dominio del idioma inglés; esto último se reflejó a través de la incomodidad, aislamiento, y vergüenza, en la relación con la sociedad estadounidense. La categoría se fundamentó en los siguientes relatos:

“creo que, es igual, quien sabe, sino que hay más calidad de personas, la calidad es diferente la calidad es diferente” (E1)

“mire pues sí fue o es más que nada muy difícil aún no lo domino muchas veces no entiendo y me ha complicado esto pues la verdad me mi la interacción que yo pueda tener con las demás personas principalmente pues con la comunidad con los mismos gringos” (E 2)

“tú sabes además la brecha del lenguaje nos ha complicado por ahí, algunas situaciones” (E3)

Interacción con la sociedad

Los inmigrantes manifestaron falta de pertenencia en vista de su aspecto latino y a la limitada organización de eventos, lo cual debilita la interacción con la sociedad, además argumentaron sobrellevar frecuentemente actos de exclusión social es decir percibieron discriminación debido a su origen y es visible la dificultad e incomodidad al sistema de normas y reglas estadounidenses. A continuación, se describen los discursos que apoyan a la temática:

“pues a uno lo miran como si fuera menos, se burlan, hablan de uno detrás de la espalda” (E1)

“pues para ser verdad sí, sí me he sentido discriminado algunas veces por ser latina” (E2)

“pues yo creo que hacer más programas hacer más eventos para la comunidad de habla hispana creo que eso sería bueno para de pertenecer al centro de familias hispanas” (E2)

“la verdad, la verdad no me termino de adaptar” (E3)

Retos y desafíos

La migración generó al inmigrante pensamientos de añoranza de la familia y del país de origen. Por otra parte, fue evidente la falta de oportunidades debido a la poca preparación por ejemplo el bajo nivel educativo, la falta de fluidez en la lengua del país receptor y la falta de vinculación a las redes de apoyo social. La categoría retos y desafíos, se representa a continuación:

“pues mire no lo sé, a veces creo que si a veces creo que no porque extraño a mi país y mi familia” (E1)

“hay que venir un poco preparado para poder agarrar un mejor trabajo” (E1)

“sí, sí he tenido lamentablemente pocas oportunidades en comparación con los estadounidenses debido a que soy mexicano” (E2)

“es difícil y aún más cuando no tienes un apoyo” (E1)

“claro, si no sabes ingles te mandaran hacer el trabajo más sucio, siempre ha sido así pero no me estoy quejando” (E3)

Metas

Los inmigrantes se plantearon metas para mejorar sus condiciones de vida, como lo es el emplearse en un mejor trabajo, sacar su licencia de conducir y mejorar su nivel de inglés. A continuación, se presentan los discursos que dan soporte a esta categoría:

“quiero sacar mi licencia de conducir” (E1)

“la oportunidad tratar de aprender más el inglés para poder salir más adelante” (E1)

“estudiando y pues tener en algún futuro a lo mejor a lo mejor trabajo” (E2)

“hablar inglés, sacar mis papeles, y sacar mi licencia, también y porque” (E3)

Discusión

A partir de la obtención de los resultados se reconocieron los principales hallazgos y se exploraron las posibles explicaciones para estos hallazgos a través de la triangulación de información con los estudios relacionados que se presentan a continuación.

En relación con la categoría de la interacción con la familia, refirió que la interacción es afectada debido a la falta de las actividades cotidianas que el inmigrante invierte, y a la demanda laboral que les impide compartir tiempo de calidad con los miembros del grupo familiar. En este sentido se concordó con los resultados de Bulut y Gayman (2020) quienes explicaron que durante el proceso de aculturación, es decir de adaptación a la nueva cultura, el inmigrante puede tener efectos negativos en la interacción familiar, además, destacaron, la falta de interacción familiar como un mecanismo importante a través del cual los inmigrantes pueden desarrollar una identidad marginal o una “confusión de identidad cultural, es decir que en medida que disminuye la interacción con la familia, (una vez que el inmigrante trabaja en los Estados Unidos) al mismo tiempo se manifiesta una falta de identidad.

Así, lo reportó de igual manera el estudio de Bacallao y Smokowski, (2007) el cual concluyo que después de llevar a cabo la migración familiar, los padres tenían menos tiempo para pasar con los niños debido a la demanda de nuevos trabajos y a las madres que

ingresaban a la fuerza laboral, por lo que el tiempo de interacción con familia se disminuyó y se asoció con la soledad, el aislamiento y el comportamiento de riesgo de los adolescentes. Es claro como la interacción del inmigrante hispano con la familia está fuertemente relacionado con las actividades y exigencias laborales, mientras mayor es la carga de trabajo la dinámica familiar de los adultos se reduce en cumplir con las expectativas de los empleadores mientras los hijos estudian, por lo que se ve debilitada la conexión de los miembros de la familia y existe el riesgo latente de comportamientos por parte de los hijos no permitidos o supervisados por los padres.

En cuanto a la categoría de la interacción con la comunidad esta se limitó debido a la falta de calidez por parte de la comunidad estadounidense y a la falta de entendimiento de la lengua inglesa presentando sentimientos de incomodidad, vergüenza y aislamiento. Orozco Vargas, (2018) manifestó que una posible explicación de esta falta de contacto e interacción con la comunidad fue debido a la falta de fluidez en el idioma inglés, dato que coincide según lo reportado por Vasquez et al. (2021) quien puso de manifiesto la necesidad de desarrollar habilidades lingüísticas del idioma inglés, pues la carencia de una óptima comunicación conlleva a la falta de integración exitosa; es decir, adaptación a la cultura americana.

Por otra parte, Aikawa & Kleyman, (2021) refirió que la interacción con la comunidad predice significativamente las diferentes estrategias de afrontamiento del inmigrante. Los estudios antes mencionados declaran que la interacción del inmigrante hispano con la comunidad se asocia según su nivel de inglés, pues al encontrarse en un país de lengua nativa conlleva a la falta de contacto o empatía por el país receptor por lo que el inmigrante opta por aislarse y únicamente aportar la mínima conexión con la comunidad americana.

Con respecto a la categoría de la interacción de los inmigrantes con la sociedad, se mostró que esta dinámica se ha visto afectada por la falta de pertenencia y a los actos de exclusión social existente en los Estados Unidos, es decir la discriminación percibida que enfrenta cotidianamente es debido a su origen, y adicionalmente los inmigrantes presentaron una visible dificultad e incomodidad a las normas y reglas estadounidenses.

Del mismo modo, Vasquez-Ventura et al. (2021) mencionó que el inmigrante hispano es víctima de discriminación y exclusión so-

cial, lo que afecta su identidad étnica/racial, su posicionamiento social y de pertenencia. A diferencia de Ruth et al., (2019), reportaron sentido de pertenencia a ambas culturas por parte de los jóvenes inmigrantes que crecen en los Estados Unidos, en otras palabras, la percepción de falta de pertenencia se asocia según de la edad de la población migrante. Por último, es importante precisar que la sensación de pertenencia no discrimina según el estatus legal migratorio, tal y como lo refiere Ruth et al. (2019), acerca de que la noción de “ni de aquí ni de allá” se ha aplicado tanto a inmigrantes hispanos documentados o indocumentados, es decir el contar con una situación legal migratoria no representa el sentido de pertenencia a los Estados Unidos. Es interesante reconocer como la literatura nos devela la percepción de los inmigrantes (con presencia legal migratoria arreglada o no) de estar en un país que no es el suyo, o al menos en este estudio así se manifestó, una falta de pertenencia y sentimientos de exclusión social, mismos que han afectado el posicionamiento social de la comunidad de habla hispana en los Estados Unidos.

Por lo que se refirió a la categoría de retos y desafíos, se argumentó que el inmigrante de habla hispana trae consigo pensamientos de añoranza de su familia y país de origen, al mismo tiempo fue evidente la falta de oportunidades en los Estados Unidos, debido a la poca preparación y carencia de redes de apoyo social. De manera análoga Orozco Vargas, (2018) refirió que el haber dejado a sus familias provoca una constante nostalgia y tristeza en los migrantes. Por otra parte, debido a la falta de preparación académica, recursos económicos y su estatus migratorio, los inmigrantes latinoamericanos se enfrentan a un sin fin de adversidades especialmente durante los primeros meses por lo que, la transición saludable se ve debilitada por la dificultad económica y la falta de oportunidades laborales que desafían al inmigrante (Vasquez-Ventura et al. 2021).

Además, las redes como el apoyo social en el asentamiento del inmigrante hispano son escasas y no se encuentran al alcance de la mayoría y las diferencias grupales en los niveles de apoyo familiar explicaron la desventaja de salud mental de los inmigrantes Bulut y Gayman (2020). Por otra parte, Bacallao y Smokowski, (2007) mencionaron que, si bien son evidentes los retos y brechas de aculturación entre los inmigrantes, después del tiempo ayudan a mantener los altos niveles de familiarismo y la promulgación de las tradiciones

culturales. En el apartado previo se expuso que a pesar de los retos y desafíos (laborales, académicos, personales y profesionales) que conlleva el proceso de aculturación en el inmigrante hispanos, de forma positiva esto se asocia a largo plazo en mejores niveles de familiarismo y continuación con las costumbres y tradiciones del país de origen.

Los inmigrantes se han planteado metas para mejorar sus condiciones de vida en el país que los acoge, como lo es el emplearse en un mejor trabajo, sacar su licencia de conducir y mejorar su nivel de inglés. Según por reportado por Orozco Vargas, (2018) menciona que las principales expectativas de los inmigrantes es que sus hijos tuvieran la educación que ellos no recibieron, así como conseguir un trabajo bien remunerado que trajera por ende un mejor nivel socioeconómico. Se revelo que los inmigrantes hispanos, tienen metas propias, pero al mismo tiempo pretenden como meta general, ofrecer un mejor futuro a sus hijos.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presentó limitaciones, entre las cuales destacan el número de participantes, misma que a su vez es una fuente de referencia para futuros estudios sobre el fenómeno estudiado, otra advertencia se relaciona con el hecho de que la edad media de la muestra fue de 36 años, lo que no podría reflejar la edad media de hispanos que viven en otros estados. En este sentido, se continuará estudiando las implicaciones del proceso de aculturación en los inmigrantes de habla hispana, a fin de comprender el proceso en transición a la cultura americana, así como los roles de la familia, comunidad y sociedad en la promoción del bienestar y la salud de los inmigrantes

Conclusiones

Se logró conocer los significados atribuidos al proceso de aculturación del inmigrante hispano en su interacción desde las diferentes aristas: sociedad, familia y la comunidad en los Estados Unidos y cómo afrontan su nuevo estilo de vida con retos, desafíos, pero

también metas y planes durante esta transición a una nueva cultura. Este primer acercamiento a la comunidad de habla hispana fue muy enriquecedor y sin duda es el precedente en el diseño de futuras intervenciones de enfermería en el manejo saludable de las transiciones migratorias en esta población. Y, de algún modo, con los resultados de este estudio, se pretende colaborar en la próxima actualización de la etiqueta diagnóstica de la NANDA “Riesgo de transición migratoria complicada” añadiendo hallazgos cruciales en la construcción de la definición y sus factores de riesgo.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Aikawa, M., & Kleyman, K. (2021). Immigration, coping, and well-being: Implications for communities' roles in promoting the well-being of immigrants and refugees. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 49(1), 81–92. <https://doi.org/10.1080/10852352.2020.1725374>
- Bacallao, M. L., & Smokowski, P. R. (2007). The costs of getting ahead: Mexican family system changes after immigration. *Family Relations*, 56(1), 52–66. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00439.x>
- Berry, J. W. (1990). Psychology of acculturation. En J. Berman (Ed.), *Cross-cultural perspectives: Nebraska symposium on motivation* (pp. 457–488). University of Nebraska Press.
- Bulut, E., & Gayman, M. D. (2020). A latent class analysis of acculturation and depressive symptoms among Latino immigrants: Examining the role of social support. *International Journal of Intercultural Relations*, 76, 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2020.04.003>

- Ferguson, G. M., Causadias, J. M., & Simenec, T. S. (2023). Acculturation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19(1), 381–411.
- Kristiana, I. F., Karyanta, N. A., Simanjuntak, E., Prihatsanti, U., Ingarianti, T. M., & Shohib, M. (2022). Social support and acculturative stress of international students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6568.
- Lerías, D., Ziaian, T., Miller, E., Arthur, N., Augoustinos, M., & Pir, T. (2025). The role of acculturative stress on the mental health of immigrant youth: A scoping literature review. *Community Mental Health Journal*, 61(3), 462–491.
- Natera-Gutiérrez, S. I., Guerrero-Castañeda, R. F., Ledesma-Delgado, M. E., & Ojeda-Vargas, M. G. (2017). Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados.
- Orozco Vargas, A. E. (2018). Aculturación, involucramiento parental y autoeficacia materna: Un estudio cualitativo con mujeres latinoamericanas en los Estados Unidos. *Interdisciplinaria*, 35(1), 87–104.
- Ruth, A., Estrada, E., Martínez-Fuentes, S., & Vázquez-Ramos, A. (2019). Soy de aquí, soy de allá: DACAmented homecomings and implications for identity and belonging. *Latino Studies*, 17(3), 304–322. <https://doi.org/10.1057/s41276-019-00197-9>
- Vásquez-Ventura, I. S., Ortega-Jiménez, M., & Fernández-Sánchez, H. (2021). Estresores de aculturación de los inmigrantes hispanos en Estados Unidos de América: Revisión sistemática exploratoria. *Enfermería Universitaria*, 18(2), 112–127.
- Ward, C., & Szabó, Á. (2023). Acculturation, cultural identity and well-being. *Nature Reviews Psychology*, 2(5), 267–282.
- Zong, J., & Batalova, J. (2024, abril 11). Frequently requested statistics on immigrants and immigration in the United States. *Migration Policy Institute*. <https://www.migrationpolicy.org/article/frequently-requested-statistics-immigrants-and-immigration-united-states>

Apartado II

Fundamentos éticos y bióticos del cuidado

Capítulo 5

Consideraciones Bioéticas en el trato diario en el hogar a los adultos mayores de un pueblo joven, Chiclayo, Perú

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.05>

GRISSEL MADELEYNE ALBARRÁN CASANA

Licenciada en Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

mylove_nena15@hotmail.com

<https://orcid.org/.0009-0000-1906-1426>

MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS*

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

mcervera@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

*Autora de Correspondencia

Resumen

Introducción: a la bioética le interesa la persona, sus aplicaciones prácticas configuran las acciones personales y profesionales. **Objetivos;** Describir las consideraciones bioéticas en el trato diario en el hogar de los adultos mayores de un pueblo joven de Chiclayo, Perú. **Materiales y métodos:** investigación cualitativa descriptiva, con muestreo no probabilístico. El tamaño de la se logró con 12 adultos mayores, con consentimiento informado. Los datos se recolectaron usando la entrevista semiestructurada, validada por tres expertos en investigación cualitativa y con apoyo de prueba piloto; la información recolectada pasó por análisis de contenido temático, sustentadas en principios éticos y de rigor científico. **Resultados:** emergieron las categorías: El edadismo con los adultos mayores en la convivencia familiar precedida de: gritos, falta de respeto, reclamo de bienes. Deterioro de la autonomía y comunicación en la relación adulto mayor - familia. Afrontando soledad con problemas de salud y económicos. Búsqueda de distracciones dentro de la familia y en la sociedad. **Conclusión:** Los Adultos mayores identificaron en la convivencia familiar el debilitamiento de su autonomía al no tomar en cuenta sus opiniones o no compartir con ellos decisiones familiares, sienten soledad aun viviendo con la familia, y optan por quedarse callados para que los problemas no se incrementen.

Palabras claves: Adulto mayor, Hogar, Bioética, Trato

Introducción

Los adultos mayores (AM), describen a las personas en una etapa avanzada de la vida, que experimentan una serie de cambios biológicos, fisiológicos y psicosociales compatibles con la vejez. Estos cambios generan desafíos en términos de salud, cuidado, participación social y derechos humanos, subrayando la necesidad de implementar políticas y programas que garanticen un envejecimiento saludable, digno e inclusivo para esta población en constante crecimiento (Naciones Unidas Cepal.2022).

Por ello, los AM., en la sociedad actual son percibidos como una carga para la población activa, ante su deterioro físico y dependencia. Esta visión los coloca en una posición de vulnerabilidad,

donde sus necesidades de cuidado se enfrentan a dificultades económicas en un entorno que valora el confort personal sobre otras prioridades. Esta situación ha llevado a que los AM., sean objeto de discriminación, maltrato, injusticia, hasta privación de sus derechos fundamentales (Vincent & Creteur, 2020).

Una investigación en España, señaló que los AM., fueron despreciados de manera injusta y excluidas en las sociedades prosperas, que visibiliza todo triunfo con juventud, perfección y posesiones (Viejo R.,2020)

También, en Brasil, autores de una investigación indujeron a repensar en fortalecer la seguridad de la vida de los AM., post pandemia, ante las circunstancias de vulnerabilidad social a través de principios bioéticos como la justicia, la equidad y ética del cuidado, que muestren a una sociedad más digna y humana que incluya a la familia, al verlas desprovistas de los recursos para asumir la protección de sus familiares mayores.(Mascarenhas, Oliveira, Carvalho, Ramos , Lima Valença, et al, 2024) .

En este sentido, la bioética personalista, enuncia con Palomares (2024) a la persona en posesión su dignidad con fundamento ontológico en el ser, de ahí la necesidad de tratarle sin condicionantes y la de asegurarle la protección y defensa de sus derechos y su inclusión en la sociedad especialmente la proveniente de la familia.

Un estudio realizado en Colombia mostro como el AM., es percibido en la familia como un periodo dificultoso, por carecer de solvencia económica, que visibiliza las crisis propiciadas entre los miembros de la familia y el AM, también destaco las muestras de afecto, respeto y solidaridad por parte de los familiares y cuidadores. Sin embargo, había distanciamiento y desconocimiento de la familia hacia la institución donde el AM., pasaba la mayor parte del día. (Salamanca E, Velasco Z.& Díaz Cl., 2018). En otros entornos, los AM., son valorados por su sabiduría, pero también a veces se vuelven casi invisibles, siendo ignorados tanto por la sociedad en general como por su propia familia. Así lo detalla un estudio en Cuba al revelar cuando un AM., desarrolla dependencia, el núcleo familiar queda afectado en el diario vivir, con relaciones tensas y constantes discusiones, causados por los desacuerdos ante cambios imprevistos, las tareas asignadas y el arreglo ante la toma de decisiones adaptadas para atender las necesidades del AM., dependiente (Cordero M, Ferro B, García, & Domínguez A.,2019).

Para la Organización Mundial de la Salud. (OMS.2022), maltratar a ciudadanos mayores, se consolida como problemática pública, al inferir acciones repetitivas que originan daño o sufrimiento, incluyendo la falta de medidas preventivas en las relaciones de confianza. Esta forma de violencia, que afecta los derechos humanos, se evidencia como maltrato físico, psicológico, emocional, económico, abandono, desatención, y menoscabo de la dignidad y el respeto.

Igualmente, en México, García H, & Cantú-Martínez PC (2023) aportaron que la presencia de recursos bioéticos en las interacciones con los AM., promueve una vida digna, ofreciendo herramientas prácticas para fortalecer la conciencia ética al interactuar con los AM., con la práctica diaria de la autonomía, solidaridad, subsidiariedad y sociabilidad; valores éticos fundamentales para garantizar un trato adecuado a estas personas.

Aspectos también percibidos en los asentamientos urbanos como los pueblos jóvenes (PJ) provincia de Chiclayo y norte del Perú, uno de ellos Simón Bolívar, alberga a 150 familias, junto con miembros AM de más de 60 años, ellos padecen de diferentes dificultades de salud, no todos tienen seguro o SIS, estudios previos evidencian la presencia de discusiones y peleas, como ellos mismo lo dicen ¡eso sí no faltan!

Realidad que ayudó a generar el objetivo: describir las consideraciones bioéticas en el trato diario en el hogar a los adultos mayores del Pueblo Joven Simón Bolívar, Chiclayo, Perú.

En este sentido, los AM., representan un grupo vulnerable, con marca de experiencia de vida, merecedores de una atención ética prioritaria, de manera especial en su propio hogar, por ello es importante analizar las consideraciones bioéticas que guían su trato diario, sin omitir que con la edad emergen desafíos físicos, mentales y sociales que demandan respeto a su dignidad. Estudios muestran que muchos AM., sufren soledad y abandono, debido a que sus familiares no pueden cumplir con su visita por otras responsabilidades (Salamanca E, Velasco Z.& Díaz Cl., 2018). Sin embargo, es loable resaltar principios esenciales como, la protección de su seguridad, la promoción de su autonomía, la justicia y el bienestar. (OMS.2022). Sin dejar de lado el acompañamiento, evitar el abandono, abuso, maltrato y negligencia, problemas persistentes que se agravan en tiempos de crisis y al culminar el estudio servirá como antecedente para futuras investigaciones.

Materiales y método

El estudio tuvo enfoque cualitativo descriptivo, exploro significados y profundizo en las acciones, experiencias e ideas de los AM., lo cual exige a Enfermería abordar todos los acontecimientos, hechos y fenómenos relacionados con el objeto de estudio (Berenguera A, Fernández MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D & Saura S, 2016).

La población la conformo 150 AM, domiciliados en el del P.J. Simón Bolívar, Chiclayo- Perú. Está ubicado al Norte de Chiclayo, departamento de Lambayeque, fundado en 1983 con 41 años de existencia. Al presente carece de calles pavimentadas y parque recreacionales para escolares y AM., la autoridad máxima es el teniente Gobernador y sus líderes comunales, las viviendas tienen una pluralidad de material de construcción, según la situación económica del poblador (Radio Exitosa Chiclayo, 2024). Como criterios de inclusión se consideraron a los AM. de 60 años, que residan en el P.J., Simón Bolívar por lo menos 1 año en compañía familiar, con capacidad de escucha y dialogo para responder preguntas, voluntad libre de ser parte de la investigación en el estudio. Los AM, excluidos fueron los visitantes temporales, vivían solos, presentan problemas de audición o alteraciones neurológicas para comunicarse de manera clara y sencilla.

El recojo de la información se ejecutó entre 15 de julio a finales de agosto del 2024, con uso de la entrevista semiestructurada (Berenguera A, Fernández MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D & Saura S, 2016) organizada en datos generales y 8 preguntas. El instrumento tuvo la validación de 3 docentes con experticia cualitativa y experiencia laboral con AM. Cabe resaltar que a través de sus sugerencias algunas preguntas se redireccionaron para una mayor comprensión de los AM.

Durante el desarrollo de la investigación, se requirió el apoyo de la docente encargada de dirigir los talleres de los AM, y del líder comunal, para la obtención de las direcciones de las viviendas. Después la investigadora principal contacto con los AM de forma presencial para explicarles los objetivos del estudio, la solicitud de su colaboración libre, y su firma de consentimiento, después de haber comprendido el propósito del estudio, acordando el día y hora de visita según su disponibilidad. Las entrevistas se llevaron a cabo

en los domicilios de los AM., esta se grabó previo consentimiento y tuvo una duración de 15 a 20 minutos.

Se hizo uso de los criterios de rigor científico de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Grove, Gray, & Burns, 2016), para ello luego de realizada la entrevista se transcribió a Word y antes de hacer una segunda entrevista se aprovechó para enseñarle al primer AM., el escrito para su conformidad o rechazo (algunos AM no se les encontró en su domicilio y se les ubico en los talleres de trabajo). Las entrevistas ordenadas serán guardadas por dos años, pasado este tiempo se descartarán. Asimismo, fueron descritas las características de los AM., y el escenario, así otros investigadores podrían replicar el estudio en su contexto.

La data obtenida se procesó por análisis de contenido temático (Díaz, 2018), pasando por 3 fases: a) Pre análisis, las entrevistas fueron reproducidas en un documento Word a la vez, se identificaron las ideas relevantes sobre la temática a investigar, mediante relectura minuciosa con relectura hasta tres veces. b) Codificación, se identificaron las unidades de análisis en cada párrafo seleccionado, coloreando la idea principal o frases detonadoras en relación con la investigación. c) Categorización, se organizó y se clasificó los códigos obtenidos por criterios de similitud o diferenciación.

En el transcurso del estudio se aplicó los principios éticos personalistas (Sgreccia 2014), no se causó perjuicios a su vida física y emocional de los AM., sus identidades se protegieron con códigos y se manifestó el debido respeto a sus opiniones y recuerdos. La participación de los AM fue libre, con firma de consentimiento informado. Cabe destacar que el estudio tuvo la aprobación de un Comité de Ética e Investigación (Nº 288-2024-USAT-FMED).

Resultados

Categoría A.- Convivencia problemática en el hogar con reclamos alturados e irrespetuosos

Los AM del P.J. Simón Bolívar suelen vivir en compañía de sus hijos o parientes, pero en el transcurso de la convivencia, no reciben un trato adecuado, hay reclamos, expresiones alturadas, amenazas de quitar bienes que les llega a entristecer como los AM lo dicen:

“...Vivo con mi hija, la convivencia es difícil, tenemos problema por la casa, ella tiene 2 hijos y vive también con su esposo, vive al fondo, pero ocupa mi cocina, y al reclamarle empieza a gritarme, me dice que yo me enojo porque quiero...” AM 2

“...el menor de mis hijos es el que me habla mal, me contesta, tiene problemas, su papá nunca estuvo con nosotros (...)el buscaba culpabilidad en cualquiera de nosotros para que reviente...” A M 8

“...a veces mi hija me habla mal y me siento triste, siempre hay pequeños problemas, ya sea por la casa o el orden...” AM 6

“...falleció mi madre y mis hermanas, se quieren quedar con todos los bienes de mi madre, a mí no me quieren dar nada, me tratan muy mal...”AM12

Categoría B.- Menoscabo de la autonomía generado en la familia

La mayoría de AM, sienten que sus opiniones no son valoradas por sus familias. La sensación de pérdida de autonomía es común. A menudo, perciben ser ignorados cuando expresan sus puntos de vista y se les impide tomar decisiones que les conciernen. Estas experiencias les hace callar y prefieren evitar conflictos, como lo expresan:

“...No todas mis opiniones mis hijos las escuchan, se molestan conmigo y me dicen hay mi mamá que barbaridad, a veces me irrito, ya sea por llamarles la atención por algo que no me gusta o me incomode...”AM1

“...Mi hija, no me hace caso en las opiniones que le doy, yo le ayudo a cuidar a su hija la mayor, también cuido a mi mamá, (...), pero pienso que va a comer mi nieta, mi hija no se preocupa a la hora que va almorzar, para en el celular, tengo que estar pendiente siempre con su comidita, siempre le reclamo y me responde que ella sabrá a la hora que le daré su comida...”AM3

“...mi hija no quiere que me meta de como educa a su hija, no me meto para evitar esos problemas (...) no quieren que me preocupe y por eso no me dicen nada, me entero cuando ya paso el problema...”AM8

“...me dejan de lado mis hermanas, mis hijos cada quien vive en su casa, cuando quiero hacer algo, tengo que tomar la decisión sola, no cuento con nadie de mis hermanos, mis hijos están cada quien con sus problemas...”AM7

“...cuando le hablaba mi esposo no me hacía caso, entonces cuando yo quería salir mejor ya no le decía nada...”AM10

Categoría C.- Ausencia de dialogo, marcado por la soledad y falta de apoyo económico

En el entorno familiar, dada su edad los AM se sienten solos, varios adolecen de problemas de salud, y también están presentes las dificultades económicas, como un desafío complejo que afrontan a veces en silencio, así lo manifiestan:

“...me siento sola, llevo arrastrando una depresión, a raíz que mi hermana se enfermó, mi hijo empezó a salir mucho, estaba muy rebelde, repitió año (...), me preocupaba, y mucho me dolía la cabeza y el ojo derecho, no podía dormir...”AM12

“...me sentía triste, sola cuando peleaba con mi hija, el día de la madre se acercó y me pidió disculpa, yo sufro de purpura, hace 21 años fui operada de miomas, me sacaron ovarios, tuve hemorragia, pero ahí (...) supe salir adelante, tenía que alimentarme bien y no preocuparme...”AM2

“...me pongo triste, a veces pienso y digo ¡hay Dios mío! el día que me enferme con que plata me hare atender...”AM5

“...pedí apoyo para terminar de construir una parte de mi casa que me faltaba, pero ni mi hijo me escucho, el que me dio plata fue mi nieto...”AM 6

“...a raíz que mi esposo falleció no tengo con quien dialogar, a quien pedir ayuda, una opinión, a veces acudo a las amistades que me apoyen, no es lo mismo que tengan alguien con quien compartir muchas cosas, a veces me desespero no sé qué hacer...”AM9

Categoría D.-Sentimiento de utilidad propia con distracciones

Ante las adversidades sentidas en el hogar los AM., buscan formas de despejar su mente y distraerse para sentirse que aprovechan en tiempo y sentirse más libres, salen del hogar hacia los talleres que les brinda la comunidad, conversan con amigos o ven TV, comentados por ellos:

“...por eso gracias a Dios que el club del adulto mayor existe, aquí vengo y me distrae mucho, ya no tengo que estar pensando en tonte-rías...”AM9

“...trato de no estar triste cuando están mis hijos, me pongo a tejer, ver tv. y con una amiga conversamos y así me despejo...”AM8

“...un psicólogo me mando con un psiquiatra, donde me indicaron pastillas para dormir, mi hijo es el que se hace cargo de todo, el problema es que yo no me acostumbro vivir aquí...”AM10

Discusión

Convivir con su familia genera en los AM del P.J Simón Bolívar una serie de inconvenientes donde fluyen reclamos, expresiones irrespetuosas, amenazas de quitar bienes que les llegan a entristecerles como también lo muestra el estudio de Aguirre, Pérez y Arellano (2020), al enfatizar que la participación de los AM en diversas actividades, dentro como fuera del hogar, no los exime del riesgo de sufrir maltrato, a pesar de ser productivos reportaron maltrato psicológico, seguido de negligencias, violencia económica y, en menor medida, la física. Como principales autores estaban los hijos, seguidos por nietos, nueras y yernos. Coincide un estudio en India, al concluir que agregado al envejecimiento de las personas se suma la desintegración de la estructura familiar tradicional, incrementando en los AM su vulnerabilidad. (Saha S& Pandit D.. 2024). Lo mismo asiente Nuñez ML, Fajardo E, & Henao AM, (2020), los cambios socioeconómicos ejercen presión sobre las familias, incrementando la prevalencia de dinámicas disfuncionales y violencia intrafamiliar, donde los afectados son los AM., vulnerables a sufrir maltrato psicológico y físico contradiciendo la idea tradicional del hogar como un espacio seguro y protector.

Por su parte García y Cantú-Martínez (2020), afirman que las personas AM., requieren buen trato, respeto y comprensión, tomarlos en cuenta, ofrecerles compañía, amor, cariño, atención, cuidados y que los escuchen, estos recursos bioéticos les favorecen a llevar una vida digna.

Por consiguiente, la despersonalización de la sociedad, requiere de la bioética y con esta la gran preocupación por la centralidad de la atención en la persona, donde el personalismo contribuye a reconocer el valor de su dignidad, el valor del encuentro comunitario y el inicio hacia la trascendencia, donde prime el respeto y el valor de

la persona por encima de formas de carácter o problemas de índole familiar (Aurenque D, 2020).

De ahí, que las intervenciones de enfermería son muy importantes de forma concreta la educación continua y la comunicación abierta entre los AM y sus familias para identificar y prevenir el maltrato, especialmente la negligencia.

También la mayoría de AM, sienten que sus opiniones no son valoradas, la sensación de pérdida de autonomía es común, optan por callar generando tensión y distancia en las relaciones familiares. Estas apreciaciones discrepan con una investigación en Chile, al mostrar como la familia tienen como función promover prácticas que fomenten la autonomía, la toma de decisiones compartida y la creación de entornos que favorezcan la participación y la inclusión de sus miembros AM. (Aued ML, 2020). En esta misma línea Carrasco M, González H, Atuy HS, Guerra TR, & Toledo D (2020), explican que las características del AM, influyen en su nivel de autonomía y la relación de quienes les rodean son determinantes, libre de interferencias externas y limitaciones personales que impiden hacer una elección.

Estas narrativas merecen una mirada bioética de los profesionales de la Salud para lograr obtener una visión integral de la atención al AM., especialmente en Atención Primaria de Salud que involucra verlo en una concepción global; siendo indispensable la intervención de la familia, las redes amicales y sociales y una adecuada atención de salud, fundamentales para que sea posible no solo la práctica de los principios éticos sino la perfección de los mismos (López W, Liranza B, Theresé E. Martinez A, Fernández A. et al., (2021).

De esta manera, la actuación de la bioética personalista, arraigada, al centrarse en la persona en su totalidad, obliga a abogar por los derechos junto a la dignidad de los AM, promoviendo su bienestar y su participación activa en la sociedad.

Por esta razón, los profesionales de la salud, deben incursionar con las autoridades de los pueblos jóvenes, ante una población que envejece con desafíos futuros para satisfacer sus necesidades, con apoyo hacia una convivencia familiar donde al AM., sea valorado en su experiencia, decisiones, así como sus solicitudes, ya que confía en los miembros de su familia y en las autoridades que la protegen (Dev, P. S., & Eljo, J. O. J. G., 2024).

Al mismo tiempo los AM., también en el entorno familiar, dada su edad se sienten solos, varios adolecen de problemas de salud, y también tienen dificultades económicas, como un desafío complejo que afrontan a veces en silencio, sintiendo no ser comprendido por ausencia de conversación y dialogo. Al respecto Piñas (2020) aporta que uno de los dramas de la ancianidad, en circunstancias de su libertad les obliga a permanecer junto a sus familiares o a depender económicamente de ellos, ante la ausencia de una protección familiar y la precariedad de servicios sociales adecuados dentro del contexto social. Con las mismas ideas Robles-Silva L, & MartínezS, (2023) enfatizan que la soledad emocional es una experiencia dolorosa y estresante que surge de la carencia de vínculos afectivos cercanos, procedente del abandono de las relaciones familiares al interior de la casa; tales como la ausencia de la pareja, de los hijos o de los nietos. Con lo cual Lategan L, Van Zyl G & Kruger W, (2022) aportan que en una comunidad donde los AM., van en incremento, exige al sistema de salud pública, ciertas consecuencias éticas para el sector de la atención de la salud y saber atender los desafíos éticos que enfrenta la comunidad geriátrica porque su salud y bienestar se ven amenazados por la vulnerabilidad y los daños causados por personas, instituciones, sistemas y prácticas. Así, el utilitarismo, como corriente bioética presente en la sociedad, solo valora la operatividad productiva de la persona, pensamiento que contrasta con los aportes del Papa León XIV, (2025), al convocar a la reflexión de no dejar solos a los ancianos, derrumbar la indiferencia con ellos, no seguir permitiendo que la sociedad global se acostumbre, a dejar lo más importante y valorarlos como personas mayores con gran experiencia de vida. Lo loable de su edad son sus vivencias y grandes aprendizajes. Con ello, una fuente de sabiduría y conocimiento para las generaciones más jóvenes.

En todas estas circunstancias, las aportaciones de la vida social, ofrecen a los AM, variedad de estrategias para ocupar el tiempo libre. Al respecto Raymond E, Carrasco-Pavez MV, Becerra-Villarroel PI, Puentes-Gálvez & Gallardo-Peralta (2024) señalan que la noción de responsabilidad individual en los AM, les favorece a saber enfrentar aquellas situaciones que obstaculizan su participación con la sociedad, el saber mostrar su motivación y competencia agencial, como son las variadas adaptaciones del domicilio, así como el uso de las actividades recreativas colectivas, ejercicios en grupo,

de tal forma que aprendan a pertenecer a espacios de inclusión social y fuentes de bienestar.

Ante esta situación, enfermería debe intervenir en abogar por los derechos de los AM y proponer variedad de modelos que favorezcan su salud integral y valorarlos como autores sociales de cambio por su gran experiencia. Sin embargo, las consideraciones Bioéticas no señalan decisiones o conductas morales absolutas a seguir, porque los propios profesionales y según su profesión llevan implícitos los deberes que les permiten la compasión y la reflexión ética (González C., 2020).

Conclusiones

Los adultos mayores del P.J. Simón Bolívar sufren los estragos del edanismo de la sociedad actual y desde la convivencia familiar, volviéndose una experiencia que altera su bienestar al recibir injurias verbales, reclamos injustificados, y tener que lidiar con familiares cercanos al reclamar sus bienes patrimoniales. Experimentando en la convivencia familiar que su autonomía está debilitada, ya que la familia a veces no toma en cuenta sus opiniones o no comparten con ellos decisiones, sienten soledad aun viviendo con la familia, y optan por quedarse callados para que los problemas no se incrementen.

En su afán de distraerse y seguir viviendo, los AM., buscan distraerse dentro o fuera del hogar encontrando en la convivencia social como el Club del adulto mayor formas de dialogar con otras personas iguales a ellas, también aceptan la ayuda proveniente de profesionales especializados buscando tener una vida propia de personas con derechos inalienables.

Las consideraciones bioéticas con respecto al trato en la convivencia familiar permiten reflexionar que los cambios son posibles cuando existe la primacía por la persona y enfermería opta por esa opción.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Naciones Unidas. CEPAL. Envejecimiento en América latina y el caribe. Inclusión y derechos de las personas mayores. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
- Vincent, J.L. & Creteur, J. (2020). Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 248–252. <https://doi.org/10.1177/2048872620922788>
- Viejo R. ¿Qué convierte en «exitoso» al envejecimiento de éxito? [Internet]. Comillas.edu. 2020 [citado el 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/12033/11414>
- Mascarenhas, A. P. F., Oliveira, A. C. L. C. de, Carvalho, C. J. G. de, Ramos, J. de A., Lima, N. M. F. V., Valença, C. N., & Távora, R. C. de O. (2024). Bioética e vulnerabilidade social da pessoa idosa no contexto da pandemia COVID-19: um ensaio teórico. *Revista iberoamericana de bioética*, 24, 01–13. <https://doi.org/10.14422/rib.i24.y2024.006>
- Palomares Cantero, J. M. (2024). Desafíos bioéticos de las políticas públicas ante el envejecimiento poblacional en Latinoamérica. *Medicina y ética: Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica*, 35(2), 374–428. <https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n2.03>
- Salamanca E, Velasco Z. & Díaz Cl. (2018) Entorno familiar del adulto mayor de los centros de vida de la ciudad de Villavicencio, Colombia. Recuperado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/19775/21803>

- Cordero , Ferro B, García, & Domínguez A.(2019). Cuidado informal al adultomayor encamado en un área de salud. *Rev Ciencias Médicas* ; 23(2): 195-203. Recuperado de: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3786>
- Organización Mundial de la salud.(OMS 2022) Maltrato de las personas mayores. recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
- García H, Cantú-Martínez PC.(2023) Interacciones bioéticas: el arte del buen trato al adulto mayor. *Rev colomb bioét.* Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcb/v18n1/2590-9452-rcb-18-01-e03.pdf>
- Berenguera A, Fernández MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, et al. (2016) Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud .1a ed. Barcelona: IDIAPJ.G. Recuperado en: <http://tinyurl.com/22abd372>
- Radio Exitosa Chiclayo.(2024) Pueblo Joven Simón Bolívar, Celebra su 41 aniversario. Recuperado en: <https://www.facebook.com/ChiclayoExitosa/videos/7500181346765197>
- Grove, S., Gray, J & Burns, N. (2016). Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6rd ed. Barcelona: Elsevier.
- Díaz, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Rev. gen. inf. Doc*, 28(1): 119-42. <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/60813/4564456547606>
- Sgreccia E.(2014)Manual de Bioética II. 4ta edc. Traducida al español. Barcelona: Biblioteca Autores Cristianos.
- Aguirre LMV, de la Caridad Pérez Mato D, Arellano GG. Funcionalidad Familiar y maltrato a los adultos mayores. Sector Durán, Fundación NURTAC. *Rev Publicando [Internet]*. 2020 [citado el 10 de septiembre de 2024];7(23):3-13. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2039>
- Saha S, Pandit D. Neighborhood characteristics and quality of life (QoL) of older adults: A qualitative exploration from the perspective of Indian older adults (case study of Kolkata, India). *Ageing Int [Internet]*. 2024;49(1):78-111. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12126-023-09530-z>
- Nuñez ML, Fajardo E & Henao AM. (2020) Violencia contra las personas mayores: percepciones de actores de redes de apoyo

- social. Espacios [Internet]. 2020;41(47):3918.Disponible en: <http://w.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p28.pdf>
- García H, Cantú-Martínez PC. Interacciones bioéticas: el arte del buen trato al adulto mayor. Rev colomb bioét [Internet]. 2023;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18270/rcb.v18i1.3550>
- Aurenque D. (2020) Fenomenología de la vejez y el cuerpo como anclaje al tiempo “Se debe ser viejo para reconocer lo breve que es la vida”. Rev Valencia Estud Filos Let ;14(27):147–68. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-25382021000100147
- Aued MI (2020). Autonomía y dignidad de los adultos mayores en Chile. Rev. méd. Chile; 148(12): 1861-1862. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001201861>
- Carrasco M, González H, Atuy HS, Guerra TR &, Toledo d (2020). Las corrientes bioéticas en el tratamiento al adulto mayor en Placetas. Retos para su transformación. Noved Poblac;16(32):297–322. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782020000200297&lng=es&tlng=es
- López W, Liranza B, Theresé E. Martínez A, Fernández A. et al., (2021).Aspectos bioéticos en la atención integral del adulto mayor en la pandemia de la COVID-19.Disponible: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/507/366>
- Dev, P. S., & Eljo, J. O. J. G. (2024). Ethical considerations for older adults. Nusantara Journal of Behavioral and Social Sciences, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.47679/202444>
- Piñas, A. (2020). Antropología del envejecimiento: el respeto a la autonomía del mayor: Mejorar el cuidado mediante la bioética narrativa. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (12), 01–15. <https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.004>
- Robles-Silva L& Martínez S. (2023) Vivir solo durante la vejez: estrategias de afrontamiento ante la soledad . Ucr.ac.cr. Disponible <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/54613/59461>

- Lategan L, Van Zyl G, Kruger W. (2022) What is public health ethics for the geriatric community? Health SA Gesondheid. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1824>
- Papa Leon XIV. (2025) Mensaje del Santo Padre para la V Jornada Mundial de los abuelos y de los ancianos. Disponible en: <https://press.vatican.va/content/salastampa/es/bollettino/pubblico/2025/07/10/100725b.html>
- Raymond E, Carrasco-Pavez MV, Becerra-Villarroel PI, Puentes-Gálvez AP, Gallardo-Peralta LP. (2024) La participación social en el cruce de la vejez y la discapacidad: incidencia de los factores personales y ambientales en personas mayores chilenas. Altern Cuad Trab Soc;31(2):332–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/altern.25693>
- González C. (2020) Aspectos éticos en el cuidado de personas mayores. Uach.cl. 2020. Disponible en: <https://diario.uach.cl/aspectos-eticos-en-el-cuidado-de-personas-mayores/>

Capítulo 6

El consentimiento informado en la práctica ética de enfermería: pilar fundamental para el cuidado humanizado en los primeros mil días de vida

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.06>

ESTHELA CAROLINA HIDALGO-TAPIA

Doctora en Enfermería

Universidad de Cuenca, Ecuador

carolina.hidalgo21@ucuenca.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0005-9979-7279>

ROSA JEUNA DIAZ MANCHAY*

Doctora en ciencias de enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

rdiaz@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

*Autora de Correspondencia

Resumen

Introducción: El consentimiento informado en la práctica de enfermería se posiciona no solo como un protocolo, sino como el cimiento de un cuidado humanizado que respeta la dignidad y los derechos del paciente. Si bien su relevancia es universal, la aplicación demanda una atención y sensibilidad particular durante los primeros mil días de vida. **Objetivo:** Describir las experiencias del personal de enfermería en relación a la aplicación del consentimiento informado durante los primeros mil días de vida. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo, uso de método sistematización de experiencias, los datos se recolectaron a través de una entrevista semiestructurada a doce profesionales de enfermería que laboran en los centros de salud de la Provincia del Azuay, Cantón Cuenca pertenecientes a la Coordinación Zonal 6- Distrito 01D04. El procesamiento de los datos se realizó con el análisis de contenido temático. **Resultados:** Surgieron tres categorías: a) Consentimiento informado en el cuidado enfermero durante los 270 días de vida intrauterina, b) Consentimiento informado en el cuidado enfermero durante el primer año de vida, c) Consentimiento informado en el cuidado enfermero durante el segundo año de vida. **Conclusiones:** El consentimiento informado en la práctica de enfermería, particularmente durante los primeros mil días de vida, emerge como un pilar fundamental del cuidado humanizado. A lo largo de las etapas analizadas, desde el embarazo hasta los dos años de vida del niño, se demuestra que los profesionales de enfermería integran este principio ético en su accionar cotidiano, asegurando que los cuidadores participen de manera activa, informada y voluntaria en las decisiones relacionadas con la salud de sus hijos.

Palabras claves: Rol de la Enfermera; Enfermería en Salud Comunitaria; Mujer Embarazada; Cuidado del niño; Consentimiento informado.

Introducción

El consentimiento informado en la práctica ética de enfermería es un aspecto fundamental para garantizar la autonomía de los pacientes, promoviendo el respeto a sus decisiones en el contexto del

cuidado de la salud. En el ámbito de la enfermería, este principio se constituye como una base esencial para establecer una relación de confianza y respeto entre los profesionales de salud y los pacientes, especialmente durante los primeros mil días de vida, un periodo crucial para el desarrollo humano. Durante este lapso, los cuidados brindados tienen un impacto directo en el bienestar físico, emocional y psicológico del niño, por lo que el consentimiento informado adquiere un papel vital en la garantía de un cuidado humanizado.

En este sentido, el enfoque humanizado en los cuidados de salud implica no solo la aplicación de protocolos médicos, sino también la consideración del contexto social, cultural y emocional del paciente, por lo tanto, la enfermería, juega un papel preponderante en la implementación del consentimiento informado (Shah et al. 2024), donde se asegura que los cuidadores, ya sean los padres o tutores, comprendan la información relevante sobre los procedimientos médicos que se realizarán en los primeros días de vida del niño, que de acuerdo con Patiño et al. (2020), la participación activa de los padres y cuidadores en la toma de decisiones sobre la salud de los menores fortalece la relación de cuidado y contribuye a la mejora de los resultados en salud a largo plazo.

Cabe destacar que, el respeto a la autonomía de los padres y cuidadores es un imperativo ético y también legal, sin embargo, la falta de información clara y accesible puede generar conflictos y desconfianza, lo que podría afectar el bienestar del niño y la eficacia del tratamiento. De acuerdo con González y López (2021), el consentimiento informado debe ser presentado de forma comprensible y adaptada a las necesidades y nivel de comprensión de los involucrados, teniendo en cuenta que la información debe ser clara, precisa y disponible en un lenguaje accesible. De allí que, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de proporcionar los medios adecuados para que los cuidadores puedan tomar decisiones informadas, favoreciendo así un entorno de cuidado más inclusivo y respetuoso.

En este orden de ideas, el principio ético del consentimiento informado en enfermería no está restringido únicamente a la firma de un documento, ya que implica un proceso continuo de comunicación, comprensión y toma de decisiones compartidas. Es un acto de respeto hacia la autonomía de los padres o tutores, que se sienten empoderados al ser incluidos en las decisiones sobre la

salud de su hijo, considerando que este enfoque también fomenta la confianza mutua, un aspecto esencial para un cuidado de calidad y una relación positiva entre profesionales de la salud y familias. Al ser implementado de manera efectiva, el consentimiento informado contribuye a la construcción de un entorno de salud más ético y respetuoso (Patiño et al., 2020).

Asimismo, la implementación del consentimiento informado en el cuidado pediátrico también incluye el respeto por la dignidad de la familia, la cual debe ser vista como un sistema integral en el proceso de cuidado, y su participación activa es indispensable; por tanto, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de proporcionar un ambiente en el que los cuidadores se sientan escuchados y valorados. Este respeto mutuo fomenta una relación de colaboración, en la cual los padres pueden confiar en que sus decisiones serán tomadas en cuenta en el mejor interés de su hijo, mediante este proceso, se fomenta una experiencia de cuidado más humana y menos centrada únicamente en el aspecto técnico del tratamiento (Patiño et al., 2020). Frente a lo mencionado se planteó como objetivo: Describir las experiencias del personal de enfermería en relación con la aplicación del consentimiento informado durante los primeros mil días de vida.

Materiales y métodos

Esta investigación fue de tipo cualitativa (Vizcaino, 2023), el objetivo fue comprender y explicar el contexto de las experiencias relacionadas con la aplicación del consentimiento informado en la praxis durante los mil días de vida. El método utilizado fue la sistematización de experiencias, el cual implicó reflexionar y analizar críticamente una o más vivencias. Los 12 participantes del estudio llevaron a cabo una reconstrucción de los eventos relacionados con las experiencias y actividades que realizan en el primer nivel de atención. Esto se realizó considerando cada una de las etapas de la estrategia, que se divide en el cuidado enfermero durante los 270 días de gestación, los 365 días del primer año y los 365 días del segundo año de vida.

La población del estudio estuvo conformada por 19 profesionales de enfermería que trabajan en el área comunitaria, correspondan

a los 19 centros de salud de la provincia del Azuay, Cantón Cuenca pertenecientes a la Coordinación Zonal 6- Distrito 01D04.

- Criterios de inclusión: Se consideró profesionales de enfermería con al menos un año de experiencia en la estrategia de los mil días de vida.
- Criterios de exclusión: Profesionales de enfermería con permiso por enfermedad o periodo vacacional.

El tamaño de la muestra fue de 12 profesionales de enfermería obtenidos por la técnica de saturación y redundancia, es decir, cuando los datos sean repetidos y no haya datos relevantes que recolectar. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Se llevó a cabo la recopilación y registro de datos mediante la técnica de entrevista, utilizando una guía de entrevista semiestructurada la misma que fue dirigida a los profesionales de enfermería los cuales fueron validados por juicios de tres expertos, mismos que cuentan con el grado de doctorado, dos de ellos expertos en el método y los tres expertos en la temática, además poseen una gran experiencia en investigación cualitativa. La entrevista se realizó mediante el entorno virtual ZOOM, durante los meses de noviembre, diciembre del 2023 y enero del 2024, mismos que fueron grabadas, previo consentimiento de los participantes del estudio y según su disponibilidad, la entrevista tuvo una duración aproximada de 25 minutos.

Se realizó un análisis de contenido temático (Cházaro, 2024) de la información recopilada, a través del cual se evaluó la información obtenida de los participantes durante la entrevista. Se procesó la información considerando las tres fases del proceso: preanálisis, codificación y categorización. a) Preanálisis: la investigadora previo consentimiento informado, aplicó la entrevista semiestructurada a cada sujeto de estudio, realizó la transcripción en formato Word, se identificó los datos que se van saturando y se eliminaron muletillas o ideas que no se relacionen con el tema, sin cambiar el significado de los relatos. b) Codificación: se clasificaron los datos obtenidos mediante la técnica del subrayado, transformando las frases o discursos en datos útiles para luego asignarles un código y se realizó una agrupación de datos seleccionados. c) Categorización: Los códigos fueron seleccionados, ordenados y clasificados por igualdad

en su contenido, de acuerdo a los objetivos del estudio, y se obtuvieron tres categorías.

Se aplicaron los principios éticos (Simón, 2020) respetando la autonomía, la participación de los sujetos fue de manera voluntaria, previa obtención de su consentimiento informado, pudiendo dejar de participar en la investigación en cualquier momento si así lo decidían. Asimismo, se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos, utilizando seudónimos para su identificación en el capítulo de resultados y discusión. Además, no fueron sometidos a ningún experimento, cumpliendo con los criterios de beneficencia y justicia. Consecutivamente, se gestionó la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina con resolución N° 449-2023-USAT-FMED.

Resultados

Después de un minucioso procesamiento de datos de las entrevistas dirigidas a los profesionales de enfermería del ámbito comunitario en el que se resalta la experiencia de los profesionales sobre la aplicación del consentimiento informado en la práctica durante los mil días de vida, se han seleccionado los discursos más significativos que ilustran cada una de las tres categorías:

a) Consentimiento informado en el cuidado enfermero durante los 270 días de vida intrauterina

Las enfermeras/os del estudio manifiestan que el cuidado que brindan durante los 270 días es esencial para garantizar la salud de la madre y del feto, un cuidado adecuado en esta etapa contribuye a un inicio saludable para el bebé, mencionan que realizan actividades asistenciales, administrativas y de promoción de la salud y en cada una de ellas incorporan el consentimiento informado ya sea de manera verbal o escrita.

Cuando se refieren a lo asistencial hacen referencia a todo lo procedimental que realizan con la gestante como pruebas rápidas y en las que consideran educarle de que se trata y posterior le hacen firmar un documento y con este requisito proceden a realizar las actividades. En relación a lo administrativo ese trata de documentar

en el sistema electrónico, historia clínica, carnet los procedimientos realizados, sin embargo, el exceso de matrices muchas de las veces dificultan tener el registro de todos los consentimientos y en la promoción de la salud se pretende que la gestante conozca siempre cada procedimiento antes de ser ejecutado y este cuente con su autorización. Tal como lo indican:

“El primer contacto que tienen las embarazadas son con nosotros los profesionales enfermeros, estar en contacto ya sea desde los centros de salud o en visitas domiciliarias nos ha permitido llegar a las gestantes a través de las diferentes actividades como la evaluación de la nutrición, tamizajes rápidos para la prevención de enfermedades infectocontagiosas como el VIH que se considera primero el consentimiento informado, la administración de inmunizaciones...” Vale

“Antes de realizar cualquier procedimiento a la gestante teniendo en cuenta que tenemos a un binomio, explico con detalle que procedimientos realizaré, para que sirva, beneficios, y sobre todo la confidencialidad que se mantendrá con cualquier resultado, posterior pregunto si tiene dudas o preguntas, la gestante firma el consentimiento a las pruebas o procedimiento, se registra en la historia clínica y el sistema informático, aunque con tantas matrices que tenemos a veces se nos olvida y se procede con la actividad...” Fer

“Para explicar el procedimiento y obtener el consentimiento de la mujer embarazada es importante primero conocerla, es decir la edad, nivel de instrucción, idioma, estado civil, ideología cultural, religiosa puesto que todas estas connotaciones influyen sobre en entendimiento de los procedimientos o actividades y de la aprobación o no de la madre...” Toño

b) Consentimiento informado en el cuidado enfermero durante el primer año de vida

De acuerdo con la investigación las enfermeras/os en esta etapa de vida desempeñan actividades asistenciales directamente con el niño. Sin embargo, todo bajo la supervisión de los padres, uno de los procedimientos que solamente maneja el profesional de enfermería es el tamizaje metabólico neonatal, mismo que realizan a los niños desde el cuarto día de nacido y aquí consideran fundamental el consentimiento informado verbal y escrito. Además, señalan que desde los dos meses inician con la administración de vacunas de acuerdo

al esquema nacional de inmunizaciones de la misma manera a los cuatro y seis meses, los profesionales refieren que a partir de los seis meses realizan la administración de vitamina A.

Otras de las actividades que realizan a los seis meses es el tamizaje de hemoglobina que permite evaluar si existe anemia en el niño, todos estos procedimientos lo ejecutan con el previo consentimiento verbal de la madre, otra de las funciones durante el primer año de vida es la administrativa en la que se registra el consentimiento en la historia clínica física o en el sistema informático. Sin embargo, con la creación de tantas matrices al personal a veces obvian estos trámites importantes y la promoción de la salud que en el primer nivel de atención es fundamental puesto que el personal de enfermería debe contar con cualidades blandas importantes para que la madre entienda los procedimientos y acepte que su hijo se realice los procedimientos. Tal como lo establecen a continuación:

“La primera actividad que realizó con el recién nacido es el tamizaje metabólico neonatal que se puede realizar hasta los 28 días se detecta hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria, hipotiroidismo y galactosemia teniendo en cuenta que como voy a manipular una muestra biológica necesito primero considerar el consentimiento informado teniendo en cuenta la autonomía y dignidad del paciente... Cuando el niño acude junto a su madre para el control médico a partir del primer mes lo primero que realizo es la toma de signos vitales, medidas antropométricas, examen físico misma que también solicito el consentimiento verbal...”
Lola

“Para el tamizaje metabólico neonatal se va a obtener una muestra sanguínea por lo que solicito a la madre el consentimiento informado a través de una firma... Todas las actividades se deben cumplir con el registro en el carnet del niño, en el sistema informativo y también en nuestro registro propio del personal de enfermería, siendo varios sistemas de registro que muchas veces lo hacemos fuera de nuestras horas laborales...” Pau

“La educación que brindamos a las madres, padre o cuidadores es muy importante antes de someter a nuestros pequeños a cualquier procedimiento puesto que los representantes deben estar muy bien educados de lo que vamos hacer con las muestras sanguíneas de sus hijos, ya sea para tamizaje metabólico o para hemoglobina, o a su vez un consentimiento verbal antes de cualquier procedimiento aun siendo el más bá-

sico como toma de signos vitales y medidas antropométricas deberíamos tener esta cultura de que para todo solicitar un consentimiento...” Vale

c) Consentimiento informado en el cuidado enfermero durante el segundo año de vida

Las experiencias manifestadas por parte del profesional de enfermería durante el segundo año de vida radican en el cuidado al niño desde los 13 a los 24 meses de vida, inician las actividades asistenciales con el control del niño sano a los 13 meses en el que realizan valoración e interpretación de las curvas de crecimiento como peso, talla, perímetro cefálico, valoración de constantes vitales, teniendo en consideración que para cada actividad se solicita el consentimiento verbal a los cuidadores, durante esta etapa de vida se continua con la administración de vitamina A y el tamizaje de hemoglobina que lo realizan cada seis meses, para ellos se solicita el permiso para la toma de muestra.

Sin embargo, una de las preocupaciones que manifiestan los enfermeros/as es que a pesar del constante recordatorio para el control médico permanente del niño/a hay un gran ausentismo que generalmente se da posterior a la última dosis del esquema de vacuna y varios profesionales desde su experiencia manifiestan que los niños asisten a las unidades solamente en caso de enfermedad. Otra de las funciones que cumplen los profesionales es la promoción de la salud en la que previamente al procedimiento indican con detalle los beneficios y cuidados en el hogar y la función administrativa que cumple el personal de enfermería hace referencia a los registros en la histórica clínica, informático y carnet del niño. Tal como lo mencionan:

“Al año 6 meses, el niño tiene que colocarse la vacuna de sarampión, rubeola, parotiditis...para la inmunización de igual manera se valora si es que el niño tiene problemas de crecimiento mediante la valoración de peso, talla índice de masa corporal, medimos perímetro cefálico procedimientos que se educan inicialmente a los cuidadores, para obtener la autorización, también se realiza un tamizaje de hemoglobina que esta se la hace cada 6 meses para detectar si el niño tiene problemas o la presencia de anemia teniendo en cuenta el previo consentimiento de los padres o abuelos...” Cami

“Las actividades que realizo durante el segundo año de vida se fundamentan en actividades operativas como inmunizar, realizar un seguimiento del peso y talla a través de las medidas antropométricas, administración de vitamina A, entrega de chispas, visitas domiciliarias, tamizaje de hemoglobina y para esto solicito el permiso a los padres para la toma de muestra...” Flor

“Como generalmente no acuden los padres con los niños a los controles médicos, acudimos a visitas domiciliarias, para determinar el estado de salud, para vacunas, para entrega de micronutrientes, teniendo en cuenta que para tener contacto con los niños primero debemos informar a la madre para que nos consienta examinar al niño, valorar, y aplicar los procedimientos indicados, si no aplicamos técnicas adecuadas de comunicación y empatía simplemente no nos autorizan...” Magui

Discusión

La información recopilada sobre el rol de las enfermeras durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño nos permite comprender la importancia de su labor en las diferentes etapas del desarrollo infantil. Las actividades asistenciales, administrativas y promoción de la salud varían según la edad del niño, pero todas comparten un enfoque común: la prevención, el seguimiento y la promoción de un estilo de vida saludable. Durante estas etapas, las enfermeras deben asegurarse de que las familias comprendan cada intervención propuesta y otorguen su consentimiento, adaptando el proceso de información y consentimiento a las características específicas de cada etapa del desarrollo.

En lo que se refiere a los fundamentos éticos en la práctica de enfermería, enfocamos en el rol capital del consentimiento informado, particularmente durante el período crítico de los primeros mil días de vida, una etapa definitoria del desarrollo infantil. En el marco del presente estudio, se evidencia que el ejercicio profesional de la enfermería en este contexto abarca no solo la ejecución de actividades de índole técnica, como la realización de tamizajes específicos, la administración de inmunizaciones o la implementación de valoraciones antropométricas, sino que de manera intrínseca asume una responsabilidad ética fundamental al garantizar que cada una de

estas intervenciones se lleve a cabo previa autorización y comprensión plena por parte de los cuidadores principales.

Como pertinentemente señalan Shah et al. (2024), el consentimiento informado trasciende la mera condición de requisito legal, se configura como una herramienta esencial para la promoción de la autonomía de los pacientes y el fortalecimiento de la relación terapéutica. Los resultados de las entrevistas realizadas reflejan esta perspectiva al demostrar que el personal de enfermería prioriza sistemáticamente la provisión de información comprensible antes de ejecutar cualquier procedimiento, lo cual cobra especial relevancia en contextos caracterizados por una elevada vulnerabilidad, como son el embarazo y la primera infancia.

Durante la etapa intrauterina, los profesionales consultados destacan la práctica establecida de obtener la firma del consentimiento informado como condición previa a la realización de tamizajes dirigidos a la detección de VIH y sífilis. Este procedimiento revalida el principio bioético fundamental del respeto a la autonomía, tal como es reconocido por autores como Bernal et al. (2021), quienes enfatizan que, incluso en el ámbito materno-infantil, la madre, actuando como representante legal del feto, ostenta el derecho inalienable a ser informada de manera clara y a tomar decisiones conscientes respecto a su atención y la del no nacido.

Esta práctica se alinea coherentemente con las recomendaciones emitidas por la American Nurses Association (ANA, 2021), que promueven un modelo de atención centrado en la persona y conciben el consentimiento como un proceso dinámico y continuo, no circunscrito a un acto puntual. A pesar de que algunas enfermeras manifestaron la existencia de dificultades de carácter administrativo asociadas al registro detallado de cada consentimiento, el valor ético inherente a este proceso mantiene su preeminencia, lo cual indica un compromiso significativo del personal con la provisión de un cuidado humanizado.

En lo que corresponde al rol de la enfermería durante el primer año de vida, el consentimiento informado adquiere una visibilidad acrecentada debido a la multiplicidad de procedimientos que se llevan a cabo. Entre estos tenemos el tamizaje metabólico neonatal, la administración del esquema de vacunación o los controles periódicos para la detección y manejo de la anemia. En relación con todas estas intervenciones, las enfermeras entrevistadas refirieron la nece-

sidad explícita de obtener la autorización anticipada de los padres, asegurándose de que estos comprendan cabalmente tanto el objetivo del procedimiento como sus potenciales riesgos y beneficios.

Este abordaje concuerda con los planteamientos de Bravo et al. (2021), quienes argumentan que el proceso de consentimiento informado debe ser adaptado a las particularidades del contexto cultural y al nivel de alfabetización en salud de los cuidadores, con el fin de optimizar la efectividad de la comunicación. Los hallazgos del estudio evidencian esfuerzos deliberados por parte de los profesionales para utilizar un lenguaje accesible y generar un ambiente de confianza con las familias, lo cual contribuye positivamente al fortalecimiento del vínculo terapéutico y a la mejora de la adherencia a los programas de salud infantil, lo cual es un paso clave en la promoción de la salud infantil (Rodríguez et al., 2021).

Ahora bien, el segundo año de vida mantiene la continuidad de este enfoque ético, incorporando actividades como el tamizaje de hemoglobina y la administración profiláctica de vitamina A. En estos casos, la solicitud del consentimiento informado a los padres para la toma de muestras o el suministro de suplementos reafirma el rol activo del enfermero como garante de los derechos del paciente pediátrico. No obstante, se identifica una problemática recurrente, el ausentismo a los controles médicos programados. Esta situación representa un desafío sustancial, ya que la interrupción del seguimiento impide la obtención oportuna del consentimiento necesario y, consecuentemente, la realización de intervenciones preventivas clave, especialmente cuando los niños no presentan síntomas evidentes de enfermedad (Baker et al., 2020).

Autores como Manotas et al. (2023), subrayan que la educación continua dirigida a padres y cuidadores es un factor determinante para incrementar la percepción de necesidad respecto a la regularidad de los controles. En este punto, el propio proceso de consentimiento informado puede operar como una oportunidad pedagógica valiosa, dado que la explicación fundamentada de cada procedimiento tiende a generar un mayor nivel de compromiso con el cuidado de la salud infantil.

Es pertinente señalar que, si bien el estudio documenta un compromiso generalizado con la práctica del consentimiento informado, persisten desafíos de carácter administrativo que impactan negativamente su implementación eficiente (González y López, 2021).

El tiempo dedicado al diligenciamiento de registros, formularios y matrices es percibido como un obstáculo que, en ocasiones, desvía al profesional de su función esencial: la interacción directa y el cuidado clínico del paciente. Esta observación se alinea con lo indicado por Mbau et al. (2023), quienes han documentado que la carga administrativa excesiva puede deteriorar la calidad de la atención y aumentar la probabilidad de errores.

Por lo tanto, se considera imprescindible avanzar hacia la implementación de sistemas de registro más eficientes, preferentemente digitalizados y diseñados con una orientación centrada en el usuario, que faciliten la documentación del consentimiento sin menoscabar la calidad y continuidad de la atención personalizada. A pesar de estas limitaciones operativas, el compromiso ético y respetuoso del personal de enfermería se mantiene como un pilar firme, evidenciando que el consentimiento informado constituye no solo una obligación legal, sino una manifestación concreta y vital del cuidado humanizado en el contexto de la primera infancia.

Conclusiones

El consentimiento informado en la práctica de enfermería, particularmente durante los primeros mil días de vida, emerge como un pilar fundamental del cuidado humanizado. A lo largo de las etapas analizadas, desde el embarazo hasta los dos años de vida del niño, se demuestra que los profesionales de enfermería integran este principio ético en su accionar cotidiano, asegurando que los cuidadores participen de manera activa, informada y voluntaria en las decisiones relacionadas con la salud de sus hijos.

La práctica del consentimiento informado, más allá de la obtención de una firma, representa un proceso continuo de diálogo, educación y empatía. Esta perspectiva fortalece el vínculo entre el personal de salud y las familias, genera confianza, reduce la ansiedad de los cuidadores y contribuye a la adherencia a las prácticas preventivas. En esta investigación, se observa cómo el personal de enfermería adapta su comunicación, proporciona información clara y respeta la autonomía de las familias, evidenciando un compromiso con la ética profesional.

Se identifican barreras estructurales, como la sobrecarga administrativa y el ausentismo en controles pediátricos, que dificultan la implementación eficiente del consentimiento informado. Estas limitaciones requieren intervenciones institucionales, como la digitalización de registros, la capacitación continua en comunicación ética y el diseño de estrategias comunitarias que promuevan la asistencia regular a los servicios de salud.

El consentimiento informado en enfermería no puede ser reducido a un protocolo, sino que debe ser comprendido como una práctica ética compleja, sensible al contexto cultural y emocional de los cuidadores. Su aplicación efectiva durante los primeros mil días de vida no solo respeta derechos fundamentales, sino que también mejora los resultados en salud, fortalece la relación terapéutica y promueve una atención centrada en la dignidad humana.

Conflicto de intereses y financiamiento

Los autores declaran no tener conflictos de intereses y declaran que la investigación fue autofinanciada por los investigadores.

Referencias bibliográficas

- American Nurses Association. (2021). Code of ethics for nurses with interpretive statements (2nd ed.). ANA. <https://www.nursingworld.org/coe-view-only>
- Baker, P. M., McCoy, E. E., & Smith, D. T. (2020). Parental attendance and its relationship to health care utilization in early childhood. *Pediatric Health Care*, 34(2), 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.11.004>
- Bernal, B.D., Vilchis, A.D., Peñaloza, M.A., Ávila, G.Á., Martínez, M.Á., Pérez, L.A., Ilagor, V.M., & Cabrera, G. (2021). Evaluación del indicador trato digno por el personal de enfermería en un hospital materno infantil. *Latin American Journal of Development*. DOI:10.46814/lajdv3n6-002
- Bravo C, Alarcón R, Peña S & Mora G (2021). Retos del consentimiento informado en salud de menores de edad. *CIENCIAMATRIA*, ISSN-e 2610-802X, ISSN 2542-3029,

- Vol. 7, Nº. Extra 3, 2021, págs. 4-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8326121>
- Carrizo Ch, J. T., Izaguirre, J. D., Riskey, A., Levy, J., Rosas, M. A., & López, M. G. (2023). Esquema de inmunizaciones para niños y adolescentes de Venezuela: Recomendaciones enero 2023. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. <https://svpediatria.org/img/secciones/esquema-de-inmunizacion/ESQUEMA%20DE%20INMUNIZACIONES%20ENERO%202023.pdf>
- Cházaro, E. (2024). Análisis de datos en las investigaciones cualitativas: El reto frente al investigador. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 9(17), 168–171. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2542-30882024000100168
- Cunningham, P. J., & Ruchman, M. (2021). Reducing administrative burdens to improve primary care efficiency: A systematic review. *Journal of Health Administration*, 56(3), 170–181.
- Gerber, G. F. (2024). Evaluación de la anemia. Johns Hopkins School of Medicine, Division of Hematology. <https://www.msmanuals.com/es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/abordaje-del-paciente-con-anemia/evaluaci%C3%B3n-de-la-anemia?ruleredirectid=760>
- González, M., y López, P. (2021). El consentimiento informado en la enfermería pediátrica: Un enfoque ético y práctico. Editorial Médica Panamericana.
- Howson, C. P., Kennedy, E. T., & Horwitz, A. (Eds.). (2020). Prevention of micronutrient deficiencies: Tools for policymakers and public health workers. Institute of Medicine (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK230106/>
- Manotas, Marina, Mendivelso, Fredy, & Páez, Lady. (2023). Educación y alfabetización en prevención y cuidado de pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias y asma. *Andes pediátrica*, 94(4), 485–495. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v94i4.3780>
- Mbau, R., Musiega, A. & Nyawira, L. (2023). Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature. *Appl Health Econ Health Policy* 21, 205–224 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00785-2>

- Motos Villanueva, M. N. (2021). Papel de la enfermería en la promoción y adherencia a la lactancia materna exclusiva. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/698243/motos_villanueva_maria%20nievestfg.pdf?sequence=1
- Patiño, M., Rodríguez, A., & Herrera, L. (2020). La ética del consentimiento informado en la atención pediátrica: Hacia una práctica humanizada en los primeros días de vida. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 28(5), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.rle.2020.05.003>
- Rodríguez, L., Pérez, T., & Martínez, P. (2021). Educación prenatal y su impacto en la salud materno-infantil. *Revista de Salud Materno Infantil*, 34(2), 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.rsm.2021.02.004>
- Shah, P., Thornton, I., Kopitnik, N. L., & Hipskind, J. E. (2024). Consentimiento informado. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613577/>
- Simón, Y., Viñas, E., & Góngora, I. (2020). Ética e investigación científica en enfermería. *Investigación Médicoquirúrgica*, 12(3). <http://www.revciameq.sld.cu/index.php/imq/article/view/651>
- Vizcaíno, P., Cedeño, R., & Maldonado, I. (2023). Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 9723-9762. <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658>

Capítulo 7

Análisis cualitativo de las percepciones y creencias de personas estudiantes de enfermería y medicina del noroeste de México entorno al aborto

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.07>

GISELLE VEGA CHÁVEZ

*Pasante de la Licenciatura en Enfermería en Servicio Social en Investigación
Universidad Autónoma de Baja California, México
gisselle.vega@uabc.edu.mx*

ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA*

*Doctora en Ciencias de Enfermería
Universidad Autónoma de Baja California, México
alma.villa@uabc.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0002-2501-2820>
Autora de Correspondencia

CLAUDIA JENNIFER DOMÍNGUEZ CHÁVEZ

*Doctora en Ciencias de Enfermería
Universidad Autónoma de Baja California, México
jennifer.dominguez@uabc.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0001-6230-8308>*

ADILENE ORTIZ-CUEVAS

*Estudiante de la Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria
Universidad Autónoma de Baja California, México
adilene.ortiz@uabc.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0001-8003-8011>*

Resumen

El acceso al aborto legal y seguro es un derecho humano. Las restricciones legales aumentan los abortos inseguros y la mortalidad materna. La objeción de conciencia es una de las principales barreras, ya que puede impedir el acceso a servicios médicos esenciales por falta de recursos o voluntad política. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo analizar cualitativamente, las creencias de personas estudiantes de enfermería y medicina del noroeste de México en torno al aborto. **Materiales y métodos:** Se trata de un estudio cualitativo desde los estudios críticos feministas. Se incluyeron personas estudiantes de enfermería y medicina del noroeste de México, mayores de edad. La recolección de las narrativas se hizo de forma digital mediante enlace compartido en distintos grupos y redes sociales. Se uso análisis temático para la sistematización de resultados por medio de Nvivo. **Resultados:** Se recopilaron 301 narrativas digitales. Surgieron dos categorías que integran los resultados: a) Autonomía y justicia reproductiva b) Construcciones sobre la objeción de conciencia. Las creencias y percepciones se construyen en el marco de negociaciones personales-políticas, de las cuales muchas personas participantes tienen conciencia de sus implicaciones. **Conclusiones:** Es fundamental promover una formación basada en la ética y la evidencia para garantizar una atención respetuosa y accesible.

Palabras clave: Aborto; derechos sexuales; derecho a decidir.

Introducción

Acceder al aborto legal y seguro es un tema de derechos humanos. Hoy en día el negar el servicio de aborto a mujeres embarazadas o personas con la capacidad de gestar, se observa como un acto discriminatorio y violencia contra los derechos humanos (Instituto Mexicano de la Juventud, 2022). Este tema entra como prioridad en salud pública a partir de las miradas de justicia y autonomía reproductiva, así como su relación con la muerte materna. Las estimaciones de la OPS sugieren que entre el 4.7% y el 12.2% de las muertes maternas están vinculadas con abortos inseguros (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

La evidencia muestra que las restricciones legales al aborto a menudo conducen a más abortos ilegales y a mayores tasas de mortalidad y morbilidad materna. Sin embargo, siguen existiendo diversas barreras para el acceso a dicho servicio donde los códigos penales criminalizan la práctica, incluso donde ya es legal. Donde ya hubo modificaciones en los códigos penales, las mujeres y personas con la capacidad de gestar, siguen enfrentando experiencias donde el personal de salud obstaculiza el acceso al servicio, con base al conocimiento, creencias, y actitudes que tienen frente al aborto (García-Núñez et al., 2013). Una de estas barreras con mayor relevancia es la práctica de la objeción de conciencia a una solicitud de aborto, esta impide que la mujer o persona gestante no pueda acceder a un servicio de salud en relación a las creencias que entreteje en su imaginario social, la persona que presta el servicio (Deza, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud cada año se realizan aproximadamente 73 millones de abortos en todo el mundo. El 61% de los embarazos no deseados y 29% de todos en general se interrumpen voluntariamente (OMS, 2021). Se estima que al menos 50% de las mujeres tienen o tendrán un aborto espontáneo durante la edad fértil, siendo de su conocimiento o no, sea deseado o no. Con base a dichos datos, la Suprema Corte de Justicia de la Nación en 2018 emitió la sentencia de inconstitucionalidad 106/2018 donde se revocan todas las constituciones que protegen la vida desde la concepción (SCJN, 2021).

Cada año, entre el 4,7% y el 13,2% de las muertes maternas son causadas por un aborto peligroso. Así, se estima que en las regiones desarrolladas se producen 30 muertes por cada 100 000 abortos inseguros, mientras que en las regiones en desarrollo se producen 220 muertes adicionales por cada 100 000 abortos inseguros (OMS, 2021). Los abortos inseguros son el motivo de unas 39,000 muertes cada año y hospitalizan a millones de mujeres con complicaciones. El 97% de los abortos peligrosos se realizan en países de desarrollo, como Asia, África y América Latina (OPS/OMS, 2022). Según la OMS en Latinoamérica 3 de cada 4 abortos se realizan de manera inseguras. Por último, un informe mencionó que entre 2015 a 2019 se registraron 5,4 millones de abortos en Latinoamérica (Marvin Recinos, 2017). En México, el aborto es la tercera causa de muerte, registrando a inicios del año 2022 treinta y ocho muertes relaciona-

das con el aborto, equivalentes a 7.4%, según la Secretaría de Salud Federal (SSA, 2023).

La diferencia entre aborto inseguro y seguro radica principalmente en la legalidad de los procedimientos y de las causales por las cuales no se penaliza, entendiendo que, si existe ilegalidad, los abortos serán inseguro y por ende peligrosos y un atentado contra los derechos humanos enmarcados en las agendas internacionales y nacionales. Además de los conceptos de aborto legal e ilegal, se encuentran los de interrupción legal del embarazo (ILE) y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). La primera se refiere al aborto antes de las 12 o 13 semanas de gestación, de acuerdo con las modificaciones en el código penal de cada estado, por razones personales (no deseado, no planeado etc.). Por otro lado, la ILE se refiere al aborto por violación sexual y se encuentra enmarcada en la NOM-046, por lo que es legal en las 32 entidades federativas (SS, 2016).

En la región noroeste de México, 3 de 4 estados cuentan con ILE: Sinaloa, Baja California y Baja California Sur, mientras que Sonora sigue sin despenalizar la ILE. La “NOM-046-SSA2-2005-violencia familiar, sexual y contra las mujeres. criterios para la prevención y atención” menciona que no existe límite de tiempo para acceder a éste en cuanto a semanas de gestación (SDG), no se necesita denuncia, y en el caso de niñas de 12 años en adelante, no se necesita autorización y/o acompañamiento de una persona adulta (GIRE, 2018).

Si bien los estados del noroeste de México (Baja California, Sonora, Sinaloa, Chihuahua), están realizando abortos legales conforme a las modificaciones en el código penal, los datos evidencian que las personas siguen optando por acudir a las colectivas de acompañamiento de abortos. Las evitaciones a las instituciones de salud pública se deben principalmente al personal de medicina y de enfermería cuyo trato es estigmatizante. Siendo este estigma, basado en creencias personales que impactan su ejercicio profesional. En algunos estudios en mujeres usuarias, se hace referencia a los cuestionamientos de dichos profesionales cuando tratan de acceder al servicio de aborto (Izaguirre, 2022), incluso enfrentando maltratos por el personal de salud al solicitar el servicio de aborto dentro de un marco legal (Islas De González Mariscal, 2008).

Dentro de las barreras más relevantes en los contextos sanitarios para acceder a abortos seguros es la objeción de conciencia, así como la falta de conocimiento de profesionales de salud sobre las leyes que regulan el aborto. Una persona profesional mal informada puede derivar la negación de un servicio de aborto legal (GIRE, 2018). La falta de información y el estigma se entrelazan para ser una barrera importante al aborto, considerando que sus experiencias se tejen en los imaginarios de las creencias religiosas sobre la autonomía sexual y reproductiva. Esto aunado a una educación que afianza los estereotipos de género donde se percibe a las mujeres desde temprana edad como cuidadoras y donde se fomenta el ser una “buena madre”. Incluso existe un fuerte estigma contra una mujer que aborta, tanto por ella misma (al contraponerse al mandato inculcado desde su infancia), como por sus amistades, su pareja, su familia, la sociedad en general, incluidos los propios proveedores de salud (Veldhuis et al., 2022).

Considerando que la objeción de conciencia como una actitud y más tarde conducta está atravesada tanto por el conocimiento que se imparte en las mallas curriculares universitarias como por las propias creencias que se van moldeando en la socialización progresiva de estudiantes, incluso desde antes de ser estudiantes, se vuelve importante, volcarse al análisis de las creencias en materia de aborto. Especialmente de estudiantes de carreras universitarias en enfermería y medicina, quienes, de acuerdo a la legislación mexicana, son quienes atienden abortos en las instituciones y quienes pueden objetar.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio cualitativo posicionado desde los estudios de género críticos e interseccionales. Para la recolección de la información se aplicó un muestreo por bola de nieve y la recolección de la información se hizo mediante una pregunta detonante sobre creencias acerca del aborto como estudiante de enfermería o medicina. Se obtuvieron narrativas digitales, las cuales se analizaron mediante el Software Nvivo con la estrategia de análisis temático como metodología de sistematización, organización y presentación de la información.

Se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UABC.

Resultados

Se obtuvieron un total de 301 narrativas. Mediante Nvivo se corrió un análisis preliminar de las 1000 palabras más frecuentes después de eliminar las palabras vacías (ej. preposiciones), como estrategia de validez de la información. Las palabras con la mayor frecuencia (n) y porcentaje (%) ponderado cuando se sumaron fueron: mujer (n = 105, 2.33%), aborto (n = 104, 2.30%), legal (n = 95, 2.10%), personas (n = 74, 1.75%), derecho (n = 53, 1.17%), decisión (n = 47, 1.04%).

Figura 1. Frecuencia de palabras resultante de las narrativas



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Frecuencias de palabras después de eliminar palabras vacías

<i>Palabra</i>	<i>Conteo</i>	<i>Porcentaje ponderado (%)</i>	<i>Palabras similares</i>
mujer	105	2.33	mujer, mujeres
aborto	104	2.30	aborto, abortos
legal	95	2.10	legal, legales
personas	74	1.64	persona, personas
derecho	53	1.17	derecho, derechos
decisión	47	1.04	decisión
vida	40	0.89	vida, vidas
seguro	39	0.86	seguro, seguros
cuerpo	37	0.82	cuerpo, cuerpos
decidir	37	0.82	decidir

Nota: Elaboración propia Nvivo

El análisis de las narrativas indica que hay quienes creen que el aborto es una cuestión de derechos humanos con énfasis en la **autonomía y justicia reproductiva**, y hay quienes construyen sus creencias entorno a la **objeción de conciencia**. Esta última con matices y negociaciones diferentes, no en todos los casos de forma polarizada.

Autonomía y justicia reproductiva

La categoría de género se vuelve crítica para analizar las creencias de las personas participantes, ya que se considera que es un procedimiento médico como cualquier otro, pero que ha sido “satanizado” por el hecho de ser un procedimiento exclusivo de las mujeres/personas gestantes.

Dentro de los argumentos coincidentes en las narrativas que versan en la autonomía y justicia reproductiva, se encuentra la importancia de la legalidad como herramienta para proteger las primeras. Hay quienes consideran que “obligar a gestar y parir es una tortura” (Ref. 3). Y “es totalmente y meramente decisión de la gestante, ya que es su cuerpo y decisión de seguir o no adelante con gesta, ya que la persona gestante sabe cómo se siente con la idea y como está emocionalmente” (Ref. 7).

En esta categoría se vuelve relevante el que las personas solicitantes accedan a información sobre el aborto desde una mirada de derechos humanos, y que dicha información, enfatice su legalidad

y gratuidad, ya que esto puede generar mayor seguridad al solicitar el servicio. En algunas narrativas fue importante que el aborto sea legal, en cualquier caso, independientemente de la causal *“En mi punto de vista, el aborto puede ser una opción para muchas mujeres, debería ser legal para cualquier chica que lo desee”* (Ref. 9).

Se presenta una idea clara sobre la relevancia que tiene que todas las personas accedan *“a un sistema de salud seguro y una libre toma de decisiones respecto a nuestro bienestar, a nuestra vida, a nuestro cuerpo, etc.”* (Ref. 29). Y en ese sentido se debe proteger el deseo de las mujeres, y la toma de decisiones debería ser de ellas solamente. Asimismo, es importante trabajar el estigma para reducir el riesgo y los impactos de que las personas usuarias de este servicio se sientan señaladas.

Las personas dentro de esta vertiente de narrativas abogan por acceso a aborto sin límite de tiempo y trabajar para informar tanto a las personas que desean acceder a un aborto como a profesionales de salud. Consideran preciso que sepan cuáles son sus responsabilidades y los límites de la objeción de conciencia. Así como que el aborto es tema de salud pública, en el que *“la iglesia no debería tener participación pública en la discusión sobre este tema”* (Ref. 85).

El acceso a aborto recae en la mayoría de los casos, en el conocimiento o no que tiene el personal de salud acerca de la normativa vigente *“para el personal de salud debería de ser un tema más abarcado pues aún existe mucha desinformación incluso en este rubro”* (Ref. 40). Esto resalta lo que la NOM-046 enfatiza acerca de la aplicabilidad para todo el territorio nacional y que el desconocimiento no exime de culpa de aquellas personas profesionales que están obligadas a implementarla en su práctica (Secretaría de Salud, 2016).

El aborto se visiona como una estrategia básica para erradicar las muertes maternas, considerando que una persona que desea abortar lo hará aún si no es legal *“hay muchas clínicas clandestinas en las que muchas mujeres pierden la vida”* (Ref. 187).

Demarcar el derecho al aborto del delito del infanticidio es crucial para poder cambiar la perspectiva social y los juicios que hace la sociedad sobre el aborto *“Me parece triste que aún haya personas quienes creen que el aborto es lo mismo que un infanticidio”* (Ref. 74).

Reconocer los privilegios que se tienen también fue importante para no imponer creencias o voluntades en los cuerpos de otras personas, por ejemplo, hubo quienes reconocieron que de forma

personal no lo harían, pero que debería ser una opción accesible para las personas que desean acceder a él *“Estoy a favor, no lo haría para mí misma porque mi privilegio me lo permite. Sin embargo, apoyo a la gestante que decida hacerlo”* (Ref. 76).

La maternidad será deseada o no será. No existe cabida para los “debates”, porque los derechos humanos no están a discusión. Como personal de salud, tenemos la obligación de hacer lo que mejor le convenga a la paciente teniendo en cuenta su autonomía y respetando las decisiones que tome, dependiendo de su contexto social, económico, académico y personal. Estar en contra del aborto es una postura privilegiada y hundida en la ignorancia, así como también influenciada por el machismo que se vive hoy en día en nuestro país (Ref. 202).

El ser madre en algunos casos fue parteaguas para posicionarse a favor del aborto, expresando que las maternidades no son fáciles *“Yo como mamá considero que una maternidad no es para nada fácil, por eso creo que cada mujer debería decidir el ser madre o no”* (Ref. 224).

Aparte siento que las personas que se denominan provida solo son pronacimiento, ya que solo quieren que la mujer no pueda decidir sobre su cuerpo y no se enfocan en atender las causas sobre porque una mujer no querría traer a un niño al mundo y solo se enfocan en negarle la oportunidad de abortar a la mujer. Finalmente, como futuro médico considero que no nos podemos negar a realizar un aborto, independientemente de la situación o la postura que se tenga sobre este (Ref. 264)

Construcciones sobre la objeción de conciencia

Las construcciones entorno a la objeción de conciencia se formularon en un continuum de probabilidades y situaciones, siendo algunas más radicales y otras más menos negociables. Hubo algunas personas que plantearon ejemplos para poder compartir su postura sobre el aborto.

Depende de cada situación que se presente. Por ejemplo, hay dos mujeres que quieren abortar, una de ellas porque no se cuidó mientras tuvo relaciones con su pareja, sin embargo, tiene la posibilidad de mantener junto a su pareja al hijo correctamente. La otra mujer quiere abortar porque el feto es producto de una violación, además no tiene un trabajo estable ni familiares que la apoyen. Cada una

de estas mujeres tiene la posibilidad de decidir que quieren hacer, pero, eso no significa que la decisión que tomen sea la correcta, ya que cada persona tiene un diferente punto de vista. Respeto que cada mujer decida sobre su cuerpo, a fin de cuentas, a mí no me va a perjudicar si una mujer decide abortar, pero, en lo personal yo no sería capaz de realizar un aborto en mi práctica médica, solo que se tratara de un caso como el de la segunda mujer (Ref. 15).

Así como en la narrativa anterior, en casi todas las demás que se orientan a la objeción de conciencia, el único caso donde no objetarían es en casos de violación sexual. En estos casos, hubo quienes indicaron que la denuncia debería ser un requisito, sin embargo, las colectivas y academias mexicanas que se han dedicado a documentar, gestionar y evaluar las políticas públicas y normativas como la NOM-046 han reportado la denuncia como una barrera para que las personas accedan a los servicios de aborto sin pasar por procesos estigmatizantes, criminalizantes y burocráticos.

Por ello se hizo la modificación de la NOM 046 donde la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2019) hace un comunicado informando las modificaciones de la norma en cual explica que las mujeres pueden solicitar la interrupción bajo protesta de decir verdad de que su embarazo es producto de una violación, así como también que no es requisito denunciar para recibir el servicio de interrupción del embarazo y que no se necesita la autorización previa de la autoridad competente.

Otras personas añadirían situaciones de precarización y pobreza donde el aborto debería ser legal, considerando que marcaría la calidad de vida de las personas *“es más inhumano tratar una vida que ya está en el mundo como si no valiera nada”* (Ref. 97).

En el lado más polarizado en las construcciones de la objeción de conciencia, se presenta de forma reiterativa la justificación de la existencia de métodos antifecondativos y la responsabilidad de uso de las mujeres y personas con capacidad de gestar para evitar un aborto. Asimismo, la existencia de clínicas públicas donde los pueden obtener de forma gratuita *“No estoy de acuerdo, porque hay muchísimos métodos para cuidarse y pláticas las pueden encontrar en todos los centros de salud”* (Ref. 47). Este tipo de creencias, criminaliza y refuerza el estigma de las personas que deciden ejercer el derecho a abortar. Además de ignorar los determinantes sociales y de salud que entretejen sus historias de vida. Por ejemplo, aun-

que existan métodos, no quiere decir que la cascada de atención se complete (necesidad, demanda, satisfacción). Las perspectivas interseccionales son indispensables en estos análisis, porque justo permiten identificar los privilegios y opresiones de los grupos que a simple vista parecieran más o menos similares, pero cuando se trata del acceso a un derecho tienen diferenciaciones tan cruciales como la probabilidad de vivir o morir por acceder a un derecho, o no.

Se encontró que algunas personas creen que legaliza el aborto podría hacer que las personas prefieran no usar métodos y optar por el procedimiento cada que lo requieran (Ref. 50).

Es un tema de amplio aspecto y muy cuestionable y se tiene que replantear definiciones para lograr un bien en común, conocer hasta dónde podemos como sector de salud ceder para no violentar los derechos de ambas partes (tanto de la mujer, como de la nueva vida) [... así como capacitar al personal médico para conocer procedimiento para evitar negligencias médicas o impericia (Ref. 11).

Algo que llama la atención es que las narrativas se focalizaron únicamente en la responsabilidad de las mujeres y personas con capacidad de gestar. La responsabilidad del aborto entonces recae únicamente en ellas, así como el estigma y la criminalización. Por ejemplo, solamente dos narrativas hicieron mención superficial de los hombres en los procesos gestacionales de las personas gestantes y mujeres que deciden abortar. No es de extrañar, pero sí de señalar que se ausenten los roles de hombres de los discursos en temas de aborto, pues ya autoras como Fernández-Caba en su texto de “Biopolítica y la patologización de los cuerpos menstruantes”, discuten como es que las mujeres y personas gestantes son foco constante de regulación, vigilancia y castigo de los cuerpos. Entonces las responsabilidades siempre se encarnan en ellos, por ejemplo, se ausenta del escenario la responsabilidad de la persona que perpetra violencia sexual sobre niñas menores de 15 años, que por cierto por ese detalle la ONU ha observado a México desde 2023 enfatizando que el embarazo en la niñez va en aumento y generalmente por violencia sexual del padre, abuelo y personas cercanas al círculo familiar. Asimismo, la muerte materna en niñas menores de 15 años va en aumento. La ONU termina “recomendando”:

(b) Reduzca la mortalidad materna de las adolescentes, garantizando educación y servicios en salud sexual y reproductiva adecuados y confidenciales, incluido el acceso a anticonceptivos. Se

encomia al Estado parte a que considere las Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad de la OACNUDH (A/HRC/21/22); 17

(c) Revise y armonice las legislaciones federal y estatal con miras a la despenalización del aborto y garantice el acceso al aborto legal, por lo menos en los casos de violación, incesto y aquellos que pongan en peligro la vida y la salud de la niña, y que el acceso al aborto legal no requiera de la autorización especial de un juez o un fiscal. El Estado Parte debe garantizar el acceso a servicios de atención post-aborto, independientemente de si el aborto es legal. También, debe garantizar el interés superior de las adolescentes embarazadas y que las opiniones de la infancia siempre sean escuchadas y respetadas por el personal médico en las decisiones de aborto;

En ese sentido, aunque algunas narrativas plantean el aborto en el marco de lo “controversial”, no se pierde de vista que es clave para evitar las muertes maternas *“Existen muchísimas situaciones en las que moralmente se puede discutir su justificación, pero lo que es seguro es que muchas mujeres están muriendo por no tener acceso a un aborto seguro, y eso es injustificable”* (Ref.105). Esto incluso si no están de acuerdo de forma personal:

Personalmente no lo practicaría porque creo que los errores de una persona no deberían llevarla a perjudicar a una nueva vida, pero cada persona es libre de tomar sus decisiones y no me opongo a que tomen la decisión de abortar, y como personal de salud si es lo que quieren mi moral no interferiría con el ámbito profesional, una persona que realmente quiera abortar realizará el procedimiento sea legal o no, y creo que se protegería más la salud de la mujer haciéndolo legal (Ref. 96).

Fue interesante que incluso en el marco de construcciones de la objeción de conciencia, se tiene la idea de que las personas tienen derechos independientemente de las creencias personales (políticas) de prestadores de salud:

Las pacientes tienen derechos que deben ser respetados y es obligación del Estado proporcionar el personal de salud no objetor para el cumplimiento de estas normas; al igual que ellas, el personal de salud objetor de conciencia también tiene derechos y estos deben ser respetados y no violentados.

Aquí valdría la pena discutir que la información sobre los límites de la objeción de conciencia debe ser provistos con completa claridad en el proceso educativo.

Discusión y conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo analizar cualitativamente las percepciones y creencias de personas estudiantes de enfermería y medicina del noroeste de México en relación con el aborto. Los resultados obtenidos revelan importantes hallazgos que evidencian una visión sobre la compleja relación entre las futuras personas profesionales de salud y el aborto. Aunque este tema es caracterizado como controversial en muchos contextos, no se debe perder de vista que es una cuestión de derechos humanos y las obligaciones que tienen profesionales de salud para salvaguardarlo.

Los resultados presentados no solo reflejan el panorama actual de las creencias, percepciones y conocimientos entre las personas estudiantes, sino que también sirven para señalar áreas de oportunidad en la formación académica y en la sensibilización sobre un tema que continúa teniendo áreas de oportunidad a nivel social, político y profesional. En ese sentido, se resalta la urgencia de la transversalización de la perspectiva de género en los programas educativos de la salud, de tal forma que impere la protección a la autonomía y justicia reproductiva, y con ello afianzar el compromiso de las profesiones de enfermería y medicina hacia los derechos humanos (Villa-Rueda, 2025).

Un hallazgo clave en este estudio es que en general hay una creencia generalizada del aborto como algo que ni siquiera es cuestionable, sino un tema de salud pública y un mecanismo para evitar muertes maternas. Asimismo, incluso aquellas personas que considerarían no ejercer el derecho de abortar afirmaron estar dispuestas a otorgar el servicio, considerando que su ejercicio profesional es independiente de lo personal.

Se puede percibir conocimiento sobre la legalidad del aborto en circunstancias específicas, como violación, riesgo para la vida de la madre y malformaciones graves del feto, reconociendo la legalidad en estos casos por parte de las personas participantes. Estos hallazgos coinciden con García et al., (2003) donde en su estudio

nos muestra que la mayoría de médicos en esta muestra identificó correctamente la legislación en el caso de embarazo producto de una violación. Estas mismas causales fueron utilizadas por algunas personas que se polarizan más a la objeción de conciencia para mencionar en qué situaciones si practicarían un aborto y en cuáles no.

Estas modificaciones se hacen con base a la evidencia que se ha recuperado, para garantizar que las personas accedan a este derecho humano. Esta información resalta la necesidad de empezar a incluir este tipo de temáticas en los programas académicos, especialmente en enfermería y medicina, ya que estas carreras son las únicas que pueden objetar conciencia según la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2018) y de esa manera incluir los marcos legales vigentes para garantizar que las futuras personas profesionales de salud estén mejor preparadas para enfrentar las situaciones que puedan surgir en su ejercicio profesional.

Estos hallazgos coinciden con la investigación de Troche-Gutiérrez y Cerquera-Bonilla (2021), que enfatizan cómo el conocimiento previo influye en las percepciones y actitudes de personas estudiantes sobre la IVE. Las personas autoras mencionan que la falta de claridad sobre los procedimientos legales puede derivar en un enfoque erróneo o confuso durante el ejercicio profesional, o generar una barrera para el acceso lo que pone en evidencia la necesidad de una educación continua que incluya una comprensión más profunda de los derechos reproductivos y las normativas legales sobre el aborto.

La interrupción de un embarazo es un proceso que involucra a una amplitud de profesiones de lo que comúnmente se percibe. Según Ortiz Millán (2018), este proceso no solo incluye a profesionales de medicina y enfermería, sino también, personal administrativo y otros. La evidencia sugiere que existe una percepción generalizada de que varias personas pueden ejercer la objeción de conciencia. Sin embargo, la Suprema Corte de Justicia hace referencia que solo los profesionales de los sectores de enfermería y medicina están autorizados para objetar conciencia y no en todos los casos, por ejemplo, si son las únicas personas disponibles para el procedimiento y la vida de la persona está en riesgo. Así como en casos de violación, los cuales fueron estipulados como urgencias médicas por la SCJN.

Las creencias hacia el aborto una polarización, aunque la mayoría se inclina hacia una postura favorable, las personas participantes apoyan la legalización del aborto, lo que demuestra que la mayoría de las personas están a favor en torno a la necesidad de que esta opción esté disponible para las personas gestantes. El apoyo a la autonomía reproductiva, defendiendo el derecho de las personas a decidir sobre su propio cuerpo, sin injerencias externas. Esta postura fundamenta principios de libertad y autodeterminación, argumentando que las decisiones reproductivas deben ser personales y no sujetas a la interferencia de leyes restrictivas o normas sociales impuestas.

Conclusiones

En conclusión, los resultados de este estudio muestran que es necesario el trabajo en las mallas curriculares de las licenciaturas en enfermería y medicina, sobre los límites y obligaciones en la provisión de acceso a los servicios de aborto. Se resaltan áreas de desconocimiento sobre la legislación, el impacto de la moralidad y las implicaciones éticas del aborto. La objeción de conciencia y las actitudes contradictorias respecto a la protección de la vida desde la concepción subrayan la necesidad urgente de mejorar la formación académica, promoviendo una educación integral que abarque los aspectos legales, éticos y sociales del aborto. Este enfoque es crucial para formar personas profesionales de salud capaces de tomar decisiones informadas, imparciales y éticamente responsables en relación con la interrupción voluntaria del embarazo.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Deza, S. (2017). Objeción de conciencia y aborto: Creencias propias, violencias ajenas.
- García-Núñez, N. N., Atienzo, E. E., Dayananda, I., & Walker, D. (2013). Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud Colectiva*, 9(2), 235. <https://doi.org/10.18294/sc.2013.34>
- GIRE. (2018). Criminalización por aborto. <http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/#/>
- GIRE. (2022). El aborto en los códigos penales. Información y datos sobre aborto legal en México, violencia obstétrica, muerte materna y otros. <https://gire.org.mx/plataforma/causales-de-aborto-en-codigos-penales/>
- González-López, Montserrat, Fajardo-Dolci, Germán, & Hincapié-Sánchez, Jennifer. (2023). Percepción del aborto en alumnado de primer año de la Facultad de Medicina posterior al curso de embriología humana. *Gaceta médica de México*, 159(4), 303-308. Epub 25 de septiembre de 2023. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000095>
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2022). Cartilla de los derechos sexuales de los jóvenes. https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/prevencion/cartilla_derechos_sexuales_2020.pdf
- Islas De González Mariscal, O. (2008). Evolución del aborto en México. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 41(123), 1313-1341.
- Izaguirre, S. L. (2022). Estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto legal de personal de salud y operadores de justicia en el Ecuador”. Planned Parenthood. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1694/Estudio%20CAP%20aborto%20legal%20Ecuador%202022%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Las Bordes. (Enero-Diciembre de 2021). Instagram. Obtenido de Las bordes: <https://www.instagram.com/lasbordes/>
- Lamas, M. (2009, marzo 1). La despenalización del aborto en México, Nueva Sociedad. <https://nuso.org/articulo/la-despenalizacion-del-aborto-en-mexico/>
- Martínez-Sánchez, J., Trujillo-Numa, L., Montoya-González, L., & Restrepo-Berna, D. P. (2019). Actitudes, conocimientos

- y prácticas de internos de medicina frente a la interrupción voluntaria del embarazo en Medellín, Colombia. *Revista Médica de Risaralda*, 25(2), 149-156.
- Marvin Recinos. (2017). 3 de cada 4 abortos en América Latina son inseguros: OMS. EL ESPECTADOR. <https://www.elespectador.com/salud/3-de-cada-4-abortos-en-america-latina-son-inseguros-oms-article-716020/>
- OMS. (2021). Aborto. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- OPS. (2023). Salud Sexual y Reproductiva. <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
- OPS/OMS. (2022, marzo 9). <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2022-oms-publica-nuevas-directrices-sobre-aborto-para-ayudar-paises-prestar-atencion>
- Peralta-Jiménez, Gonzalo A., Rissetti-Villalobos, Joaquín A., Palma-Acuña, Valentina P., Rubilar-Pérez, Héctor F., & Moraga-Palacios, Ana M.. (2023). Actitudes hacia el aborto deseado en estudiantes de ciencias de la salud chilenos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 88(4), 205-214. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.23000028>
- Saldarriaga-Genes, Guillermina, Ruidiaz-Gómez, Keydis Sulay, Cortés-Marchán, María Margarita, Guerrero-Martínez, Daniela, Salas-Díaz, Erika Isabel, & Hernández-Bello, Ladini Sunanda. (2022). Conocimientos y actitudes sobre interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes de una Universidad de Cartagena (Colombia). *Universidad y Salud*, 24(3), 248-255. Epub August 31, 2022. <https://doi.org/10.22267/rus.222403.279>
- SCJN. (2021b). ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 106/2018. https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scjn/documento/2021-08/AI%20106-2018%20y%20acumulada%20107-2018.pdf
- SCJN. (2021c). LA REGULACIÓN DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/sinopsis_asuntos_destacados/documento/2021-10/TP-210921-LMAM-0054-18.pdf
- Secretaría de Salud. (2016). Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención <https://www.gob.mx/cms/>

- uploads/attachment/file/638858/NOM_046_DOF_-_Diario_Oficial_de_la_Federaci_n.pdf
- Secretaría de Salud. (2020). Programa de Acción Específica Adolescencia. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/629235/PAE_Adolescencia_6_4_21.pdf
- Secretaría de Salud. (2022). Lineamiento Técnico para la atención de aborto seguro. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/771618/FINAL_INTERACTIVO_LIN_TEC_ABORTO_SEGURO.pdf
- Secretaría de Salud. (2023). Informe Semanal Muerte Materna Semana 38. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/858702/MM_2023_SE38.pdf
- Troche-Gutérrez, I. Y. & Cerquera-Bonilla, A. C. (2021). Percepciones sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en estudiantes de pregrado en Enfermería. *Rev. cienc. Cuidad*, 18(1), 9-19. <https://doi.org/10.22463/17949831.2466>
- Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., & Darney, B. G. (2022). “Sigue siendo un sistema precario”. Barreras de acceso a abortos clínicos: La experiencia de acompañantes en tres regiones mexicanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, ES124221. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES124221>
- Villa-Rueda, A. A. (2025). Transversalizar la perspectiva de género y derechos humanos en las Licenciaturas en Enfermería. *Cuidado Multidisciplinario De La Salud BUAP*, 6(12), 93–102. Recuperado a partir de <https://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/1547>

Apartado III

Experiencias de cuidado en grupos vulnerables

Capítulo 8

Barreras personales del proceso de enseñanza-aprendizaje de cuidado al adulto mayor, perspectiva del estudiante

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.08>

VERGARA HERNÁNDEZ LOURDES ALEJANDRA*

Doctoranda en Ciencias de Enfermería

Universidad de Guanajuato, México

la.vergara@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0002-6038-3643>

*Autora de correspondencia

BARRETO ARIAS MA. EUGENIA

Universidad de Guanajuato, México

mbarreto@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0002-6386-408X>

JARAMILLO MORALES OSMAR ANTONIO

Universidad de Guanajuato, México

oa.jaramillo@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0002-5325-3760>

CORTES ÁLVAREZ NADIA YANET

Universidad de Guanajuato, México

ny.cortes@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0002-0596-9107>

FERNÁNDEZ MOYA MONSERRAT

Universidad de Guanajuato, México

fernandez.m@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0003-2145-9753>

Resumen

Introducción: Se Debe asegurar que el proceso enseñanza-aprendizaje al cual son sujetos los futuros profesionales de enfermería sea congruente con la realidad que se vive en el mundo, principalmente en su comunidad, con la finalidad de poder dar respuesta a las necesidades reales de la población de una manera competente, humana y profesional. Una problemática que actualmente atañe a la sociedad es el crecimiento del grupo de adultos mayores, por ello, es de vital importancia que se evalúe de manera constante cómo se forma al estudiante de enfermería de pregrado en el cuidado hacia el adulto mayor, desde su perspectiva, para identificar áreas de mejora. **Objetivo:** Describir desde la perspectiva del estudiante de pregrado las barreras personales en el proceso de enseñanza-aprendizaje en el cuidado al adulto mayor, tanto en el contexto del aula como de la práctica. **Materiales y métodos:** Estudio de enfoque inductivo, cualitativo de tipo fenomenológico, donde se obtuvieron datos a través de la observación, diario de campo y entrevistas semi estructuradas a 10 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería que cursaban la unidad de aprendizaje de Cuidado Humano en el Adulto Mayor, la metodología de análisis seleccionada para este estudio fue el análisis de contenido. **Resultados:** Se obtuvo una categoría general nombrada “El estudiante” y tres subcategorías “En el aula”, “Yo cómo barrera” y “Emociones”. **Conclusiones:** Las instituciones en las que los estudiantes brinden cuidado, deben trabajar en conjunto para fomentar la relevancia de la inteligencia emocional, ya que de esa manera los estudiantes podrán ser capaces de gestionar las emociones placenteras o displacenteras no solo en su vida diaria, si no en su vida académica y posteriormente en su vida profesional.

Palabras claves: Adulto mayor, enfermería, proceso de enseñanza-aprendizaje

Introducción

Waldow (2008, p.26) menciona que: “La enfermería es la profesionalización de la capacidad humana de cuidar a través de la adquisición y aplicación de los conocimientos, de las actitudes y habilidades del papel prescrito a la enfermería”, por tanto, debemos asegurar-

nos de que la formación de los futuros profesionales de enfermería esté direccionada al crecimiento y reconocimiento de la profesión, fomentando la búsqueda y creación de nuevos conocimientos en diferentes escenarios, promoviendo la utilización de paradigmas de la transformación, como lo es el paradigma humanista.

De igual manera, se debe asegurar que el proceso enseñanza-aprendizaje al cual son sujetos los futuros profesionales de enfermería sea congruente con la realidad que se vive en el mundo, principalmente en su comunidad, con la finalidad de poder dar respuesta a las necesidades reales de la población de una manera competente, humana y profesional. Una problemática que actualmente atañe a la sociedad es el crecimiento del grupo de Adultos Mayores, el cual se debe al crecimiento de la esperanza de vida y a la disminución del índice de natalidad y cuyos pronósticos no son alentadores.

A nivel global, la población mayor de 65 años crece a un ritmo más rápido que el resto de los segmentos poblacionales. Según datos del informe “Perspectivas de la población mundial 2019”, en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de una de cada 11 en este 2019 (9%). Para 2050, una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050 (United Nations, 2019)

De acuerdo con las actuales proyecciones de población mexicana, en 1950 residían 5 personas mayores (60 años y más) por cada 100 habitantes. En 2021, esta cifra llega a 12 personas mayores por cada 100 habitantes. De mantenerse esta tendencia se estima que, en 2050, 23 de cada 100 serán personas mayores. En términos absolutos, en 71 años la población mayor se incrementó 13.7 millones de personas, pasando de 1.3 a 15.0 millones entre 1950 a 2021. Se calcula que en los siguientes años este incremento sea aún mayor y que para 2050 se llegue a 33.4 millones de personas mayores. (Gobierno de México, 2021)

Frente a lo anteriormente expuesto, es de vital importancia que se evalúe de manera constante cómo se forma al estudiante de enfermería de pregrado en el cuidado hacia el adulto mayor, sobre todo, es importante para esta evaluación considerar la percepción

que posee el estudiante, pues probablemente puede diferir de la perspectiva del profesor o directivos, esto, permitirá implementar unidades de aprendizaje capaces de amoldarse, en la medida de lo posible, a las necesidades de aprendizaje reales. En este sentido el objetivo de esta investigación fue describir desde la perspectiva del estudiante de pregrado las barreras personales en el proceso de enseñanza-aprendizaje en el cuidado al adulto mayor, tanto en el contexto del aula como de la práctica.

Materiales y Métodos

El estudio tiene enfoque inductivo, es cualitativo de tipo fenomenológico, recordemos que la fenomenología permite revelar la experiencia humana en una situación concreta y formada por un contexto único (Ferreira et al. 2019, p.10). Siguiendo esta sintonía se cuidaron detalles para visualizar la situación real y verdadera de los estudiantes que participaron en este estudio, mediante la expresión de sentimientos y opiniones, así como lo propone Álvarez-Gayou (2003).

La obtención de los datos se realizó a través de la técnica de observación, para la cual se diseñó una guía, también se utilizó el diario de campo durante algunas clases en aula y prácticas de la unidad de aprendizaje de Cuidado Humano en el Adulto Mayor, en el programa de Licenciatura en Enfermería y también se realizaron entrevistas semi estructuradas a estudiantes de dicha clase, hasta llegara la saturación teórica, quedando con un total de 10 entrevistas. Dichas entrevistas fueron grabadas en audio, previa autorización de los participantes mediante la firma de un consentimiento informado. Una vez grabadas las entrevistas, se dispuso a su transcripción para el análisis posterior.

Para el análisis de los datos, se reunieron las entrevistas en electrónico, así como a las anotaciones realizadas en el diario de campo. La metodología de análisis seleccionada para este estudio fue el análisis de contenido.

El primer paso del análisis comenzó al establecer las unidades básicas de relevancia y significación del texto, conocidas como unidades de análisis, posteriormente se ordenaron cada una de ellas, obteniendo categorías, las cuales son la representación de la realidad que se pretende explicar.

Para su mayor comprensión los datos empíricos han sido identificados de la siguiente manera: las anotaciones provenientes del

diario de campo se identificaron con las letras “DC” y las entrevistas correspondientes a los estudiantes de enfermería fueron identificadas con la letra “E”, numerada de manera secuencial del uno al diez (E1, E2...E10).

La formación ética de los profesionales de la salud, particularmente en el campo de la enfermería, debe sustentarse en principios internacionales que orienten la investigación con seres humanos hacia el respeto de su dignidad y derechos. En este sentido, las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, establecen en su Pauta 1 que toda investigación debe tener un valor social y científico claramente definido. Esta pauta subraya que la generación de conocimiento relevante para abordar problemas de salud pública no justifica en ningún caso la vulneración de los derechos de los participantes. Además, se enfatiza que el diseño de la investigación debe ser científicamente sólido y que los investigadores deben poseer la capacitación y la integridad necesarias para llevarla a cabo con responsabilidad (CIOMS & OPS, 2016, pp. 1–3).

En coherencia con este marco ético, la investigación presentada se desarrolló conforme a los lineamientos establecidos en las Pautas éticas del CIOMS, particularmente en lo referente a la Pauta 2, que exige que toda investigación realizada en entornos de escasos recursos responda a necesidades locales de salud y garantice la distribución equitativa de sus beneficios. Bajo esta premisa, se analizó el proceso de enseñanza-aprendizaje en el cuidado al adulto mayor desde la perspectiva del estudiante, reconociendo que su formación se desarrolla frecuentemente en contextos con limitaciones materiales y estructurales. Por ello, se procuró que tanto el enfoque como la ejecución del estudio estuvieran orientados a generar conocimiento aplicable para mejorar la formación académica y práctica en estos entornos, integrando la participación directa de los estudiantes como sujetos activos de la investigación y promoviendo un enfoque de justicia, pertinencia y relevancia social (CIOMS & OPS, 2016, pp. 5–6).

Resultados

Se obtuvo una categoría general nombrada “El estudiante” y tres subcategorías “En el aula”, “Yo cómo barrera” y “Emociones”.

El estudiante

En esta categoría se evidencian las actitudes y aptitudes negativas o positivas que el estudiante ha seguido y que han influido en el proceso enseñanza- aprendizaje. Estas barreras se han dividido de la siguiente manera.

En el aula

La formación del estudiante en el aula es de vital importancia, pues marca el inicio de la formación en la identidad profesional, en este contexto observado se evidencia el interés y la motivación del estudiante por la asignatura de Cuidado Humano en el Adulto Mayor, hecho que dicta su comportamiento, pues los estudiantes refieren no prestar atención, no demostrar respeto al docente ni a los temas que se están viendo, no preguntar y no esforzarse durante el proceso de enseñanza-aprendizaje. Lo anterior se evidencia en los siguientes datos empíricos:

“...pues hay una gran falta bueno al menos por mí, o sea hay una gran falta de interés, lo que hago en vacaciones es estudiar y claro que de esta tengo que estudiar bastante, porque pos no, estoy en ceros o sea te digo no me interesa entonces pues no...” (E2)

“...nunca le ponen atención a la maestra, jamás, la maestra habla y habla y nadie pone atención...” (E1)

“...le faltan el respeto, le faltan mucho mucho el respeto (...) los del salón le gritan, le hablan feo, ella dice: “no pueden comer en clase” y ellos sacan la comida en clase...” (E1)

“...en el transcurso de la presentación (realizada por un equipo de estudiantes) se puede observar a pocos estudiantes poniendo atención al tema, la mayoría se encuentra en su celular o realizando otras tareas, incluso se observa a una estudiante dormida en su lugar...” (DC)

Durante el proceso de enseñanza-aprendizaje se debe poner especial atención al tipo de relaciones que se establecen entre maes-

tros y estudiantes. Buscar la congruencia entre lo que se transmite y la forma con que se transmite, pues conlleva cierto clima social, el cual también es aprendido y que crea sistemas sociales, que exigen que los estudiantes aprendan (además de los contenidos) valores como la solidaridad y el respeto (Medina, 1999).

Vallejo López (2020. p. 3) menciona que el papel del docente en la formación y motivación de estudiantes en las instituciones de educación superior (IES) resulta un componente primordial a la hora de impulsar el desarrollo académico, pues es el responsable de dar las primeras instrucciones que orienten y establezcan los vínculos necesarios para que el estudiante asuma un compromiso social y moral. Sin embargo, la motivación (intrínseca y extrínseca) es un elemento que también puede depender del estudiante y al cual deberíamos poner especial atención, ya que, como comenta Rinaudo, citado por Sanhueza et al (2020, p. 4) el estudiantado motivado logrará rendimientos académicos satisfactorios, que permitirán desempeños profesionales de calidad y la construcción de saberes de excelencia. Esto conlleva a una compleja interrelación de componentes cognitivos, afectivos, sociales y académicos.

Yo cómo barrera

El estudiante presenta características y aptitudes personales que lo convierten a él mismo en la barrera más grande que le impide brindar un cuidado holístico y humanizado al adulto mayor, primero, tiene miedo a envejecer, en segunda, se le dificulta entender la Teoría del Cuidado humano (Watson, 2008) y ese hecho repercute en su grado de desarrollo humano al inicio de la carrera, provocando que al término de la misma, su personalidad sea moldeada hasta lograr un endurecimiento que se ve reflejado en el manejo de sus emociones.

El estudiante también refiere que no solo se enfrenta a la falta de inteligencia emocional, pues al haber tenido un proceso de enseñanza-aprendizaje deficiente llega al campo comunitario con escasez de conocimientos, necesarios para llevar a cabo los cuidados, de igual manera no cuenta con la práctica necesaria en el aula para desarrollarla en la realidad, viéndose afectada directamente la confianza en sí mismos. Algunos estudiantes lo describen en los siguientes datos empíricos:

“...yo la verdad no quiero llegar a viejo mmm, no me gustaría verme como las personas que vimos en el asilo, prefiero morir joven a esperar a que ya no poder moverme bien, o no recordar cosas...” (E4)

“...también para cuidado humano a muchos compañeros les falta mucho desarrollo humano (...) luego encontramos enfermeras que nos aconsejan no comprometernos emocionalmente con el paciente (...) si estamos con el cuidado humano, con la teoría de Jean Watson, todos deberíamos estar sensibilizados, pero resulta que cuando tocamos lo del cuidado de Jean Watson no lo entienden...” (E8)

“...una vez yo entre con un señor ya (...) estaba en un área aislada porque tenía VIH y cada vez que entraban las personas se picaba la nariz para que le saliera sangre y la escupía (...) me volvió a escupir y me cayó en la cara, no sé me dio coraje y yo le pues le pegué, le di un golpe y o sea no... yo sé que fue mi culpa...” (E3)

“...yo no espero a veces hacer ciertas cosas o en ciertas cosas me li-mito por el conocimiento que tengo, porque sé que si lo hago mal puedo causarle un daño, si yo tuviera el conocimiento de hacerlo bien lo haría pero no lo tengo...” (E6)

“...falta de práctica es lo es lo que nos hace, a veces batallar y patinar poquito ahí...” (E9)

Al respecto, la literatura nos dice que la mayoría de las personas tienen miedo a envejecer por la misma cultura y las creencias construidas socialmente entorno a esta etapa. Sumado a los temores propios del ciclo vital, historia de vida y vivencias que infunden este miedo de alcanzar la vejez siendo personas dependientes, poco funcionales y enfermas (Cerquera y Quintero, 2015, p. 177). Dichos temores los encontramos presentes en los estudiantes de enfermería a pesar de que se les enseña el proceso de envejecimiento saludable durante su formación.

Torres y Sosa (2020, p. 13) refieren que los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia obtienen una preparación teórica-práctica en cuanto habilidades y destrezas para el desarrollo profesional. Sin embargo, no se les prepara para afrontar situaciones diarias que involucra lo emocional, para ello debería considerarse la inteligencia emocional como un aspecto fundamental para la formación académica de los estudiantes de pregrado en enfermería ya que ejerce una función humanista cuyos elementos engloban la empatía, responsabilidad, conciencia,

conocimiento de sí mismo, capacidad para enfrentar situaciones de estrés y la habilidad social que permite la interacción entre otros.

Una de las razones por las que las prácticas hospitalarias o de campo pueden representar un obstáculo para los estudiantes es la falta de seguridad en cuanto a los conocimientos teóricos que han adquirido durante su formación académica. Esta situación puede hacer pensar al estudiante de la carrera de enfermería, que no cuenta con los saberes y las competencias necesarias para el desarrollo de su práctica profesional; sin embargo, las prácticas hospitalarias son precisamente el escenario óptimo en donde logran obtener conocimientos significativos basados en la experiencia de la práctica profesional (Millán, 2021, p. 17)

Emociones

Una vez que el estudiante se encuentra inmerso en la realidad de la práctica (en un asilo de ancianos) comienza a conocer todas aquellas situaciones que vive día a día el adulto mayor, provocando en ellos emociones como el estrés, la desesperación y la frustración, que algunas veces es canalizado a través del llanto, indicando su preparación personal para afrontar la realidad. Así lo expresan en los siguientes trechos de entrevista:

“...como humano, ver el sufrimiento de estas personas y no poder hacer nada, te frustra mucho, te estresa mucho, hablar con tu profesora, con tu docente y que a veces te diga: “no bagas nada, quédate callado” y tú sabes que no es lo correcto (...) no poder hacer nada te estresa y el estrés como profesional o como persona es algo que te mengua también...” (E6)

“...vas a sentir impotencia por no poder hacer nada este, la escuela obviamente si tú quieres hacer algo o sea, denunciar a los derechos humanos o algo (por el trato que reciben los adulto mayores por parte de personal del asilo), la escuela no te va a apoyar...” (E7)

“...nunca me imaginé estar en un lugar como este donde hay tanto dolor y sufrimiento, algunos días ha llegado a llorar a mi casa...” (E8)

Para el estudiante de enfermería las prácticas clínicas son indispensables para alcanzar el perfil de egreso, pues permite reforzar la teoría vista en las aulas a través de la aplicación de los conocimientos y la adquisición de habilidades tanto técnicas como humanas. No obstante, Sánchez citada por Sulay (2019, p. 439) menciona

que las prácticas suelen ser un factor de estrés para los estudiantes de enfermería, principalmente por el contacto cercano con el sufrimiento, la muerte y, en general, el trato humano que conlleva la experiencia de cuidado. El estudiante percibe estas situaciones como estresantes y en la mayoría de las ocasiones sus estrategias de afrontamiento son poco efectivas o insuficientes, evidenciando respuestas psicológicas como la dificultad para concentrarse, la irritabilidad, el llanto y la pérdida de confianza en sí mismo, así como manifestaciones físicas y conductuales como el aislamiento, el desgano, ademanes nerviosos e inquietud (Emiro et al., 2020, p. 28).

Discusión

Al analizar los resultados de este estudio, se observa con claridad que los estudiantes de enfermería enfrentan una serie de obstáculos personales que afectan directamente su proceso de aprendizaje en el área del cuidado al adulto mayor. Estas barreras no deben interpretarse únicamente como fallos individuales, sino como el reflejo de una formación que, en muchos casos, no responde adecuadamente a las necesidades reales ni al entorno emocional de los futuros profesionales.

Uno de los aspectos más llamativos es la baja motivación hacia esta asignatura. La falta de interés expresada por varios estudiantes parece estar relacionada con una percepción negativa del envejecimiento, así como con la creencia de que el cuidado a personas mayores es una tarea menos atractiva dentro de la profesión. Esta situación se conecta con lo señalado por Cerquera y Quintero (2015), quienes afirman que muchas de las ideas negativas sobre la vejez son producto de creencias culturales arraigadas, las cuales, a su vez, terminan influenciando la forma en que los jóvenes se aproximan a esta etapa de la vida.

La experiencia práctica, en lugar de servir como espacio para integrar el conocimiento teórico con la acción, en muchos casos presenta una fuente de angustia. Algunos estudiantes manifestaron sentirse inseguros o emocionalmente superados al enfrentarse con situaciones reales de sufrimiento o abandono. Esta dificultad para afrontar las emociones generadas de la práctica se relaciona con lo planteado por Torres y Sosa (2020), quienes destacan que la inteli-

gencia emocional es un componente fundamental en la formación de profesionales que deben atender situaciones complejas y delicadas como las que rodean el final de la vida.

Por otra parte, se evidenció que varios estudiantes reconocen no poseer la preparación práctica suficiente para sentirse seguros en el campo. Esta percepción genera ansiedad y refuerza una postura pasiva durante las intervenciones clínicas. Millán (2021) propone que las prácticas deberían ser vistas como una posibilidad de aprendizaje guiado, donde el estudiante se sienta acompañado en su proceso y pueda transformar sus errores en conocimiento, algo que claramente no ocurre cuando hay una desconexión entre el aula y el entorno clínico.

Además, la relación entre estudiante y docente aparece como un factor determinante en este proceso. Si bien se espera que el docente sea una figura orientadora, motivadora y empática, los resultados reflejan que, en algunos casos, esta figura no logra conectar con el grupo o generar un ambiente propicio para el aprendizaje. Vallejo López (2020) menciona que el compromiso docente no solo se basa en transmitir conocimientos, sino en formar personas capaces de reflexionar, cuestionar y comprometerse con su desarrollo profesional.

La manera en que los estudiantes gestionan sus emociones también surgió como un punto clave. Situaciones como el llanto, el enojo o la frustración durante las prácticas no deben ser vistas como debilidad, sino como indicadores de que el estudiante se encuentra en un proceso de transformación interna, en el cual necesita herramientas para comprender lo que siente y actuar con responsabilidad. La falta de espacios institucionales para canalizar estas experiencias puede llevar a consecuencias indeseables, como lo sugiere la revisión sistemática realizada por Emiro et al. (2020), donde se señala que el estrés mal gestionado puede afectar tanto el rendimiento académico como la salud mental del estudiante.

En conjunto, los resultados invitan a una revisión profunda del enfoque formativo actual. No basta con enseñar teoría ni con enviar estudiantes a prácticas clínicas sin un acompañamiento emocional y pedagógico. Se requiere un modelo educativo más completa, que considere al estudiante no solo como un receptor de conocimientos, sino como una persona que está en proceso de convertirse en cuidador de otros seres humanos, lo cual exige preparación técnica,

ética y emocional. Identificar esto es el primer paso hacia una mejora real en la formación en enfermería, especialmente en áreas que, como el cuidado al adulto mayor, exigen sensibilidad, compromiso y vocación de servicio.

Conclusiones

No debemos olvidar que cada que se busque mejorar algún aspecto de la vida académica deberíamos contemplar la perspectiva del estudiante, él funge como eje central del proceso enseñanza-aprendizaje, y es en quien se verán reflejados todos los esfuerzo y logros planteados.

Finalmente concluimos, que es necesario que se lleve una reestructuración en la manera en que se forma a los estudiantes de enfermería del pregrado respecto al cuidado del adulto mayor, iniciando con fortalecer los referentes teóricos humanistas que guían la práctica profesional, buscando impactar la concepción del envejecimiento mismo como un proceso natural al que se puede llegar de una forma saludable y digna, así como el implementar intervenciones que promuevan o fortalezcan la motivación intrínseca y extrínseca, reconociendo que es un elemento fundamental para que el estudiante mantenga interés en su formación profesional y personal.

Finalmente, las instituciones educativas, hospitalarias o cualquiera donde los estudiantes brinden cuidado como parte de sus prácticas, deben trabajar en conjunto para fomentar la relevancia de la inteligencia emocional, ya que de esa manera los estudiantes podrán ser capaces de gestionar las emociones placenteras o displacenteras no solo en su vida diaria, si no en su vida académica y posteriormente en su vida profesional.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Colección Paidós Educador. México: Paidós Mexicana.*
- Cerquera, C. A. M. & Quintero, M., M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>
- CIOMS & OPS. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (4.^a ed.). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Panamericana de la Salud. <https://cioms.ch/publications/product/ethical-guidelines-2016-spanish/>
- Emiro, P. A., Ramírez, M. R., & Correa, M. M. (2020). El estrés en estudiantes de enfermería: una revisión sistemática. *Revista Cuidarte*, 11(1), 25-32.
- Ferreira Rodrigues Galinha de Sá, F. L., Pereira Henriques, M. A., & Miranda Rebelo Botelho Alfaro Velez, M. A. (2019). Phenomenology in nursing research: mapping of doctoral theses in Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 9-20. <https://doi-org.e-revistas.ugto.mx/10.12707/RIV19038>
- Gobierno de México. (01 de octubre 2021.). *Día Internacional de las Personas de Edad*. <http://https://www.gob.mx/conapo/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad-284170?idiom=es>
- Medina, J. L. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería.
- Millán Arteag, Eulalia Gloria. (2021). La práctica hospitalaria en los estudiantes universitarios de enfermería. Propuesta de protocolo de investigación. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 8(2), 00012. Epub 21 de abril de 2021. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i2.252>
- Restrepo, J. E., Sánchez, O. A., & Castañeda Quirama, T. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicoespacios*, 14(24), 17-37. <https://doi.org/10.25057/21452776.1331>

- Sanhueza, L. E. D. T., Otondo, B. M., & Álvarez, C., D. (2020). Niveles de motivación en el estudiantado de enfermería y estrategias de enseñanza. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 34(2), 1–14.
- Sulay, R. G., K., PEINADO, V. L. P., & OSORIO, C. L. V. (2020). Estrés en Estudiantes De Enfermería Que Realizan Prácticas Clínicas en Una Institución Universitaria De Cartagena-Colombia, 2019. *Archivos de Medicina (1657-320X)*, 20(2), 437–448. <https://doi-org.e-revistas.ugto.mx/10.30554/archmed.20.2.3674>
- Torres, E. N., & Sosa, R. M. del P. (2020). Inteligencia emocional de los estudiantes de pregrado de las licenciaturas de enfermería. *Revista Cuidarte*, 11(3), 1–14. <https://doi-org.e-revistas.ugto.mx/10.15649/cuidarte.993>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. UN DESA/POP/2022/TR/NO.3.
- Vallejo, L. A. B. (2020). El papel del docente universitario en la formación de estudiantes investigadores desde la etapa inicial. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 34(2), 1–20.
- Waldow, V. R. (2008). *Cuidar: expresión humanizadora*. (ISBN: 970-778-113-0). México: Nueva Palabra

Capítulo 9

Cuidado de enfermería frente a los efectos adversos y la adaptación del niño con cáncer hospitalizado: Un estudio cualitativo

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.09>

JEMIMA LYNETTE SECLÉN HUAMAN

Licenciada en enfermería

jemimalynette@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3740-1804>

JUVER AUGUSTO CARRASCO FERNÁNDEZ*

Doctor en Ciencias de Enfermería

Universidad Científica del Sur, Perú

juver.carrasco.enf@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0322-5072>

*Autor de correspondencia

MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

mcervera@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

SOLEDAD ELIZABETH GUERRERO QUIROZ

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

sguerrero@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-8094-5711>

MARY SUSAN CARRASCO NEVARRETE

Maestra en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

Coordinadora de la Unidad Funcional de Enfermería

del Hospital Las Mercedes de Chiclayo, Perú

mcarrasco@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0001-7086-4566>

ROSA JEUNA DIAZ MANCHAY

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

rdiaz@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

Resumen

Introducción: El niño con cáncer hospitalizado enfrenta múltiples efectos secundarios derivados de la quimioterapia, que repercuten en su calidad de vida y dificultan su adaptación a la hospitalización. La enfermería es clave para mitigar estas afectaciones, facilitando la adaptación y mejorando la adherencia al tratamiento, aunque persisten retos para abordar las dimensiones emocionales y espirituales.

Objetivo: Describir el cuidado de enfermería frente a los efectos adversos y la adaptación del niño con cáncer hospitalizado. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo descriptivo realizado en el área de hematología pediátrica de un hospital nivel III en Chiclayo. Participación de 12 enfermeras seleccionadas por conveniencia, con experiencia mínima de seis meses en la atención de pacientes oncológicos pediátricos. La información se recopiló mediante entrevistas semiestructuradas, entre septiembre y octubre de 2023. El análisis se realizó mediante contenido temático. **Resultados:** Surgieron tres categorías: a) Estrategias de reducción de los efectos secundarios a la quimioterapia, b) Individualización de la dieta y adecuación a las preferencias del niño oncológico, c) El juego como recurso para favorecer la adaptación durante la hospitalización. **Conclusiones:** El estudio destaca el rol esencial de la enfermería en la reducción de los efectos adversos del tratamiento oncológico y en la adaptación del niño hospitalizado mediante intervenciones educativas, farmacológicas y lúdicas. Lo novedoso es la integración del juego y la personalización del cuidado. Se recomienda fortalecer la formación continua en enfermería y promover la integración de la familia en el proceso de cuidado para mejorar la experiencia y el bienestar integral del paciente pediátrico.

Palabras clave: Cáncer infantil; cuidado de enfermería; efectos adversos; dolor; adaptación hospitalaria.

Introducción

La vida de un niño con diagnóstico cáncer en sus diversas prestaciones, requiere de la atención integrada emergida en un enfoque holístico para abordar sus complejas necesidades, ofreciendo el respaldo médico, emocional y psicológico necesario en el afrontamiento.

to de su enfermedad y lograr una recuperación total (Day, 2023). Las necesidades del niño implican además del tratamiento, cumplir con necesidades básicas como alimentación, descanso y recreación; actividades complejas debido a las normas y rutinas previamente establecidas (p. ej., horarios de comida en familia, limitar el tiempo frente a pantallas), la mayoría de las veces incompatibles con la rutina hospitalaria (p. ej., administración de medicamentos, asistencia a citas clínicas) o simplemente la imposibilidad de hacerlo todo a la vez (Bates, et al., 2023).

El tratamiento del cáncer infantil al incluir quimioterapia y radioterapia origina efectos adversos principalmente del sistema nervioso, renal y hepático (Stotter, et al., 2021; Mejia, 2024), complicaciones infecciosas (Slatnick, et al., 2025), así como mucositis oral con una incidencia del 91,5% (Andriakopoulou, et al., 2024). Entre los efectos más comunes son ansiedad, las náuseas y vómitos, que pueden desencadenar en situaciones más graves como son las alteraciones de los patrones alimenticios, de igual forma alteración del sueño (Garzón, 2024). Dentro de los desafíos graves se encuentran alteración del patrón respiratorio, colapso del sistema de defensa, dolor desagradable y nerviosismo. Dentro de los aspectos psicológicos, se aprecia distorsiones en el yo físico y una fragilidad en el yo personal, originado por la percepción de fealdad ante la caída del cabello, y alteración en su estructura física (Sepahvand, et al., 2024).

Igualmente es común que los niños experimenten miedo, tristeza, enojo y confusión (Day, 2023). Acompañado de trastornos de sueño, trastorno de adaptación y trastorno de ansiedad, los problemas de conducta y los síntomas (Burcu Güneydaş Yıldırım, et al., 2024). Las circunstancias descritas afectan el rol principal de un niño afectado de cáncer en la familia, no solo por los efectos adversos producidos por la enfermedad como ser total, sino también en lo que respecta a sus responsabilidades dentro del hogar o en la continuación de su preparación educativa (Sepahvand, et al., 2024).

Ante este panorama, el cuidado de enfermería es esencial porque puede contribuir atenuar el impacto emocional y físico de la enfermedad y el tratamiento, que no solo facilitan la adaptación a la hospitalización, sino que también promueve su bienestar general, mejorando la adherencia al tratamiento y la calidad de vida durante este proceso crítico (Bates et al., 2023). Sin embargo, exis-

ten algunas barreras generadas por parte de los profesionales de la salud, al enfocarse en su mayoría a satisfacer las necesidades físicas, y se descuida las necesidades emocionales y espirituales del niño con acompañamiento en la medida de sus posibilidades a la familia (McNeil, et al., 2023).

Ante ello, surgió el objetivo: Describir el cuidado de enfermería frente a los efectos Adversos y la adaptación del niño con cáncer hospitalizado.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo exploratorio. La investigación se realizó, en el servicio de hematología pediátrica de un hospital nivel III, ubicado en el distrito de Chiclayo. La población estuvo conformada por 16 enfermeras que laboran en dicho servicio. Se incluyeron a profesionales de enfermería con experiencia mínima de seis meses en el cuidado de pacientes pediátricos con cáncer y su voluntad de participar en el estudio. Se excluyeron a quienes estaban con licencia sea por vacaciones o enfermedad.

El tamaño de la muestra se determinó por el criterio de saturación y redundancia, obtenida con 12 enfermeras las que participación del estudio. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

A las participantes que accedieron en formar parte del estudio según criterios de inclusión, se les informó el objetivo, riesgos y beneficios del estudio, posterior a ello, se obtuvo su consentimiento informado. Para recolectar la información se empleó la entrevista semiestructurada realizado por los investigadores, validado por juicio de expertos y por prueba piloto. La entrevista estuvo conformada por datos generales y preguntas abiertas.

Los datos fueron recolectados entre septiembre a octubre del 2023, según la disponibilidad y accesibilidad del profesional de enfermería. Las entrevistas se llevaron a cabo por métodos virtuales como Zoom (2), Meet (6) y llamadas telefónicas (1), así como entrevistas presenciales (3), cuidando la confidencialidad y privacidad del profesional de enfermería; con evidencia de credibilidad; tuvo una duración alrededor de 30 minutos; después de realizada cada entrevista , se procedió a transcribirla en un documento de Word y

se les envió por vía WhatsApp para dar consistencia a la información brindada, cumpliendo el criterio de rigor científico de credibilidad y confirmabilidad.

La información recolectada, paso por análisis de contenido temático, a través de tres etapas: obtención de información, la codificación y la categorización de los datos (Schettini & Cortazzo, 2015). La obtención de información se inicia con una entrevista semiestructurada, seguida de su transcripción y codificación para identificar ideas principales. Posteriormente, se agruparon los datos relevantes en categorías basadas en similitudes, que luego se contrastaron y analizaron.

Se tuvo en cuenta los principios éticos personalistas de Sgreccia (2014), dando como prioridad al principio del valor fundamental de la vida, dado que no estuvieron expuestos a ningún riesgo. Así mismo, el principio de libertad y responsabilidad mediante el consentimiento informado. Además, la investigación se realizó previa aprobación por el Comité de ética de la Facultad de Medicina-USAT en investigación con resolución N°195-2023-USAT-FMED y de la aprobación ética de dicho hospital N° 97-CIEI-RPLAMB.2023.

Resultados

Luego de un detallado análisis de los datos recolectados en las entrevistas efectuadas, se han escogido las narrativas más pertinentes que ilustran cada categoría.

a) Estrategias de reducción de los efectos secundarios a la quimioterapia

El cuidado de enfermería, en el cuidado del niño oncológico incluye, administración de medicamentos (antineoplásicos, antieméticos, corticoides y protectores gástricos) para los efectos adversos, así como la repetición continua del régimen terapéutico como una forma de contribuir a la comprensión por parte del niño y la familia. En función a este panorama son muy precisas para evitar errores en la medicación, de igual forma están pendiente de los cambios en los analítica para ver cambios en la sangre (hemoglobina, linfocitos).

tos y sobre todo neutrófilos). Tal como se detalla en los siguientes discursos:

“Apoyar a los pacientes a nivel farmacológico, utilizando medicamentos antieméticos, corticoides y protectores gástricos para reducir los efectos secundarios a la quimioterapia, también me aseguro de administrar los medicamentos y realizar transfusiones de manera segura, siguiendo los protocolos y tomando todas las precauciones necesarias. Es importante educar y concientizar a los pacientes sobre la importancia de seguir las indicaciones y repetir la información para garantizar su comprensión, además, evito errores en la administración de medicamentos, ya que una administración incorrecta puede causar complicaciones en el paciente, independientemente de su enfermedad de fondo.” Dalia

“Me aseguro de administrar los medicamentos de manera adecuada, siguiendo los protocolos establecidos para la administración de quimioterapias y otros tratamientos. También monitoreo de cerca a los pacientes, especialmente sus análisis de sangre, para detectar cualquier disminución en las plaquetas o los leucocitos. Estoy atenta a los efectos secundarios de la quimioterapia, que pueden variar en cada niño, y les pregunto constantemente sobre su alimentación, vómitos o cualquier molestia que puedan experimentar...” Espadilla

“brindar el tratamiento adecuado a los pacientes y tener precaución al administrar los medicamentos, especialmente los citotóxicos. Verifico siempre las etiquetas y las dosis para evitar confusiones. También manejo los efectos secundarios a través de la parte farmacológica y estoy atenta a las reacciones adversas, como los vómitos, actuando de manera adecuada y siguiendo las indicaciones médicas. Trabajo en equipo con las madres, quienes conocen mejor a sus hijos y pueden brindar información valiosa sobre su estado, además, algunos pacientes pueden requerir una estadía más prolongada debido a las reacciones adversas que puedan presentar.” Lavanda

En el manejo del dolor, los profesionales enfatizan la necesidad de reconocer los síntomas, proporcionar apoyo y controlar el dolor de manera efectiva, mencionan la importancia de velar por el bienestar de los pacientes y brindarles el cuidado necesario para ayudarles a sobrellevar el dolor. Reconocen que cuando el niño está postrado en cama, su entorno se concentra en el dolor, por lo que es importante ayudarles a afrontarlo de manera adecuada. Así lo indican en los siguientes discursos:

“mi principal preocupación es brindar cuidado y manejo adecuado del dolor a mis pacientes, desde el momento en que son diagnosticados, me aseguro de controlar su dolor y garantizar que estén cómodos durante todo el proceso, también estoy atenta a los efectos del tratamiento, como la inflamación abdominal que puede causar dolor. Trabajo en estrecha colaboración con el médico para monitorear y controlar el dolor de manera efectiva.” Espadilla

“Es fundamental que la madre esté consciente del uso diario de la gabapentina y sepa administrarla correctamente, además, me aseguro de que el proceso de administración de medicamentos sea lento y cuidadoso para evitar cualquier molestia o dolor.” Lavanda

En definitiva, el cuidado de enfermería a los niños con cáncer se prioriza en la administración de medicamentos con el objetivo de contribuir a su bienestar y tolerar el tratamiento. Tiene una comprensión sobre el temor de errores por ello siempre brindan información al niño y a la madre; de igual forma son muy cuidadosas con la medicación y están atentos a las necesidades sobre todo al dolor. Esta tolerancia también involucra la dieta, lo cual esta influenciada por el tratamiento y las características dietéticas de cada niño, aspectos que se evaluara a continuación.

b) Individualización de la dieta y adecuación a las preferencias del niño oncológico

Los profesionales de enfermería enfatizan la necesidad de evitar alimentos condimentados, crudos o de la calle que puedan afectar la salud de los niños, por ello realizan la coordinación con la nutricionista para asegurar una dieta adecuada, de igual manera están atentos a las necesidades específicas de cada paciente y su tipo de dieta. Además, reconocen que una mala alimentación afecta negativamente el estado y la recuperación de los pacientes, por lo que buscan incentivarlos y educar a sus familias sobre la importancia de una buena nutrición. Tal como se detalla a continuación:

“estoy pendiente de que no ingieran alimentos condimentados que puedan afectar su salud, además, vigilo de cerca la dieta que les es proporcionada por la cocina, ya que pueden existir errores o confusiones en la preparación. Es importante estar al tanto del tipo de dieta que el niño debe recibir. En cuanto a la alimentación, entiendo que los niños tienden a querer comer dulces y antojitos, pero cuando están en

un estado de recuperación, es fundamental evitar que consuman estos alimentos, ya que sus defensas están debilitadas.” Acacia

“trato de que los alimentos, todo lo que el recibe sea agradable a él, a veces coordinamos con la nutricionista, hoy día es domingo, hoy día tallarines, todos saltan, hoy día hay tallarines, ósea así no o queremos mazamorra para la tarde y es así tratamos de estar en armonía con lo que ellos desean” Begonia

“es fundamental coordinar con el equipo de nutrición para asegurar una dieta adecuada, durante la quimioterapia, siempre les advierto a mis pacientes que eviten alimentos crudos, incluso cuando están en casa, especialmente en los primeros días posteriores a la quimioterapia, les recalco que eviten consumir alimentos crudos, como ensaladas. Si desean consumir espinacas, les sugiero que las cocinen en forma de tortilla u otro platillo cocido, esto se hace debido a que, aunque lavemos las verduras, puede haber algún microorganismo que cause enfermedades en los niños.” Lavanda

c) El juego como recurso para favorecer la adaptación durante la hospitalización

En distracción, los profesionales de enfermería utilizan varias estrategias como la utilización de juegos y actividades para distraer a los niños durante su estancia en el hospital, tratar de estar en sintonía con las preferencias de los niños, como lo que quieren ver en la televisión o las actividades que desean realizar como las manualidades y el uso de juguetes como formas de distracción. Por otro lado, expresan la importancia de mantener el ambiente limpio y evitar tener demasiados juguetes cerca de la cama para evitar contaminaciones. Además, indican que la creación de un entorno propicio les permite a los niños desarrollar sus habilidades de comunicación y socialización, brindándoles el apoyo necesario para que puedan expresarse y establecer conexiones significativas. Así lo develan en los siguientes discursos:

“considero fundamental que mis pacientes tengan momentos de recreación, para lograrlo, buscamos donaciones de juegos y también hemos adquirido televisores para que puedan distraerse, en ocasiones, permitimos que ingresen artistas y grupos que brindan entretenimiento a los niños, como cantantes, comediantes e incluso magos, además, contamos con un carrito que los niños pueden utilizar para divertirse durante su

estancia, también procuramos poner los programas favoritos de los niños en la televisión para que se sientan más cómodos. Nuestra prioridad es que se distraigan y se sientan felices mientras están aquí.” Camelia

“Algunos niños son más accesibles y puedo interactuar con ellos a través de juegos, conversaciones e incluso cosquillas, sin embargo, hay otros que no responden de la misma manera, por lo que se requiere un mayor esfuerzo para ganar su confianza, en cuanto al ambiente de la habitación, trato de mantenerlo lo más limpio posible, evitando tener demasiados juguetes o peluches cerca de la cama. Es importante tener en cuenta que estos objetos también pueden contaminarse y afectar la salud del paciente.” Jazmín

“agrupo a los niños para que interactúen entre ellos, busco que se socialicen y jueguen con otros niños de su edad y entorno, la manera de cómo socializan es de gran importancia para entender su desarrollo y bienestar emocional.” Begonia

“creamos un entorno que les permita desarrollar sus habilidades de comunicación y socialización, alentamos la interacción con otros niños y les brindamos apoyo para que puedan expresarse y establecer conexiones significativas.” Camelia

Discusión

La hospitalización de un niño afectado por cáncer es un proceso complejo que impacta en su aspecto físico y emocional, además de la complejidad que supone adaptarse en un contexto diferente al hogar, ante la presencia de prioridades, como son la administración de medicamentos en especial los antineoplásicos, que llegan a producir efectos secundarios esperados como las náuseas, vómitos, etc. Y el manejo de estos medicamentos para contrarrestar dichos efectos, que se realiza durante la fase aguda o tardía (Slatnick, et al., 2025).

Y en donde las intervenciones de enfermería son insustituibles, cuando un niño reacciona ante el malestar producido por los medicamentos, el acercamiento, la compañía y hablar claro facilita a la enfermera generar confianza en el niño y ser su fuente de alivio y consuelo a sus malestares

Con referencia al manejo del dolor, los profesionales destacan la importancia de identificar los síntomas y ofrecer apoyo para un

control efectivo del dolor. Subrayan la necesidad de cuidar el bienestar del paciente y proporcionar la atención necesaria para que puedan sobrellevar el sufrimiento. Reconocen que, cuando un niño está postrado en cama, su entorno se centra en el dolor, por lo que es fundamental ayudarles a enfrentarlo de manera adecuada. Son diversos los estudios que incluye actividades farmacológicas y no farmacológicas como descanso, juegos, fisioterapia entre otros (L'Hotta, et al., 2023). Sin embargo, el consuelo proporcionado por la enfermera tiene efectos distractivos, así como lograr paliar el dolor con astucia propio del arte de enfermería

Otro aspecto relevante que puede influir en estos síntomas son los alimentos que pueden aumentar o reducir dichos efectos, para lo cual los profesionales de enfermería evitan alimentos condimentados, crudos o de la calle que puedan perjudicar la salud de los niños. En la acción de garantizar una dieta adecuada, las enfermeras coordinan con nutricionistas y prestan atención a las necesidades específicas de cada paciente. Este cuidado es primordial, porque una alimentación inadecuada puede afectar negativamente la salud y recuperación, además, se esfuerzan por motivar y educar a las familias sobre la relevancia de mantener una buena nutrición. La importancia de la alimentación radica, en que la desnutrición, la hipoglicemia contribuyen a desarrollar infecciones y afectar el crecimiento del tumor al causar una movilización y oxidación aceleradas de sustratos energéticos, un aumento de la lipólisis y la pérdida de proteínas de todo el cuerpo (Pedretti, et al., 2023).

Cabe destacar como vital, las intervenciones y coordinaciones que los profesionales de enfermería mantienen de manera cercana con las nutricionistas en la adaptación de las dietas de los niños con cáncer. Asimismo, desarrollar programas educativos dirigidos a padres y cuidadores sobre la relevancia de una alimentación adecuada y cómo atender las preferencias del niño sin poner en riesgo su salud. Estas acciones no solo optimizarán el estado nutricional del infante, sino también favorecen de forma directa su bienestar emocional durante el tratamiento oncológico.

Es fundamental que los enfermeros sigan integrando estrategias lúdicas en el cuidado de niños con cáncer para ayudarles a adaptarse a la hospitalización. Se recomienda promover la colaboración con otros miembros del equipo de salud para garantizar un entorno seguro y enriquecedor. Asimismo, es crucial incluir a las familias

en estas actividades recreativas, al ofrecerle apoyo emocional como elemento fundamental en la mejora de la experiencia del niño.

Igualmente, el efecto de la comunicación es vital para los niños y sus padres, quienes supervisan el estado terapéutico, alimentación y otros aspectos; permitiéndoles su colaboración de manera más explícita (Deribe et al., 20024). Esta interacción involucra apoyo psicológico, para el cuidado habitual, que se puede observar en los niños que mejoran para expresar sus necesidades y deseos (Höglund et al., 2022). Si bien es preciso establecer que las necesidades de apoyo varían según el estadio y tipo de tumor todos involucran apoyo práctico, informativo, espiritual, físico y emocional (Banayat et al., 2023), comandado sin duda por la enfermera con el despliegue de su humanidad y compasión.

En cuanto a la distracción en los entornos hospitalarios pediátricos oncológicos, los profesionales de enfermería implementan diversas estrategias, como juegos y actividades, para entretener a los niños durante su estancia hospitalaria. Se esfuerzan por alinearse con las preferencias de los pequeños, permitiéndoles elegir programas de televisión, manualidades o juguetes. Además, destacan la importancia de mantener un ambiente limpio y evitar la acumulación excesiva de juguetes cerca de la cama para prevenir contaminaciones. Un entorno favorable ayuda a los niños a desarrollar habilidades de comunicación y socialización, proporcionándoles el apoyo necesario para expresarse y establecer vínculos significativos. Todos estos cuidados establecen que existe una compasión por parte del personal de enfermería que involucra ofrecerle compañía, aceptarlo incondicionalmente y brindarle un cuidado cariñoso y afectuoso, y como se aprecia es mucho más complejo que solo realizar un cuidado procedimental, que incluye acciones técnicas alejadas de la preocupación del sentir de los niños (Ghaljeh et al., 2024).

Al respecto el cuidado de enfermería sustentado en valores éticos transforma al propio profesional y todo lo que tenga que ver con su actuar, en el niño que padece cáncer al ayudarlo a sobrellevar los estragos de la enfermedad y poder adaptarse a una vida donde el dolor es una experiencia más de su cotidiano, un cuidado compasivo es el mejor antídoto, para asegurar que los niños con cáncer continúen con su crecimiento, desarrollo e ilusiones.

Conclusiones

Es esencial que los enfermeros sigan aplicando tácticas eficaces para mitigar los efectos negativos del tratamiento oncológico en especial a la quimioterapia en los niños hospitalizados. Se sugiere intensificar la educación a pacientes y sus familias en el manejo de los efectos secundarios, adaptar las intervenciones farmacológicas a las necesidades individuales y promover un entorno hospitalario que favorezca el bienestar físico y emocional del menor. Estas medidas no solo optimizarán la calidad de vida durante la hospitalización, sino que también contribuirán a una recuperación más exitosa.

Es crucial que los enfermeros sigan elaborando estrategias eficaces para el control del dolor en pacientes con cáncer. Para ello, se recomienda establecer programas de capacitación continua que incluyan tanto el uso correcto de medicamentos como habilidades de comunicación efectiva con los cuidadores. Estas iniciativas no solo elevarán la calidad del cuidado brindado, sino que también fortalecerán la habilidad de los pacientes para enfrentar su enfermedad y los tratamientos asociados.

Es fundamental que los enfermeros sigan integrando estrategias lúdicas en el cuidado de los niños con cáncer hospitalizados, como recurso para favorecer su adaptación al entorno hospitalario. La colaboración interdisciplinaria resulta fundamental para garantizar un ambiente seguro y enriquecedor. Asimismo, es crucial incluir a las familias en las actividades recreativas, ya que esto no solo mejora la experiencia del niño, sino que también proporciona apoyo emocional amoroso durante este desafiante proceso.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Andriakopoulou, C. S., Yapijakis, C., Koutelekos, I., & Perdikaris, P. (2024). Prevention and treatment of oral mucositis in pediatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *In Vivo*, 38(3), 1016–1029. Recuperado de: <https://doi.org/10.21873/invivo.13535>
- Banayat, A. C., Abad, P. J. B., Bonito, S. R., Manahan, L. T., & Peralta, A. B. (2023). Care Needs of Parents of Children With Cancer in a Low-Middle-Income Country. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, 40(5), 295–304. <https://doi.org/10.1177/27527530231193972>
- Bates, C. R., Pallotto, I. K., Moore, R. M., Covitz, L. M., & Dreyer, M. L. (2023). Barriers and facilitators of family rules and routines during pediatric cancer treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 72, e33–e39. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.06.002>
- Burcu Güneydaş Yıldırım, Hasan Cem Aykutlu, & Eren, T. (2024). Sleep in hospitalized children with cancer: relationship with psychiatric disorders and hospital conditions. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 66(5), 544–555. Recuperado de: <https://doi.org/10.24953/turkjpediatr.2024.4769>
- Day, N. D. (2023, February 15). Integrated Care Perspective for Children with Cancer. IFIC. Recuperado el 18 de mayo de 2025, de: <https://integratedcarefoundation.org/blog/integrated-care-perspective-for-children-with-cancer>
- Deribe L, Girma, E., Nataliya Berbyuk Lindström, Abdulkadir Gidey, Teferre, S., & Adamu Addissie. (2024). Family-centered care for child cancer treatment in Ethiopia—A qualitative descriptive study. *Journal of Pediatric Nursing*, 78, e389–e397. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.07.030>
- Garzón D. (2024). Intervenciones de enfermería durante la quimioterapia en el paciente oncopediátrico con leucemia linfoblástica aguda: Revisión bibliográfica [Tesis de maestría, Universidad de los Andes]. Repositorio Institucional. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18347>
- Ghaljeh, M., Mardani-Hamooleh, M., & Pezaro, S. (2024). Nurses' perceptions of compassionate care in pediatric oncology: a

- qualitative interview study. BMC health services research, 24(1), 1165. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11661-1>
- Höglund, A. T., Witt, S., Quitmann, J. H., & Frygner-Holm, S. (2022). Parent Perceptions of a Pretend Play Intervention for Their Children With Cancer. Journal of Nursing Research, 31(1), e253. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000532>
- L'Hotta, A. J., Randolph, S. B., Reader, B., Lipsey, K., & King, A. A. (2023). Clinical practice guideline and expert consensus recommendations for rehabilitation among children with cancer: A systematic review. CA: a cancer journal for clinicians, 73(5), 524–545. <https://doi.org/10.3322/caac.21783>
- McNeil, M. J., Godfrey, A., Loggetto, P., de Oliveira Junior, A., Job, G., Boldrini, E., Regina Costa Murra, G. (2023). Physician Perceptions of and Barriers to Pediatric Palliative Care for Children With Cancer in Brazil. JCO global oncology, 9, e2300057. <https://doi.org/10.1200/GO.23.00057>
- Mejía Chiriboga, M. C. (2024). Efecto de la quimioterapia en el desarrollo físico e intelectual en niños de 0 a 15 años con patologías oncológicas: Revisión bibliográfica (Tesis de maestría). Universidad de los Andes. Recuperado de: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18351>
- Pedretti, L., Massa, S., Leardini, D., Muratore, E., Rahman, S., Pession, A., Esposito, S., & Masetti, R. (2023). Role of Nutrition in Pediatric Patients with Cancer. Nutrients, 15(3), 710. <https://doi.org/10.3390/nu15030710>
- Schettini, P., & Cortazzo, I. (2015). Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/49017>
- Sepahvand, F., Valizadeh, F., Karami, K., Abdolkarimi, B., & Ghasemi, F. (2024). Falling and rising in the vortex of cancer: children's adaptation with cancer: a qualitative study. BMC psychology, 12(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01722-9>
- Sgreccia, E. (2014). Manual de Bioética. La Bioética y sus principios. 4th ed. Madrid: Series BAC Maior.
- Slatnick, L. R., Hoogstra, D., Fisher, B. T., Wolf, J., Orgel, E., C. Nathan Nettle, Patel, P. A., et al. (2025). Prevention and Management of Infectious Complications in Pediatric Patients With Cancer: A Survey Assessment of Current Practices Across

Children's Oncology Group Institutions. *Pediatric Blood & Cancer*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/pbc.31532>

Stotter, B. R., Chan, C., & Chanchlani, R. (2021). Late Kidney Effects of Childhood Cancer and Cancer Therapies. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 28(5), 490-501.e1. Recuperado de: <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2021.09.001>

Capítulo 10

Percepción del equipo de salud sobre el proceso de certificación como establecimiento amigo de la madre, la niña y el niño

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.10>

LESLIE GUADALUPE TAPIA LACHOS

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

lachosleslie@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-9202-5488>

FLOR DE MARÍA MOGOLLÓN TORRES*

Magister en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

fmogollon@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2605-546X>

*Autora de Correspondencia

Resumen

Introducción: Del total de establecimientos de salud activos entre aquellos adscritos al Ministerio de Salud, privados, EsSalud y fuerzas armadas, menos del 1% cuentan con la certificación como establecimiento amigo de la madre, la niña y el niño. **Objetivo:** Describir las percepciones del equipo de salud en Lambayeque- Perú sobre el proceso de certificación como establecimiento amigo de la madre, la niña y el niño. **Materiales y métodos:** Investigación cualitativa, descriptiva, en una muestra de 15 profesionales de salud, integrantes de los Comités de Lactancia Materna de los establecimientos de salud de la Red Lambayeque. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y el tamaño de la muestra se determinó por la técnica de saturación y redundancia de datos; para recolectar la información se usó una guía de entrevista validada por juicios expertos y por piloto una vez aprobado el proyecto por el Comité Institucional de Ética, luego fueron procesados mediante el análisis de contenido. Además, se cumplió los criterios de rigor científico y éticos. **Resultados:** Emergieron tres categorías: Percepciones sobre el proceso de certificación, percepciones sobre las estrategias para lograr la certificación, y percepciones sobre el significado de lograr la certificación. **Conclusión:** En el equipo de salud en Lambayeque, permean percepciones positivas/negativas sobre el proceso de certificación, que les motiva/desmotiva a su consecución, y a la vez evidencian la necesidad de capacitaciones permanentes para estandarizar sus conocimientos y lograr la sensibilización y el compromiso del equipo multidisciplinario, includibles para afrontar las limitantes y desafíos que implica dicha certificación.

Palabras clave: Certificación; Lactancia Materna; Percepción; Comité de profesionales.

Introducción

Desde que se lanzó la iniciativa de “Hospitales Amigos del Niño” (IHAN), con la finalidad de defender, fomentar y favorecer la lactancia materna (LM) en las instituciones sanitarias que brindan servicios materno-infantiles, basados en que no existe un mejor alimento que la leche natural, cuya práctica se determina por múl-

tiples y complejos determinantes sociales (OPS, 2016; UNICEF, 2020; OMS, 2019), en Perú, como en otros países Latino Americanos en vías de desarrollo, se ha aprobado una normativa para la “certificación como establecimientos amigos de la madre, la niña y el niño”, que incluye el cumplimiento de unos criterios, como: Los diez pasos para una LM exitosa, las regulaciones sobre publicidad y adquisición de las fórmulas comerciales infantiles (FCI), biberones y tetinas y por último la implementación del lactario institucional, de acuerdo al nivel de atención de los establecimientos de salud que soliciten la evaluación externa, tal como lo establece la directiva administrativa N° 201 del Ministerio de Salud (2014).

En este marco de referencia, a nivel internacional se encontró que solo un 3,5% de los establecimientos de salud cuentan con dicha certificación, siendo un porcentaje muy bajo. Entre los países, tenemos a Uruguay que posee el mayor porcentaje de centros certificados con el 75%, siguiendo el Salvador con 15,6%, continuando con República Dominicana 13,3% y finalmente Bolivia 12,9%. Estos logros se deben a que aún hay algunas limitaciones en el sector salud, siendo entre ellas, la rotación constante del profesional de enfermería, personal de salud insuficiente, carencia de identificación referente a la iniciativa por parte del personal de salud y las instancias normativas, obstáculos para que cumplan algunos de los diez pasos de la LM y deficiencia de capacitaciones; a pesar de ello se debe implementar la promoción y el apoyo adecuado por parte del equipo de salud hacia la madre, con el fin de promover la LM (OPS, 2016).

A nivel nacional, en Perú, esta falta de certificación se ha visto reflejado en la baja prevalencia de LM durante las 24 horas de vida del recién nacido (RN) evidenciándose un 49.6% en el 2021 y 46.6% en el 2022 (Seguro Social de Salud, 2023). Esto significa que 53.4% de RN no reciben leche materna en la primera hora de vida, debido a prácticas inadecuadas y al incumplimiento de la normativa de atención integral del RN, en el que se establece el contacto piel con piel (CPP) por mínimamente 45 minutos, el comienzo de la LM durante la primera hora de vida y el alojamiento conjunto con colecho durante el tiempo de hospitalización del binomio madre-niño (MINSA, 2013), conductas que determinarán sin duda alguna, la alimentación del niño en los siguientes meses de vida. En el Perú, de los 25 242 establecimientos de salud activos entre

aquellos adscritos al MINSA, privados, EsSalud y fuerzas armadas y otros, menos del 1% cuentan con esta certificación (Seguro Social de Salud, 2015); asimismo solo el 65.9% de niños(as) reciben LM en los primeros seis meses de vida, siendo menor el porcentaje en las zonas urbanas (61.4%) que en las zonas rurales (76.7%) (UNICEF, 2023).

Son múltiples las percepciones sobre la obtención de dicha certificación, así Díaz & Esplugues (2024) y Correa et al. (2022) a partir de sus investigaciones han reportado que el personal de salud ha manifestado su necesidad de mejorar sus conocimientos para crear un entorno sanitario favorable para la LM, además reconocen que están comprometidos en alcanzar dicha certificación mediante la implementación de prácticas de apoyo y promoción de la LM, identifican la importancia de trabajar con otros equipos de salud, como médicos y otros profesionales que brindan atención postparto inmediata y destacan el interés de la formación de todos los profesionales sanitarios para obtener esta ansiada certificación.

Todo lo mencionado anteriormente, implica un esfuerzo denotado del equipo de salud y de los comités de lactancia materna encargados del proceso de preparación y autoevaluación para la certificación de los establecimientos de salud, en los que coexisten una serie de barreras o limitantes, que generan diversas percepciones en los profesionales de la salud, que no han sido abordadas desde el paradigma interpretativo a nivel nacional y local, razón por la cual las investigadoras se plantearon la siguiente interrogante de investigación ¿Qué percepción tiene el equipo de salud en Lambayeque- Perú sobre el proceso de certificación como establecimiento amigo de la madre, la niña y el niño?, con el objetivo de describir la percepción sobre el proceso de certificación como establecimiento amigo de la madre, la niña y el niño.

Esta investigación, se justificó debido a que solo un pequeño porcentaje de establecimientos de salud cuentan con dicha certificación (Seguro Social de Salud, 2015), situación que se atribuye a la presencia de prácticas inadecuadas y al incumplimiento de la normativa de la atención integral del RN (MINSA, 2025). Estas deficiencias se derivan, de la falta de capacitación del personal sanitario, lo que resulta una dificultad para que los establecimientos de salud puedan obtener esta acreditación. Por otro lado, la LM se ha

reducido en un 3% entre el 2021 y el 2022, a pesar de los múltiples esfuerzos del sector salud y del equipo de salud (UNICEF, 2023).

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron fundamentales para entender cómo percibe el equipo de salud el proceso de certificación como “establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño” desde su experiencia al someterse cada año a dicho proceso, lo que permitió sistematizar sus percepciones, esperando pueda servir a las instituciones de salud como material de consulta para implementar estrategias y medidas específicas en sus planes de trabajo para la obtención de dicha certificación y con ello el binomio madre-niño se vea beneficiado en un entorno sanitario favorable, que promueva, proteja y apoya la alimentación natural con leche materna.

Materiales y Métodos

La investigación fue de tipo cualitativa (Cueto, 2020; Macías, 2023), porque el interés fue comprender el fenómeno desde la subjetividad de los participantes, centrado en las percepciones del equipo de salud involucrado en el proceso de certificación en la Red de Salud Lambayeque del sector público (MINSA), sin la intención de medirlas o cuantificarlas. El abordaje metodológico fue un diseño descriptivo (Hernández et al., 2015), este permitió obtener datos relevantes, detallados y en profundidad, para comprender la problemática que dio origen a esta investigación.

El estudio, se llevó a cabo en los establecimientos de la Red de salud Lambayeque, conformada por instituciones públicas adscritas al MINSA que se presentaron al proceso de certificación en el 2024, siendo 27 establecimientos ubicados en el distrito de Lambayeque entre centros y puestos de salud de nivel I-1, I-2 y I-3, que brindan atención entre 6 y 24 horas.

Para la selección del participante, se tomó en consideración los siguientes criterios de inclusión: Personal de salud que conforman los comités de LM declarados en los planes de trabajo del 2024 y que firmaron el consentimiento informado y se excluyó a dos profesionales que participaron en la prueba piloto. Los participantes presentaron las siguientes características: En cuanto a la edad, la más joven tenía 24 años y la mayor, 67. Todos los participantes

fueron de sexo femenino. Los roles que desempeñan en el comité de lactancia materna incluyen: ocho coordinadoras del servicio de enfermería, tres coordinadoras del servicio de obstetricia, dos coordinadoras del servicio de nutrición y dos integrantes de la etapa de vida-niño.

El muestreo fue no probabilístico, por máxima variación, con el fin de obtener diferentes puntos de vista de los profesionales, como enfermeras, nutricionistas y obstetras involucrados en el proceso de certificación. El tamaño muestral fue de 15 profesionales de la salud y se determinó utilizando la técnica de saturación y redundancia, lo que significó que las entrevistas se llevaron a cabo hasta que los datos comenzaron a repetirse (Hernández et al., 2025).

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante la técnica de entrevista, de tipo semiestructurada, utilizando como instrumento una guía de entrevista (Gallardo, 2017; Burgos et al., 2019), validado mediante juicio de expertos (Arias, 2012), y prueba piloto con dos profesionales de salud que cumplían con los criterios de inclusión, en el mismo escenario de investigación.

La investigación se llevó a cabo con la aprobación del Comité de Ética en investigación institucional mediante resolución N° 297-2024-USAT –FMED, y con el permiso de la Gerencia Regional de Salud (GERESA), con carta de autorización N°162 y de la Red de Salud Lambayeque con autorización N° 000894-2024. Luego de obtener estos permisos, se acudió a las jefaturas de cada establecimiento para solicitar la autorización para contactar directamente los participantes. Cuatro profesionales de salud permitieron la entrevista de manera virtual, previa coordinación vía WhatsApp y once optaron por entrevistas presenciales, luego de finalizado su turno. Este proceso de recopilación de datos se llevó a cabo entre el 9 de agosto hasta el 11 de septiembre del 2024.

El análisis de datos se llevó a cabo manualmente mediante el análisis de contenido según Schettini & Cortazzo (2015). En la primera fase del análisis, se transcribieron fielmente los discursos obtenidos en formato Word, siguiendo el orden numérico de ejecución. En la segunda fase, se llevó a cabo el procedimiento de codificación, obteniéndose 49 códigos, que comenzó con la abstracción de las unidades de significado, seguido de la identificación de palabras o frases clave que representaron estas unidades. Finalmente, se categorizó, obteniéndose tres categorías y diez subcategorías

producto de la agrupación de los datos según criterios de similitud semántica. Estas categorías fueron contrastadas con la literatura consultada para validar los hallazgos.

Dentro de las consideraciones éticas, se tuvo en cuenta los principios éticos del Informe Belmont (2013), en el principio de no maleficencia, se respetaron las opiniones de los participantes durante la recolección de datos, se protegió su identidad mediante códigos. En cuanto al principio de autonomía, se respetó la libre voluntad de los profesionales de la salud de participar en el estudio previa firma del consentimiento informado y en cuanto al principio de justicia, se hizo la invitación para participar en el estudio a todos los profesionales de salud que cumplían los criterios de selección sin distinción alguna.

Resultados

Categoría I: Percepciones sobre el proceso de certificación

Los profesionales de la salud destacaron la importancia del proceso de certificación, señalando que es fundamental cumplir con una variedad de criterios y aspectos, el cual le imprimiría al establecimiento de salud un sello distintivo como defensor y protector de la LM, y garantizaría esta práctica saludable en bien de la salud del binomio madre-niño, esto se evidencia en la calificación que le dan a dicho proceso, asignándole significados y atributos tales como:

“... Es excelente, ya que el proceso de certificación fomenta la lactancia materna, fortaleciendo el vínculo a través del contacto piel a piel y contribuyendo al desarrollo psicológico más saludable del niño. La leche materna es el alimento ideal para el bebé, proporcionando proteínas, anticuerpos y nutrientes esenciales para un crecimiento físico y psicológico óptimo. Además, reduce el riesgo de infecciones y enfermedades, fortaleciendo el sistema inmunológico desde el primer día. Este enfoque integral beneficia al niño y apoya a la madre, promoviendo una conexión emocional más profunda y reduciendo complicaciones posparto...” F05.

“... Para mí, esta experiencia es sumamente enriquecedora, ya que nos brinda la oportunidad de promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva de manera efectiva. Lograr el reconocimiento como

un establecimiento “Amigo de la Madre y del Niño” no solo sería un honor, sino que también reforzaría nuestro compromiso con la salud y el bienestar de las madres y sus hijos... Estoy convencido de que, a través de estos esfuerzos, podemos marcar una diferencia real en la vida de las familias y contribuir significativamente a la mejora de la salud pública en nuestra comunidad...” F09.

A pesar de que la gran mayoría de participantes calificaron al proceso de certificación como “crucial”, “fundamental” e “importante” para garantizar la promoción de la LM como el mejor alimento para el lactante; un pequeño grupo de participantes tienen la percepción de que el proceso demanda de mucho esfuerzo y dedicación, además de ser amplio, complejo, desafiante y difícil de lograr:

“... El proceso de certificación, es amplio y complejo, ya que debemos cumplir con los 10 pasos para una lactancia materna eficaz, contar con un lactario institucional, y evitar la publicidad de fórmulas y biberones, tarea ardua y difícil de lograr...” F01.

“... El proceso de certificación es amplio, complicado y desafiante. Lo Primero, que debemos hacer es convencer al personal de salud de que la lactancia materna es una excelente alternativa para la salud del niño y la madre. En nuestra sociedad, la lactancia exclusiva enfrenta diversas dificultades, ya que a veces los familiares o el personal de salud no apoyan a la madre en este proceso de dar de lactar. Convencer al equipo de gestión para dedicar tiempo y movilizar recursos es complicado, pues estos cambios requieren tiempo...” F04.

Categoría II: Percepciones sobre las estrategias para lograr la certificación

El personal sanitario subraya la importancia del compromiso, la capacitación del equipo de salud, el respaldo institucional, la formación continua y la colaboración en equipo. Estos aspectos son fundamentales para lograr la certificación. El dato más recurrente en los relatos de los participantes da cuenta que desde su percepción “el compromiso del personal de salud”, es indispensable para lograr la certificación como establecimiento amigo de la madre y el niño(a). Como se detalla en las siguientes unidades de significado:

“... Es vital que todo el personal esté informado y comprometido con estos principios para alcanzar la certificación como Establecimiento Amigo de la Madre y del Niño...” F02.

“... Es clave educar y sensibilizar al personal y a las familias sobre sus beneficios, garantizando su comprensión y compromiso...” F05.

Otro aspecto importante para lograr la certificación, desde la percepción de los participantes es “la capacitación del personal de salud”, misma que debe ser continua y sostenible, a fin lograr sensibilizar al equipo multidisciplinario y se involucre en dicho proceso.

“... Es esencial capacitar a todo el personal, desde la recepción hasta el gerente, en lactancia materna y en el tema de certificación...” F04.

“... Capacitar continuamente al personal para educar a las madres sobre sus beneficios. También se recomienda realizar seguimiento constante y fomentar una cultura de apoyo a la lactancia materna, cumpliendo con los requisitos para la certificación y promoviendo la educación en la comunidad...” F12.

“... Este año, hemos recibido por primera vez la capacitación necesaria, lo que ha sido un gran impulso tanto personal como profesional. Esta formación ha ampliado mis conocimientos e inspirado a ser un mejor profesional de la salud, capaz de ofrecer un apoyo más sólido y empático a las madres en su camino hacia una lactancia materna exitosa. Este proceso de aprendizaje ha fortalecido mis habilidades y me ha permitido comprender con mayor profundidad la importancia de la lactancia materna en el desarrollo saludable de los niños...” F09.

Otra estrategia que los participantes recomiendan para lograr la certificación es la promoción continua, clara y oportuna de la lactancia materna, en todos los servicios que brindan atención al binomio madre- niño, esto a fin de lograr mejorar la práctica de la lactancia materna:

“... Es crucial desmentir mitos, como la creencia de que la leche materna puede enfriarse al lavarla, lo que lleva a algunas madres a optar por fórmulas. Conversar y educar a las madres permite abordar estas preocupaciones y demostrar que la lactancia materna es generalmente más beneficiosa, ya que los bebés pueden experimentar problemas digestivos con las fórmulas. Además, la capacitación fortalece las habilidades del personal de salud para brindar un apoyo más efectivo a las madres. Ofrecer información clara sobre la producción de leche, técnicas de amamantamiento y los beneficios de la lactancia materna exclusiva crea un entorno más seguro...” F12.

“... En el consultorio externo de nuestro centro de salud, se ofrece orientación a las gestantes sobre la importancia de la lactancia materna y la preparación de las mamas para que puedan dar de lactar correc-

tamente. Contamos con un espacio llamado “lactario de Lactancia Materna”, donde las madres reciben educación, con la participación tanto de obstetras como de enfermeras. Para reforzar los conocimientos, utilizamos maquetas como herramientas para charlas y consejerías. Este enfoque integral asegura que las madres estén bien preparadas para ofrecer la mejor nutrición a sus hijos desde el primer día, promoviendo un comienzo saludable y una relación madre-hijo sólida...” F05.

Una estrategia fundamental y significativa desde la percepción de los participantes fue mejorar “el apoyo institucional”, visto este desde las facilidades que debe brindar tanto el establecimiento de salud, como el sector salud como macro institución (MINSA), así como de la sociedad civil organizada en la comunidad.

“... se requiere de un entorno de apoyo dentro del centro de salud y del MINSA, con acceso a consultoras de lactancia, materiales educativos y respaldo institucional, es crucial para asegurar el éxito y la continuidad de la lactancia materna y lograr el proceso de certificación...” F05.

“... Estamos formando grupos de apoyo a la lactancia materna e implementamos políticas visibles en el área de alojamiento conjunto para informar a las madres, y en la comunidad, lo cual es muy difícil de lograr sin el apoyo de la misma comunidad...” F10.

La última estrategia percibida por los participantes fue el trabajo en equipo para la certificación como establecimiento “Amigo de la Madre y el Niño(a)”, lo cual es crucial para que todo el equipo multidisciplinario esté alineado y centre los esfuerzos en lograr dicha acreditación. Esto permite ofrecer una atención de calidad a las madres, enfocada en el bienestar tanto de ellas como de sus hijos.

“... Es fundamental que las capacitaciones no sean impartidas por una sola persona. Aunque una licenciada está encargada de estas sesiones, lo ideal sería contar con un equipo más amplio dedicado a la formación continua.... La capacitación teórica y técnica debe ser ofrecida por múltiples expertos para garantizar que todo el equipo tenga un conocimiento sólido y actualizado, asegurando un apoyo práctico efectivo a las madres y un manejo adecuado de cualquier situación relacionada con la lactancia...” F03.

“... Si es posible lograrlo, pero si trabajamos en equipo y cambiamos las apreciaciones sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva en el personal de salud como en las madres. A través de encuestas y capacitaciones, podemos fortalecer el conocimiento y la práctica de

la lactancia materna en nuestro centro de salud... Es alentador ver que ya estamos comenzando a trabajar en equipo. Esta colaboración es clave para asegurar que todos estemos alineados y podamos brindar un apoyo integral y consistente a las madres, promoviendo una cultura que valore y fomente la lactancia materna como una práctica vital para el bienestar de nuestros niños y sus familias...” F14.

Categoría III: Percepciones sobre el significado de obtener la certificación

Para cada profesional de la salud, obtener esta acreditación representa un gran logro relevante, que aporta beneficios tanto a las madres como a los bebés. El significado de obtener esta certificación representa una satisfacción y compromiso por parte del personal de salud hacia la comunidad, además de contribuir a la prevención de anemia en los niños.

“... Para mí, sería un gran logro trabajar en un centro de salud acreditado, ya que el reconocimiento no solo sería estatal, sino también para la población. Formar parte de un establecimiento de salud que ampara y mejora la salud de la comunidad, incrementa los estándares y asegura una mejor calidad de vida para los recién nacidos...este reconocimiento reflejaría el esfuerzo colectivo y la dedicación del equipo multidisciplinario en el fomento de la LM, fortaleciendo nuestro vínculo con la comunidad y destacando nuestra misión de mejorar la salud pública...” F04.

“... Obtener esta certificación sería un logro significativo para nuestro establecimiento. Asimismo, nos posicionaría con mayor privilegio y reconocimiento frente a la GERESA. Esto demostraría que nuestro centro de salud está capacitado para fomentar prácticas saludables de lactancia materna...La certificación también podría establecer colaboraciones con otras instituciones, mejorando nuestras capacidades para brindar una atención de calidad. Asimismo, inspiraría a nuestro personal a mantener practicas saludables para el bienestar de la comunidad...” F06.

“... Lograr la certificación en lactancia materna sería una gran de satisfacción, viéndose reflejado nuestro compromiso con la población... alcanzar este objetivo va a demostrar nuestro esfuerzo y dedicación hacia la salud materno-infantil...” F08.

Los hallazgos evidencian que obtener esta certificación será de gran beneficio tanto para la madre como para el bebé. Esto garantizaría una educación adecuada sobre la lactancia materna exclusiva y continuada, asimismo, va a contribuir a la prevención de enfermedades en un futuro para el niño(a).

“... Considero que sería muy beneficioso contar con un entorno apropiado donde nuestras puérperas puedan dar lactancia materna en un ambiente seguro y cómodo... La leche materna es el alimento ideal y debemos respaldar que todas las madres opten por la lactancia exclusiva. Un entorno que promueva la lactancia materna puede cambiar la salud comunitaria, asegurando que los bebés reciban el mejor alimento desde el inicio de su vida. Es esencial que tanto el personal de salud como las familias estén unidos en esta misión para que la lactancia materna sea fomentada y disminuir la morbilidad infantil...” F05.

“... alcanzar la certificación no solo mejoraría la salud de la comunidad, sino que consolidaría nuestro papel como personas de cambio, demostrando que con esfuerzo y afán podemos cambiar los pensamientos y prácticas de la lactancia materna en nuestra comunidad...” F07.

Discusión

En cuanto a las percepciones sobre el proceso de certificación, la gran mayoría de participantes calificaron al proceso de certificación como “crucial”, “fundamental” e “importante” para garantizar la promoción de la LM como el mejor alimento para el lactante; sin embargo, un pequeño grupo percibieron que el proceso demanda de mucho esfuerzo y dedicación, además de ser amplio y complejo; subrayan que cumplir con la variedad de criterios le otorgarían al establecimiento un sello distintivo como promotor y protector de la LM, a pesar de ser desafiante y difícil de lograr. Al respecto, Waisman (2015), destaca que aunque cumplir con estos criterios representa un desafío, es alcanzable a través del esfuerzo colectivo y el trabajo en equipo; asimismo, para lograr la certificación, resulta crucial organizar diversas actividades en el establecimiento de salud, en ese sentido, Arroyo & Salinas (2015), señalan que el 81.7% de los profesionales de salud tienen percepciones que este proceso es largo y complicado; pero, sí se puede lograr con dedicación y

esfuerzo, con el fin de brindar una mejor atención de calidad a la madre y niño(a).

Por otro lado, el personal de salud tiene “percepciones sobre las estrategias para lograr la certificación”, enfatizando la importancia del compromiso, la capacitación continua del equipo, el apoyo institucional y el trabajo colaborativo como elementos claves para alcanzar la certificación. Estos hallazgos son coincidentes con los reportados por Hernández & Bravo (2023), quienes señalan lo fundamental que es el hecho de que personal de salud esté comprometido con la promoción de la LM y brinde a las madres apoyo en diversas técnicas de lactancia; igualmente, Araya & Alegría (2022), agregan que la formación en LM para los profesionales de la salud debe extenderse a los entornos comunitarios y domiciliarios, lo cual requiere implementar diversas estrategias y contar con la participación activa de los padres.

De igual modo, el personal sanitario también manifestó su “percepción sobre el significado de obtener la certificación”, el cual es visto como un logro importante porque beneficiaría tanto a las madres como a los niños, además que representaría una fuente de satisfacción y compromiso por parte del personal de salud hacia la población. En esta misma perspectiva, Tenisi & Fariña (2022), destacan la importancia de contar con centros de salud certificados como amigos de la madre, la niña y el niño, ya que dicha certificación garantiza la promoción de LME y LMC en los establecimientos de salud, observándose que el 53.5% de los niños hasta los seis meses reciben LME en estos centros. De igual manera, Brun & Ferreira (2022), señalan que obtener esta certificación sería un gran logro, para ello, es fundamental fomentar el apego precoz y asegurar el tiempo recomendado para iniciar la LM, prácticas sobre las cuales el 81.6% y el 69.4% de los profesionales de la salud, respectivamente, posee un conocimiento adecuado.

Conclusiones

Derivado de los resultados se obtiene que el personal de salud tiene diversas percepciones sobre el proceso de certificación, destacando que es de suma importancia que haya más centros de salud certificados como amigos de la madre y del niño(a), ya que no solo

mejoraría la atención brindada, sino que también promovería prácticas saludables que impactarían positivamente en el bienestar del binomio madre-niño. Para ello, es indispensable que todo el personal de salud conozca y se comprometa con el cumplimiento de los estándares de calidad que exige la directiva y trabaje en equipo; de la misma forma es importante que conozcan sobre los diversos procedimientos que contempla la norma técnica de salud de atención integral neonatal con el fin de que puedan lograr LME desde la primera hora de vida del neonato y la norma técnica de consejería en lactancia materna, de modo que sus intervenciones sean efectivas y contribuyan a posicionar al establecimiento de salud como un modelo de atención integral en lactancia materna.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Arias, M., Giraldo, C. (2012). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Scielo*, 29(3): 500-51. <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n3/v29n3a20.pdf>
- Araya, P., Alegría, F. (2022). Intervenciones efectivas para aumentar la duración y la exclusividad de la lactancia materna: una revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 87(1):26-39. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v87n1/0048-766X-rechog-87-1-26.pdf>
- Arroyo, C., Salinas, L. Percepción de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ) en Cartagena. *Rev. Cienc. Salu*, 13 (3): 395-4. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4357/3146>
- National Institutes of Health (2013). Principios éticos y directrices para la protección de los sujetos humanos de investigación

- biomédica y de comportamiento. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-10/belmont-informe.pdf>
- Burgos, N., Márquez, F., Beltrán, G. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. algunas precisiones necesarias. *Scielo*, 15(70):455-45. <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v15n70/1990-8644-rc-15-70-455.pdf>
- Brun, M., Ferreira, C. (2022). Prácticas y conocimientos sobre lactancia materna de pediatras, ginecólogos y enfermeras de 3 servicios de salud de San Lorenzo y Asunción. *Scielo*, 49(1): 33-45. <https://revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/703/562>
- Correa, M., Marquez, J., Cecagno, S. (2022). Percepción de las enfermeras sobre el proceso de título de hospital amigo de la infancia. *Scielo*, 20 (1): 61-74. <https://lc.cx/NPvT03>
- Cueto, E. (2020). Investigación cualitativa. *Appli. Sci. Dent.*, 1(3): 1-2. https://www.researchgate.net/publication/367923376_Investigacion_Cualitativa
- Díaz, A., Esplugues, A. (2024). Web 2.0 como nuevo apoyo a la lactancia materna: Percepción de madres y profesionales a través de un enfoque cualitativo. *Science Direct*, 34 (1): 34-48. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.11.001>
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. Más del 50% de niños y niñas recién nacidos de todo el mundo no reciben lactancia, lo que incrementa su posibilidad de padecer malnutrición. (2023). <https://lc.cx/eJznTC>
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia promoción y apoyo en un hospital amigo del niño. (2020). <https://lc.cx/TT1t84>
- Gallardo, E. (2017). Metodología de la investigación: Manual Auto formativo Interactivo. Universidad Continental.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2015). Metodología de la Investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill.
- Hernández, M., Bravo, M. (2023). Factores promotores, dificultades y estrategias para emprender y continuar la lactancia materna en España: la voz de las mujeres. *Horiz Enferm*, 34(3)561-57. <https://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/64179/55507>
- Macías, A. (2023). Metodología de la investigación cualitativa una perspectiva interpretativa. Editado en México.

- Ministerio de salud. Directiva administrativa N°201 MINSA/DGSP - V.01 Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de salud Amigos de la madre, la niña y el niño. (2014). <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3306.pdf>
- Ministerio de salud. Atención Integral de la Salud Neonatal R.M. N°828 – 2013/MINSA. (2015). <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3281.pdf>
- Organización Panamericana de la salud. La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. (2016). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18829>
- Organización Mundial de la Salud. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. (2019). <https://www.unicef.org/ecuador/media/13706/file>
- Seguro Social de Salud. El Sistema de Salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. (2013). <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>
- Schettini, P., Cortazzo, I. (2015). Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Universidad de la Plata. https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/49017/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tenisi, M., Fariña, D. (2022). Prevalencia de lactancia materna en el sector público de salud de Argentina, según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna. *Scielo*, 120(3):152-15. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2022/v120n3a04.pdf>

Capítulo 11

Percepción de las madres sobre el cuidado de enfermería al neonato en un hospital público de Chiclayo

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.11>

ESTEFANNY DEL MILAGRO AYASTA-BERNABE

Licenciada en Enfermería

estefannyayastabernabe@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-5828-7127>

ADELA ROSANNA NUÑEZ-ODAR*

Maestra en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

anunez@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0003-4334-6573>

*Autora de correspondencia

Resumen

Introducción: La percepción de las madres del neonato respecto al cuidado de enfermería ha despertado gran interés y preocupación, ya que estos son seres muy vulnerables durante las primeras cuatro semanas de vida, las cuales son susceptibles a riesgos que pueden afectar su salud y supervivencia. **Objetivo:** Describir la percepción de las madres sobre el cuidado de enfermería al neonato en un hospital público de Chiclayo. **Materiales y métodos:** El tipo de investigación fue cualitativa con abordaje descriptivo y la población estuvo conformada por 15 madres de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital mencionado, delimitado por saturación y redundancia. Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, y los datos se procesaron mediante el análisis de contenido. **Resultados:** se obtuvo cuatro categorías: a) Calidad del trato al binomio madre-niño, b) Educación sobre el cuidado del neonato, c) Fomento del apego y la lactancia materna. **Conclusión:** El estudio destaca que el trato afectuoso y la educación en cuidados básicos favorecen la lactancia materna y el vínculo madre-hijo durante la hospitalización del neonato. Se recomienda implementar estrategias que promuevan el apego y la continuidad de la lactancia para un desarrollo saludable.

Palabras clave: Percepción; Cuidado de enfermería; Recién nacido; hospital.

Introducción

La organización mundial de la salud (OMS) (2019), señala que el periodo neonatal comprende las 4 primeras semanas de vida del recién nacido (RN), es la etapa más vulnerable y susceptible en la vida de la persona, porque hay cambios rápidos, donde se presentan algunos riesgos que amenazan su vida. Entre las principales causas de morbilidad neonatal, aproximadamente el 80% son procesos infecciosos que puede ser prevenible, otras causas fueron la ictericia neonatal, sepsis neonatal y la prematuridad en un 50%, los cuales al ser identificados oportunamente permite diagnosticar y dar un tratamiento adecuado evitando complicaciones y la muerte neonatal (Tejada, 2024).

En el Perú, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA, informó en el año 2024, el 71.4% de las principales causas de morbilidad neonatal son las siguientes: prematuridad (64.1%); hiperbilirrubinemia (26.2%), peso bajo para la edad gestacional (24.6%), malformaciones congénitas (2.1%) reflejando así que la morbilidad neonatal es un problema de salud pública y para poder disminuir su incidencia amerita tomar medidas de prevención (Gil, 2024). En el año 2024, según la Gerencia regional de salud Lambayeque, informó que los hospitalizados en neonatología, son mayormente prematuros, seguido por quienes tienen malformaciones congénitas, e infecciones (Yamaguchi, 2025).

Sin embargo, Cordova & Núñez (2021), establece que la hospitalización del RN, va a generar un cambio en la vida de sus padres, muchas veces se debe a nacimientos complicados que por ende van a requerir estancias prolongadas de hospitalización en casos como: malformaciones congénitas, prematuros, infecciones, lo cual va alterar el estado económico como emocional y más en madres primerizas, ya que ellas aún no han experimentado este proceso por lo que la experiencia representa un cambio en sus vidas, y depende del cuidado y la atención que le brinden el personal salud va a influir en su salud (Cañas-Lopera, & Rodríguez-Holguín, 2014).

De este modo, el cuidado que la enfermera le brinde al RN es relevante en la vida de los padres, ya que va a comprender varios aspectos como es físico, psicológico, espiritual y social (Navarro, 2022). Sin embargo, muchas veces las madres primerizas experimentan esta nueva etapa en su vida y no saben cómo deben actuar en el cuidado de su hijo, y es aquí donde ellos se siente desconcertados y más aún si este se encuentra hospitalizado ya sea por una malformación congénita, prematuros o por infecciones neonatales que sufren manifestándose en las primas horas del nacimiento como también en el transcurso de los días o semanas y que de acuerdo a su condición podrían requerir de su permanencia en el hospital (Leonardo, & Zeña, 2017).

Además, es considerado también un problema de salud pública pues, implica factores tanto económicos, culturales y emocionales, ya que el RN es un ser muy vulnerables durante las primeras horas de vida, por lo que, su supervivencia va a depender de los cuidados que le brinde la enfermera durante su estadía en el hospital brin-

dándole cuidados holísticos e integrales, considerando no solo al neonato sino también involucrando a sus padres en todo este proceso, de tal forma de ellos puedan percibir este cuidado de manera positiva o negativa (King, 1984).

Finalmente, la percepción que los padres tengan ante el cuidado brindando por la enfermera a sus hijos, es importante para que el profesional de la salud reflexione y sobre todo brinde un cuidado humanizado, holístico que favorezca la salud del neonato y de sus familiares, para que así se evidencie que los cuidados brindados por parte del profesional de enfermería son los adecuados. También, estos resultados servirán para futuras investigaciones.

Por lo mencionado, se tuvo como objetivo describir la percepción de las madres sobre el cuidado de enfermería al neonato en un hospital público de Chiclayo.

Materiales y Métodos

El estudio se ejecutó bajo un enfoque cualitativo (Berenguera, Fernández, Pons, Pujol, Rodríguez, & Saura, 2014), el abordaje fue descriptivo (Baltar, & Gorjup, 2012), porque se desarrolló el fenómeno a partir de las manifestaciones de los padres sobre el cuidado de enfermería al RN. La población (Baltar, & Gorjup, 2012), de estudio lo conformaron, todas las madres de los RN hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Las Mercedes de Chiclayo (HLMCH), cuyo número aproximado fue de 22. La muestra fue no probabilística por saturación y redundancia, y estuvo conformada por 15 madres; considerando los siguientes criterios de inclusión: madres de RN hospitalizados mayor de 72 horas como mínimo y que deseen participar voluntariamente de esta investigación. Dentro de los criterios de exclusión se consideró: las madres de neonatos mayores de 1 mes de hospitalización.

El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada (Berenguera, Fernández, Pons, Pujol, Rodríguez, & Saura, 2014), validada por tres juicios de expertos, con el fin de que las preguntas fueran comprensibles y pertinentes al objeto de estudio. Posterior a ello, se realizó la prueba piloto teniendo en cuenta a dos participantes del HLMCH donde se aplicó el estudio. Después de obtener el permiso del hospital, se solicitó apoyo al Departamento de Enfer-

mería del hospital, el cual facilitó que la investigación identifique a los sujetos de la investigación y que estos cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del estudio; además una vez captado a los sujetos, se acordó la fecha y hora según su disponibilidad previo al consentimiento informado.

En cada entrevista se utilizó un diálogo apropiado, entendible y se trató que el ambiente estuviera libre de ruidos e interrupciones. Además, se llevó a cabo 15 entrevistas, las cuales fueron de forma presencial, dichas entrevistas fueron registradas mediante un grabador de voz, cabe resaltar que cada una de las entrevistas se realizó con previo consentimiento informado, y estas tuvieron una duración aproximada de 15 minutos cada una.

Posterior a ellos, dichas entrevistas se transcribieron en un Word, y se procedió a enviarlo a los dos días después mediante WhatsApp, con el fin de corroborar la información brindada y/o profundizar en aspectos pocos claros, con el afán de mejorar la credibilidad. Es relevante mencionar que tanto las grabaciones de la entrevista como los documentos en Word se conservarán durante un período de dos años para que así estén disponibles en caso de auditorías posteriores y así cumplir con el criterio de auditabilidad. Para que los resultados puedan ser replicados en otros estudios, se describieron los datos generales de los sujetos del estudio y del escenario donde se llevó a cabo cada entrevista, cumpliendo así con el criterio de rigor científico de transferibilidad.

Después de culminar con las entrevistas, los datos obtenidos fueron procesados usando el análisis de contenido (Sánchez, 2020), siguiendo las diferentes fases: Preanálisis: en este punto los datos fueron recolectados y transcritos en un Word para ser leídos varias veces, con el fin de comprender los discursos, así mismo se eliminó discursos que no tienen relación directamente con el tema de estudio, además fueron subrayadas por colores las ideas relacionadas al objetivo de estudio. En la segunda fase, se llevó a cabo la codificación, en la cual, las ideas subrayadas por colores se ordenaron, agruparon y nombraron con palabras o frases, las cuales representaron los relatos extraídos de cada participante; en la tercera fase que es de categorización, los códigos obtenidos se agruparon en función a su similitud identificándose tres categorías.

Se tuvo en cuenta los siguientes principios de la bioética personalista de Sgreccia, (2014). En cuanto al principio de defensa de la

vida física, los participantes fueron respetados, además de que no sufrieron ningún daño de manera física, espiritual y psicológica; y se conservó su privacidad en todo momento, incluso mediante la entrevista se les asignó un nombre de un color para cada participante; además, se les indicó que, si algunas de las preguntas les acusará tristeza, llanto o nostalgia, ellos podrían detener la entrevista y decidir no continuar.

Resultados

a) Calidad del trato al binomio madre-niño

Las madres reconocen que las enfermeras brindan buen trato a los neonatos porque cuando observan a sus niños están dormidos, tranquilos, los alimentan mediante jeringas, les cambian el pañal, y mantienen a los RN aseados. Estas prácticas no solo favorecen el bienestar del neonato, sino que también brindan tranquilidad a las madres. Por otro lado, el buen trato hacia las madres es crucial para su bienestar físico y emocional, lo cual se refleja cuando las enfermeras les ofrecen confianza, ayuda, orientación y un trato amable, esto fortalece su confianza en el personal de enfermería y en el sistema de salud en general, como se evidencia en los siguientes discursos:

“Las enfermeras si lo tratan bien, le dan de comer.... atienden a los bebés y están pendiente de cada uno de ellos, además a mi bebé lo encontré bien dormidito y tranquilito, la enfermera me dice que ya le dio de comer y le cambio de pañal.... también a los bebés los quieren mucho como si fueran sus hijos”. (Amarillo)

“Brindan una buena atención y es un buen servicio, lo tratan bien a mi hijo veo que lo cuidan, son muy buenas y están pendiente de que no les suceda nada...me dan confianza porque son muy amables” (Turquesa)

“Recién estoy dando de lactar porque no he podido por lo que esta con oxígeno ... los tienen limpio, todas las mañanas los bañan, los asean, ... tienen ahí leche que nosotros dejamos para que los alimente... me han tratado bien tanto a mi como a mi pequeña...” (Violeta)

“Pues el trato que ellas brindan en mi opinión me parece bien... si me han respondido amablemente, o cuando he tenido alguna duda ellas

si me responden, y me dicen que les puedo preguntar cualquier cosa, ...
“(Blanco)”

No obstante, también se identificaron experiencias de un trato inadecuado, aunque en una menor proporción, lo cual fue identificado por las madres como aspectos negativos, evidenciándose en los siguientes discursos:

“Las enfermeras no han estado brindando un buen servicio, se quejaban entre ellas de que hay muchos bebés, los tratan como si fueran objetos, entonces yo creo que no deberían estar a cargo de esa sala ...”
(Morado)

“mucho dejan llorar a los bebés, conversan o están en celular y no los atienden... le digo a la enfermera, señorita mi niño está llorando, y ella me respondió abí que llore pues, todos los niños lloran...” *(Anaranjado)*

“ella me contestó de mala manera y enojada, porque me dijo ya, ya de aquí lo voy a ver porque yo aborita estoy ocupada, tengo muchas cosas que hacer... te tratan frío o a veces ni te responden cuando las saludas...” *(Celeste)*

“Bueno hay enfermeras que te gritan, no te hacen caso, te miran, tú las saludas y ni te responden, también cuando yo les pregunté como debía darle a mi bebé su leche por la jeringa ellas ni caso me hicieron”
(Lila)

b) Educación sobre el cuidado del neonato

Las madres identifican que la educación es crucial para fomentar la salud y el bienestar del neonato, y esta tarea es llevada a cabo por la enfermera, quien desempeña un papel fundamental en la orientación y capacitación de las madres. La capacitación en técnicas de alimentación, cuidado e higiene no solo es esencial para el cuidado diario del neonato, sino que también contribuye significativamente a una crianza segura y saludable; como lo manifiestan las madres a continuación:

“La enfermera me brindó una jeringuita para poderme extraer y me enseñó cómo debía de hacerlo y me ayudó bastante, me orientaron más que todo ...” *(turquesa)*

“Las enfermeras nos han explicado de que debemos lavarnos las manos, tenerlas limpietas porque ellos son bebés y son bien delicaditos y debemos cuidarlos también ellas me ayudaron a darle por jeringa a mi bebe la leche porque yo no sabía ...” *(dorado)*

c) Fomento del apego y la lactancia materna

Las madres mencionan que las enfermeras favorecen el vínculo emocional entre el niño y su madre. Esta relación le permite sentirse aceptado y protegido, estableciendo las bases para su seguridad emocional. Asimismo, las madres indican que las enfermeras fomentan la lactancia materna es fundamental para el desarrollo saludable del bebé. Estos beneficios se hacen evidentes cuando la madre amamanta a su hijo, lo carga y lo alimenta con leche materna en lugar de fórmula, lo cual se ve representado en los siguientes discursos:

“Me hizo cargarlo para darle su leche, y me dijo que lo acaricie y que le hable para calmarlo y para que él me pueda ir reconociendo y acostumbrándose a mí...” (Amarillo)

“Ella me abrió la incubadora para que yo lo acaricie, le hable y si me bebé para que se calmó como que si él ya me conociera que yo soy su mamá y si se quedó bien tranquilito” (Granate)

“... me hizo cargarlo para darle su leche y le di por una jeringa porque mi bebé no me succiona bien” (Amarillo)

“La enfermera me dice que le de mi seno para que mame ya que a veces llora de hambre...” (Azul)

Discusión

Las madres que participaron en el estudio manifestaron que tanto ellas como sus bebés recibieron un trato adecuado por parte del personal de enfermería. Este cuidado fue valorado como fundamental para el desarrollo saludable y el bienestar emocional del RN, ya que los primeros meses de vida son cruciales. Elementos como el contacto físico, una alimentación adecuada y el hecho de encontrar al bebé dormido, tranquilo y sin llanto, fueron percibidos como señales de un cuidado afectuoso y competente. Esta atención también generó tranquilidad, seguridad y confianza en las madres, quienes destacaron el trato digno, la ayuda y la orientación brindadas por las enfermeras.

Esta percepción, se corrobora con la evidencia encontrada en la investigación realizada por Sánchez-Quiroz & Álvarez -Gallardo (2020), quienes enfatizan que las enfermeras identifican y priorizan

las necesidades del neonato, utilizando conocimientos y sensibilidad para brindar un cuidado individualizado, integral y humanizado. Además, reconocen la importancia del cuidador principal como parte activa en la recuperación del RN. El buen trato por parte de la enfermera hacia el binomio madre-hijo es fundamental, ya que desempeña un papel crucial en su bienestar físico y asegura un desarrollo saludable (Cristo, et al., 2022).

Es crucial destacar la importancia del binomio madre-hijo, ya que garantiza un entorno de confianza, seguridad y bienestar emocional. Las enfermeras deben proporcionar un cuidado humanizado y holístico, no solo al paciente sino también a la familia. Involucrar a la familia en el cuidado evita que se sientan aislados o discriminados en el cuidado de su hijo. Además, brindarles un trato adecuado les permite sentirse con la capacidad de hacer preguntas o expresar dudas sin temor a reproches. Por ende, un trato adecuado y empático por parte de las enfermeras hacia el RN y sus cuidadores principales no solo mejora la experiencia hospitalaria, sino que también promueve un entorno de confianza y bienestar emocional para todos los involucrados.

Sin embargo, algunas participantes manifestaron percepciones negativas sobre el trato de la enfermera al neonato y a las madres. Además, observaron que el personal de enfermería utilizaba el teléfono con frecuencia o conversaba entre ellas, lo que aumentaba la desconfianza en la calidad del cuidado. Además, la atención insuficiente hacia los RN, como dejarlos llorar sin consuelo o no proporcionarles los cuidados adecuados, afecta negativamente su percepción del cuidado recibido. Estas interacciones deficientes no solo impactan el bienestar emocional de las madres, sino que también pueden disminuir su confianza en el personal de enfermería.

En cuanto al trato hacia las madres, se describió como frío, descortés e incluso despectivo, generando angustia y molestia. Estas observaciones coinciden con el estudio de Utrilla, Sellan, Ramos & Mateo (2020), quienes señalan que las madres perciben falta de compromiso del personal, debido al uso excesivo del celular y la omisión de tareas esenciales. Asimismo, estudios como los de Ravanhani, Astolphi, Ortiz, & De Lione (2022); destacan que las necesidades del neonato no siempre eran satisfechas, y se identificó una falta de higiene que derivó en escaldaduras. También se men-

cionó una comunicación poco cortés hacia las madres, afectando negativamente la percepción del cuidado hospitalario.

De esta manera el trato inadecuado que reciben las madres trae consigo consecuencias negativas significativas, ya que la manera en que el personal de enfermería interactúa con las madres, incluyendo el tono de voz, las expresiones faciales y la calidad de la comunicación, influye directamente en las percepciones y experiencias de las madres durante la hospitalización de sus bebés, así mismo, el trato frío y despectivo por parte de las enfermeras, como respuestas bruscas o contacto visual indiferente, puede generar sentimientos de angustia y desconfianza en las madres.

Con respecto a la educación sobre el cuidado del neonato, las madres reportaron una experiencia positiva sobre el cuidado del RN proporcionado por las enfermeras, destacando que las orientaciones y capacitaciones recibidas fueron de grandes importancias, ya que les explicaron detalladamente las técnicas de alimentación, cuidado e higiene. Esto contribuyó a que las madres tuvieran una mejor experiencia en el cuidado de sus hijos, gracias al apoyo y guía del profesional de enfermería.

Dichos resultados son similares a los de Pereira, García, Lyra, Nobre, Montenegro & Faria (2020), a partir de su estudio realizado a las puérperas y familiares, quienes desde su percepción han notado que la preparación principal sobre la lactancia materna, el cuidado del cordón umbilical e higiene, incluso las posiciones confortables, son de gran importancia para el cuidado del RN, y dicha orientación lo asume las enfermeras como papel social de educadoras, y están basadas en la transmisión de informaciones y en la demostración del cuidado al RN. Así mismo, el estudio de Ticianá, et al (2021), cuyo resultado es la satisfacción de la madre, y esto se debe a la educación que recibieron por parte de los profesionales de salud en el cuidado de sus bebés, en el cual se evidenció al momento de educarlas en la higiene, las técnicas de alimentación, para así brindarle los cuidados correspondientes al RN.

En ese sentido, esta educación no solo fortalece el vínculo madre-hijo, sino que también ayuda a establecer una relación de confianza con el profesional de enfermería. Esta relación de confianza, a su vez, aumenta la probabilidad de que las madres continúen con una atención adecuada después del alta hospitalaria. Por lo tanto, la educación proporcionada por las enfermeras es importante para el

bienestar del neonato y redundan en la tranquilidad de las madres, asegurando así un cuidado continuo y de calidad para el RN durante la estancia hospitalaria y al momento de ser dado de alta (Melo, Barbosa, & Bulcholdz, 2023).

Asimismo, los participantes del estudio indican que las enfermeras fomentan el apego madre-niño. El apego se refiere a las conductas innatas que un niño despliega para acercarse a su progenitor, en busca de protección, especialmente frente a situaciones de peligro. Estas conductas son fundamentales para la supervivencia del RN, y permiten identificar el tipo de vínculo que se establece desde el nacimiento. Durante este período sensitivo, se activa una interacción natural entre madre e hijo, evidenciada en el contacto visual, físico y verbal, que provoca respuestas positivas en el RN (Querido, Lourenco, Charepe, Caldeira, & Nunes, 2022). Sin embargo, cuando el neonato es hospitalizado, este proceso se ve alterado, dificultando la formación del lazo afectivo. Por ello, es fundamental que el personal de enfermería promueva la participación familiar en el cuidado hospitalario, ya que la familia, como cuidadora natural, desempeña un rol clave en la recuperación del neonato.

Este hallazgo se refleja en el estudio de Vargas-Vasquez, Mantilla, Moncada-Caicedo & Castro-Yara (2022), quienes subrayan la importancia del vínculo afectivo entre la madre-hijo para la adaptación del RN. Señalan que el personal de enfermería debe facilitar un apego temprano, permitiendo la permanencia diaria de las madres en el servicio neonatal, así como su participación activa en los cuidados del hijo. El contacto físico, incluso breve, como acariciar, hablar o tocar al bebé, contribuye a fortalecer este vínculo y evita sentimientos de angustia y distanciamiento emocional en la madre.

Situación similar contrastada por Bianciardi, Ongaretto, De Stéfano, Siracusano & Niolu (2023), destacan que las madres valoran positivamente la disposición, escucha activa y acompañamiento del personal de enfermería durante la hospitalización de sus hijos. Las enfermeras desempeñan un papel esencial al promover acciones que faciliten el acercamiento madre-hijo, como hablarle, acariciarlo o cantarle al RN. Estas interacciones mejoran tanto el bienestar del neonato como el estado emocional de la madre, reduciendo el miedo, la ansiedad y el estrés frente a la separación.

Los estudios analizados coinciden en que el apego materno es vital para el desarrollo emocional del niño y constituye la base de

futuras relaciones saludables. Un apego seguro se asocia con vínculos positivos a lo largo de la vida, mientras que un apego inseguro puede derivar en dificultades emocionales y conductuales. Por ello, incluso en situaciones de hospitalización, es necesario fomentar este vínculo. En este contexto, el rol del personal de enfermería es determinante, ya que puede facilitar esta conexión desde el cuidado diario del RN.

Las enfermeras deben enseñar e incentivar a las madres a mantener la conexión con sus hijos, aun cuando estos se encuentren en incubadoras y no puedan ser cargados. Es importante que las madres se comuniquen con sus bebés a través de palabras cariñosas y mensajes alentadores como “mamá te ama”, “recupérate pronto hijito” o “siempre estaré para ti”. La voz de la madre puede ser una melodía reconfortante y tranquilizadora para el RN y también ofrece consuelo a la madre al poder expresar su amor y apoyo, a pesar de la separación física (Guerra-Ramírez & Muñoz, 2023).

Cabe destacar que la separación hospitalaria puede afectar negativamente el desarrollo y la salud mental del neonato. La falta de apoyo emocional a la madre puede interrumpir el proceso de sensibilización necesario para la formación de vínculos seguros, y dar lugar a emociones de miedo, rechazo o desconfianza en el RN. Por lo tanto, es responsabilidad del personal de enfermería fomentar y proteger el vínculo afectivo, asegurando un entorno emocionalmente saludable tanto para el bebé como para su familia.

Por otro lado, en este estudio se destaca que la enfermera impulsa la lactancia materna, se reconoce que la leche materna (LM) es una fuente esencial de nutrición para el crecimiento y desarrollo infantil (León, & Huertas – Angulo, 2021). Según la Organización Mundial de la Salud (2024), es la forma óptima de alimentación durante los primeros seis meses de vida, ya que proporciona nutrientes, defensas inmunológicas y protección contra enfermedades. Sin embargo, en casos de hospitalización neonatal, el inicio de la lactancia puede verse afectado, ya que muchas veces no es posible lograr la lactancia materna directa (LMD), lo cual obliga a las madres a recurrir a la extracción de leche, una experiencia que puede diferir de las expectativas previas al parto. Se suma Villareal, Placencia, & Nolberto (2022), quienes señalaron en su estudio que una de las principales barreras para el inicio de la LM en los RN es

la hospitalización, la cual se ve restringida por las diversas enfermedades que pueden afectar a los neonatos.

En estos casos, la promoción activa de la LM por parte del personal de salud es esencial. No solo por su alto valor nutricional, sino también porque fortalece el vínculo emocional entre madre e hijo, incluso cuando no es posible el contacto directo. Métodos como el uso de jeringas o sondas permiten mantener esta conexión íntima durante la hospitalización, beneficiando tanto al neonato como a la madre. De modo que capacitar a los padres y madres en torno a la LM garantiza que los neonatos reciban los nutrientes y defensas necesarios, al tiempo que se preserva el vínculo afectivo entre madre e hijo, a pesar de las barreras impuestas por la hospitalización. Esta práctica resulta crucial para favorecer tanto la recuperación física del RN como el bienestar emocional de toda la familia.

Conclusiones

Se destacó la importancia del trato afectuoso y atento de parte de las enfermeras al binomio madre-niño, sin embargo, a veces perciben que algunas enfermeras brindan un trato inadecuado que genera desconfianza. Que este tipo de cuidado es fundamental para el bienestar emocional y físico del RN, ya que contribuye a reducir el tiempo de hospitalización, promoviendo el vínculo afectivo y la satisfacción de todas las necesidades del RN. Además, las madres valoraron positivamente la educación brindada por parte de las enfermeras sobre la alimentación, higiene y cuidado básicos en sus hijos. Dicha educación no solo facilita el bienestar de su hijo, sino que también refuerza el vínculo madre-hijo, lo cual es fundamental para el desarrollo emocional y social del niño.

El apego entre madre e hijo es un pilar fundamental para el desarrollo emocional del neonato, ya que fortalece relaciones futuras saludables. Además, se resalta la importancia de la LM como un factor crucial para el crecimiento y desarrollo del RN, ya que esta proporciona nutrientes esenciales y fortalece el sistema inmunológico. Asimismo, la LM promueve el desarrollo cognitivo y emocional del RN, ya que tiene beneficios a largo plazo para salud de la madre. Finalmente, la separación madre-hijo debido a la hospitalización afecta negativamente en el desarrollo del vínculo afectivo y el

bienestar emocional del RN, ya que la falta de contacto físico y la interrupción de la LM puede generar ansiedad y estrés en el bebé, afectando así su desarrollo emocional y su capacidad para establecer relaciones seguras. Por ello, es importante que los profesionales de enfermería implementen estrategias efectivas para promover y fortalecer estos aspectos.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Baltar, F., & Gorjup, M. (2012) *Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas*. 8va ed. Argentina: Rev. Redalyc. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3926/ic.294>
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol). Recuperado de: <https://acortar.link/bhEWyp>
- Bianciardi, E., Ongaretto, F., De Stéfano, A., Siracusano, A., & Niolu, C. (2023). El vínculo madre-bebé: el papel de las relaciones pasadas y presentes. *Revista Children*, 10 (3): 421. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/children10030421>
- Cañas – Lopera, E. & Rodríguez – Holguín, Y.(2014). La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido Pretérmino extremo. *Aquichan*, 14 (3): 336-50. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.6>
- Cordova, N., Núñez, A. (2021). Nivel de incertidumbre en los padres durante la hospitalización del neonato en un hospital público de Chiclayo, 2020. *Acc Cietna: para el cuidado de la*

- salud*, 8 (2): 5 -16. Recuperado de: <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i2.598>
- Cristo, M., Milfont, L., Costa, M., Socorro, A., Melao, R., Roque S., et al. (2022) Percepciones de madres lactantes ante la prematuridad en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Cogitare Enfermagem*, 27. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80125>
- Gil, F. (2024). *Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú*. Recuperado de: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202452_30_101117.pdf
- Guerra-Ramírez, M., & Muñoz, L. (2023). Expresiones y comportamientos de apego madre – recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Revista de Enfermería Universitaria*, 10 (3): 84-91. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n3/v10n3a3.pdf>
- Hernández – Sampieri, R., Fernández, C., & Bepista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta Ed. México: DF. Mc Graw Hill. Recuperado de: http://docs.wixstatic.com/ugd/986864_5bcd4bbbf3d84e8184d6e10eecea8fa3.pdf
- King I. (1984). *Enfermería como profesión*. México: Elsevier.
- León, M., & Huertas – Angulo, F. (2021). Cuidados de enfermería que fortalecen la lactancia materna en neonatos de un hospital. *Revista Cubana de enfermería*, 37(2). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n2/1561-2961-enf-37-02-e3559.pdf>
- Leonardo, K. & Zeña, S. (2017) *Cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta- Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Essalud Chiclayo, 2017. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería)*. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; Perú. Recuperado de: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1672>
- Melo, M., Barbosa, L., & Bulcholdz, F. (2023). Momento afeto: educação em saúde para familiares de neonatos e crianças sob cuidados intensivos. *Journal of Nursing and Health*, 13. Recuperado de: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/24923/18490>
- Navarro, J. (2022). Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido, unidad de cuidados intermedios neonatales, Hospital Nacional Daniel

- Alcides Carrión, setiembre 2022. *Obstet. Enferm*, 8(2): 108-120. Recuperado de: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/683>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Nacimientos vivos*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Semana Mundial de la Lactancia Materna 2024*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2024>
- Pereira, F., Garcia, F., Lyra, A., Nobre, J., Montenegro, J., & Faria, L. (2020) Preparing for discharge of lowrisk newborns to home care. *Revista de Enfermería Uerj*, 27(2). Recuperado de: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38523>
- Querido, D., Lourenco, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenciones de enfermería relacionado con el vínculo de los recién nacidos hospitalizados: revisión de alcance. *Revista de Enfermería global*, 21(66): 594-608. Recuperado de: <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Ravanhani, J., Astolphi, M., Ortiz, M., & De lionne L. (2022). Maternal perception of the fathers participation in the childs hospitalization in a pediatric intensive care unit. *Revista Mineira de Enfermagem*, 26 (2). Recuperado de: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.38494>
- Sánchez, F. (2020). *Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos*. Cusco: Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- Sánchez – Quiroz, F., & Álvarez – Gallardo, L. (2020). Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. *Enfermería Universitaria*, 15(4). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.539>
- Sgreccia, E. (2014). *Manual de bioética: La bioética y sus principios*. 4a ed. Madrid: Series BAC Maior.
- Tejada, E. (2024). *Sistema de Información Gerencial en Salud. Boletín epidemiológico Semana epidemiológica (SE) n°23 – 2024. Diresa Dirección Regional de Salud*. Recuperado de: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6468356/5651211-boletin023_2024.pdf

- Ticiana, A., Gicelle, M., Dielli, A., Graziele, A., Pabline, P., Dirce, S., et al. (2021). Educação permanente em cuidados com o recém-nascido. *Brazilian Journal of Development*, 7(9). Recuperado de: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-371>
- Utrilla, A., Sellán, M., Ramos, A., & Mateo, G. (2020). La relación enfermera – padres- neonato desde la perspectiva enfermera. *Revista cubana de enfermería*, 34(3). Recuperado de: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2402/370>
- Vargas – Vásquez, A., Mantilla, M., Moncada – Caicedo, A., & Castro – Yara, A. (2022). Prácticas culturales de cuidado en el binomio madre – hijo durante el puerperio: Revisión integrativa. *Revista. Hacia promoción de la Salud*, 27 (2):189-202. Recuperado de: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.14>
- Villareal, C., Placencia, M., & Nolberto, V. (2022). Lactancias maternas exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 20(2):287-294. Recuperado de: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.2765>
- Yamaguchi, CG. (2025). *Gerencia Regional de Salud Lambayeque, oficina de epidemiología. Boletín epidemiológico*. Recuperado de: <https://goo.su/dA7f6L>

Apartado IV

Experiencia de pacientes frente a la enfermedad

Capítulo 12

La comunicación terapéutica y la corporalidad entre la enfermera y el paciente crítico en la praxis del cuidado

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.12>

MARIANELA MEDALIT CIENFUEGOS HUAMÁN
Doctor en Ciencias de Enfermería
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Perú
marianelacienfuegoshuaman@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-4820-9922>

ROSA JEUNA DIAZ MANCHAY*
Doctor en Ciencias de Enfermería
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú
rdiaz@usat.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

*Autora de correspondencia

MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS
Doctor en Ciencias de Enfermería
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú
mcervera@usat.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

Resumen

Introducción: A pesar de los avances científicos, tecnológicos, las quejas sobre la deshumanización en salud siguen en incremento, debido a la sobrecarga laboral o el desinterés por el manejo de la comunicación terapéutica y la corporalidad sobre todo en las áreas críticas. **Objetivo:** Describir la comunicación terapéutica y la corporalidad entre la enfermera y el paciente crítico en la praxis del cuidado. **Materiales y métodos:** Investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso, para recolectar los datos se utilizó la entrevista semiestructurada. Participaron ocho enfermeras asistenciales y ocho pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Los datos fueron procesados mediante el análisis de contenido temático. **Resultados:** Se obtuvo cuatro categorías: a) Significado de la comunicación terapéutica y manifestaciones corporales de la enfermera, b) Lenguaje corporal, reflejo del estado de salud del paciente, c) Descubriendo estrategias de comunicación a través del cuerpo, y d) Factores que afectan la comunicación terapéutica y la corporalidad. **Conclusiones:** La comunicación terapéutica genera calma, tranquilidad y comodidad en los pacientes, sin embargo, existen enfermeras que con su lenguaje no verbal reflejan seriedad y apatía. Las estrategias de comunicación más efectivas tanto para los profesionales de enfermería y los pacientes son los gestos, las expresiones faciales, el uso de tablas con letras del abecedario, el apoyo de los familiares para interpretar lo que desean, la tecnología como el celular o una Tablet.

Palabras clave: Relaciones Enfermero-Paciente, Comunicación no Verbal, Enfermedad Crítica, Cuidados Críticos

Introducción

En las unidades críticas, los pacientes frecuentemente enfrentan limitaciones para comunicarse verbalmente debido a la intubación, la sedación o la debilidad extrema, el cuerpo se transforma en su principal canal expresivo. Los gestos, expresiones faciales, movimientos corporales y el contacto visual constituyen estrategias que los pacientes emplean para solicitar ayuda, expresar dolor, miedo, incomodidad o buscar conexión con el entorno (Kyranou, Cheta,

& Pampoulou, 2020; Freeman, Istanboulian, & Rose, 2022). En este contexto, la interpretación corporal por parte del personal de enfermería no solo es técnica sino profundamente ética y humana (Sandnes, & Uhrenfeldt, 2024). Por ello, la enfermera debe establecer una conexión cercana con el paciente, quien requiere ser tratado como una persona que se comunica no solo con palabras sino también con movimientos, expresiones y gestos. El profesional de enfermería requiere sus sentidos para poder atender y entender lo que el cuerpo de su paciente necesita (Haugdahl, Alexandersen, & Haugan, 2021).

Por ello, la participación del paciente no debe entenderse solo como acciones explícitas, sino también como formas sutiles de expresión corporal. El reto para la enfermera radica en captar estas señales y traducirlas en acciones clínicas pertinentes, sin proyectar sus propias interpretaciones sobre el cuerpo del otro (Jerofke, Tobiano, & Eldh, 2023). De modo que la comunicación terapéutica centrada en el paciente implica reconocer su lenguaje corporal, incluso cuando este se presenta de forma ambigua o fragmentaria. La correcta interpretación de las señales no verbales es esencial para la toma de decisiones compartidas y para evitar errores clínicos relacionados con la falta de entendimiento (Kwame, & Petrucka, 2021; Xue, & Heffernan, 2021). Al respecto algunos estudios en el contexto de las unidades críticas. Sandnes & Uhrenfeldt (2024) demuestran que la enfermera puede responder a las manifestaciones del paciente a través de gestos corporales propios, como acariciar la mano, mantener la mirada o permanecer presente.

Estas manifestaciones de corporalidad por parte de la enfermera constituyen una forma de comunicación terapéutica silenciosa, capaz de transmitir consuelo, dignidad y seguridad en medio del sufrimiento y la incertidumbre. Mientras, Roel, et al. (2023) establecen que la incapacidad de los pacientes para comunicarse les hizo experimentar un cuerpo mudo, no podían hablar, hacían esfuerzos por hacerlo, utilizaban gestos, sonidos incomprensibles y escritura para llamar la atención y expresarse. Al-Shamaly (2022) concluye que los participantes emplearon diversas estrategias para facilitar una comunicación eficaz, incluyendo el uso de diferentes herramientas como teléfonos móviles, pizarras, iPads, imágenes, lectura labial, y folletos informativos.

De este modo, la comunicación terapéutica y la corporalidad entre la enfermera y el paciente crítico en la praxis del cuidado cobra gran importancia y trascendencia en los últimos tiempos, pues ambas expresiones se fusionan en un entendimiento poco perceptible y entendido por el personal de enfermería en los cuidados. Así, el paciente crítico al permanecer en estado de total dependencia logra vivir estas circunstancias, todo lo que encierra la totalidad de su ser con gran intensidad, revelada por sus sentimientos, impotencia, soledad, tristeza, ira, decepciones, miedo en un lugar nuevo, rodeado de tecnología donde su corporalidad es invadida (Espinoza, et al., 2021; Rey, 20213). Por ello, el objetivo del estudio fue describir las expresiones corporales y estrategias de comunicación terapéutica para el cuidado humano en unidades críticas.

Este estudio se justifica porque en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), la comunicación terapéutica entre enfermeros y pacientes es limitado al compararse con otros servicios debido a las condiciones críticas de salud de los pacientes y el uso de la tecnología. Representando mayores desafíos para los profesionales en cuanto a la comunicación verbal y no verbal, el lenguaje corporal y/o la corporalidad. De esta manera, el cuerpo del paciente crítico no es un objeto pasivo sino un emisor activo de significados, y desde donde la enfermera responde con su propia corporalidad a través de la escucha corporal creando un puente de comunicación terapéutica que va más allá de lo verbal (Sandnes, & Uhrenfeldt, 2024).

Materiales y métodos

El presente trabajo de investigación es de tipo cualitativo con abordaje estudio de caso (Flick, 2015) permitiendo profundidad sobre el objeto de estudio. Así mismo, el estudio de caso se desarrolló siguiendo las siguientes etapas: La etapa exploratoria; es en donde se dio inicio al contacto inicial para inmiscuirse en el escenario de estudio, ubicar a los profesionales de enfermería y a los pacientes que estuvieron en estado crítico quienes fueron los informantes. La etapa de delimitación del estudio; aquí se realizó la recolección de la información, a través de la técnica seleccionada, entrevistas semiestructurada. Y finalmente la última etapa es el análisis sistemático y la elaboración del informe; en donde se realizó el análisis

de cada una de las entrevistas que arrojaron consigo las categorías que fueron confrontadas con la literatura para construir un informe final (Berna, 2010).

El escenario del estudio fue la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de EsSalud. El servicio tiene 13 camas y los pacientes traen problemas respiratorios serios; como insuficiencias respiratorias, algunos casos son portadores de enfermedades crónicas, como: la esclerosis lateral amiotrófica, distrofia muscular, Guillain-Barré, miastenia gravis, etc. y otros ingresan con patologías que les permiten regresar pronto al servicio de hospitalización común luego que han superado su estado crítico. La estancia hospitalaria varía de 2 días a varios meses y años, con un promedio generalmente de 30 días.

La población estuvo conformada por 19 enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intermedios, y 13 pacientes hospitalizados. Participaron de la investigación las enfermeras asistenciales que laboran en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, y los pacientes hospitalizados en este servicio. Criterios de inclusión: Las enfermeras que laboraron como mínimo tres meses en UCIN y que acepten participar en la investigación. Y los pacientes dados de alta del servicio que se puedan comunicar de manera verbal. Criterios de exclusión: Enfermeras y pacientes que no deseen participar del estudio.

El muestreo aplicado fue no probabilístico, por conveniencia, y el tamaño de la muestra fue determinada mediante los criterios de redundancia y saturación, es decir, que se finalizaron las entrevistas cuando ya no se encontraron datos nuevos, logrando la participación de ocho enfermeras y ocho pacientes, siendo un total de 16 participantes. Las enfermeras tenían entre 37 a 67 años de edad, en su mayoría eran de estado civil casadas, con un tiempo de servicio entre 10 a 37 años, todas contaban con especialidad en paciente crítico, y eran de religión católica. Asimismo, las edades de los pacientes oscilaban entre 27 a 78 años, la mayoría tenían nivel de instrucción secundaria, con una estancia hospitalaria entre 1 mes a 4 años hospitalizados en la UCIN.

Se utilizó como instrumentos para recoger los datos, la guía de entrevista semiestructurada, para las enfermeras y los pacientes en estado crítico hospitalizado. Cabe destacar que los instrumentos fueron elaborados por las investigadoras y validados por juicio de

expertos, con grado de doctor y son especialistas en la investigación cualitativa y en la temática de estudio. Asimismo, se realizó la prueba piloto con dos enfermeras y dos pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Lambayeque, por tener características similares al escenario y a los sujetos del estudio, con la finalidad de verificar si las preguntas de la entrevista eran comprensibles, y al aplicarlo no hubo cambios.

El desarrollo de la presente investigación se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, con el aval del Comité de Ética e Investigación y jefe de departamento de Áreas Críticas, después se dialogó con el médico jefe y con la enfermera jefe del servicio explicándoles los objetivos de la investigación y su disponibilidad en identificar a los sujetos de estudio.

Luego de valorar que los sujetos de estudio cumplieran con los criterios de inclusión, se procedió a la firma del consentimiento informado, para realizar la entrevista a las enfermeras, y a los pacientes. Las entrevistas se realizaron en los ambientes del área crítica del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo con una duración de 30 minutos, las cuales fueron grabadas con el consentimiento de los participantes.

Los datos recolectados fueron procesados con análisis de contenido temático (Bardin, 2002), en cuatro etapas. En la etapa del preanálisis, permitió que la investigación se organice determinando el objeto de estudio, el tiempo, espacio y contexto donde se investigó. La etapa de codificación sirvió al transcribir los discursos en los cuales se identificaron las unidades de significado, dentro de una matriz de procesamiento, para finalmente unirlos con las temáticas similares y aplicar los códigos de identificación. Así mismo se realizó la etapa de categorización, en la cual emergieron cuatro grandes categorías al agrupar los elementos semejantes y con sustento en la revisión de la literatura. Finalmente, en la etapa de análisis e interpretación se empleó para generar explicaciones, en relación con los datos obtenidos que fueron contrastados con investigaciones similares.

Con respecto a la ética de la investigación se asumió los principios de Sgreccia (2014): El valor fundamental de la vida física, a los participantes en ningún momento se puso en riesgo su vida, ya que se utilizó como instrumentos de recolección de datos la entrevista.

Principio de libertad y responsabilidad, la investigación se ejecutó previo consentimiento informado, también se tuvo en cuenta sus creencias, costumbres, reconociendo a nuestro sujeto de estudio como seres únicos, libres para tomar decisiones autónomas. Asimismo, para asegurar la confidencialidad, se les asignó códigos de identificación, para las enfermeras: E1, E2...E8 y para los pacientes: P1, P2...P8. El principio de sociabilidad y subsidiaridad, se podrá reflejar al momento de publicar la investigación, y podrán servir como antecedentes de otros estudios.

Para el soporte científico de la investigación se tuvo en cuenta los siguientes criterios de científicidad en el rigor de la investigación (Flick, 2015): Credibilidad, las entrevistas fueron transcritas en un documento Word, luego se reenviaron por medio del aplicativo WhatsApp a cada participante, con el fin de que verifiquen los datos transcritos. Auditabilidad: Las grabaciones obtenidas de las entrevistas de cada participante serán almacenadas por un período de dos años por motivos de auditoría, siendo evidente el rigor científico de la Transferibilidad. Se describió a los participantes del estudio con la finalidad que el estudio pueda ser replicado en otros contextos con características similares.

Resultados

Como resultados se obtuvieron 04 categorías, que a continuación se detallan:

Primera categoría: Significado de la comunicación terapéutica y manifestaciones corporales de la enfermera

Para los participantes del estudio, el significado de la comunicación terapéutica se ve reflejada en la relación que entabla el profesional de enfermería con el paciente, utilizado el lenguaje verbal y no verbal, con la finalidad de satisfacer las necesidades de cuidado del paciente, lo cual, según la patología del paciente, puede verse imposibilitada debido a los dispositivos a los que está sometido un paciente en estado crítico. Tal como lo expresan a continuación:

“Es la comunicación que establezco con el paciente, no solo es decir una palabra, sino un gesto, el tono de voz, la postura que tome para

escucharle y la empatía que demuestre al saber de su estado de salud sea mental o en la parte corporal, fortalecer afectos, que me permiten brindar cuidados más humanizados” E2

“Las expresiones corporales o también llamado el toque terapéutico, cobra importancia desde el tono de la voz hasta la energía del ambiente en el que se realiza la comunicación y el cuidado, el silencio y los ruidos es el momento en el que se da la comunicación verbal y no verbal, siendo este último el lenguaje más importante pues mayormente los pacientes no se pueden expresar por su condición de salud” E3

“Hay enfermeras muy humanas que ni bien llegaban con su alegría ya nos hacían sentir bien pero también había enfermeras que venían serias y se les notaba la molestia en sus rostros, parecía que solo hacían acto de presencia” P2

“Algunas enfermeras tenían un buen cuidado conmigo, me hacían sentir muy cómodo, con la tonalidad de su voz suave preguntándome mis necesidades, preguntaban, tu codo, tu pierna, tu brazo, así hasta que daban con lo que me incomodaba, conversaban conmigo y me daban confianza” P4

Segunda categoría: Lenguaje corporal refleja el estado de salud del paciente

Las enfermeras entrevistadas expresan la importancia del lenguaje corporal como reflejo del estado de salud del paciente. Por otro lado, los pacientes destacan la importancia que tiene la comunicación no verbal como parte del cuidado de enfermería, tal como se muestra en los siguientes discursos:

“Podemos ver las señales a través de su frecuencia cardiaca, presión arterial, y ellos reaccionan a través de gestos cuando los tocamos para verificar si reaccionan con algún movimiento nos ayuda a detectar si algo malo va pasando con el paciente y podemos de esa forma ayudarlo a no complicarse o a que mejore” E1

“Los gestos faciales mayormente son los que nos dan luces de qué le puede estar sucediendo al paciente, y ello lo anotamos en las historias clínicas para que en otra ocasión que utilice nuevamente esos gestos ya sabremos cuál es la necesidad del paciente y poder ayudarlo” E2

“Las máquinas les dan señales a las enfermeras cuando algo no está yendo bien en nosotros, hacía gestos o balbuceaba para que ellas puedan

entender qué era lo que quería, a veces no lograban entenderme del todo, pero hacían lo posible” P1

“Cuando no podía hablar, aunque eran pocas las enfermeras que me podían entender, algunas sabían cuando quería agua, cuando quería que me cambien de posición, que me suban la cama o la bajen, ellas ya sabían que algo necesitaba y con lo poco que podía expresarme me entendían a su manera” P2

Tercera categoría: Estrategias de comunicación a través del cuerpo

Los sujetos de estudio relatan las estrategias utilizadas para la comunicación con el personal de enfermería, en la que un “chasquido” era indicativo de una necesidad, así mismo, mencionan que a través de señales como un movimiento ocular, era indicativo de afirmación o negación ante las preguntas que podía realizar le personal de salud, otros en cambio mencionaban que para iniciar la comunicación dejaban de respirar con el fin de encender la alarma del dispositivo y que el personal de salud llegue a su encuentro, es ahí en donde comunicaban sus necesidades a través de diversos movimientos. Así también, si el paciente necesitaba aspiración de secreciones podían asentir con la cabeza o con algún miembro de su cuerpo si era necesario el procedimiento. Tal como se muestra en los siguientes relatos:

“La comunicación con los pacientes es gestual, pues la mayoría son pacientes con traqueotomía o intubado, a veces están despiertos o conscientes y por ende transmiten gestos como mover la cabeza...a veces les decimos que una pestañada significa sí y dos significaba que no” E4

“Se le observa la cara o labios, y yo trato de entenderle, de repente es dolor, él me señala entonces y le pregunto si tiene dolor y me contesta con gestos de cabeza, en el caso de que no hable yo voy adivinando en dónde le duele y cuando acierto el asiente con la cabeza, y cuando no logramos entender llamamos a otro profesional para que nos ayuden a interpretar lo que le paciente necesita” E3

“Los familiares nos alcanzan tablillas con las letras del abecedario, así podemos darles la oportunidad de que formen palabras y podamos entenderles, otra forma es a través de la vocalización, otros que pueden escribir y aquellos que dan palmadas cuando necesitan atención, golpean la cama para comunicarse con nosotros” E2

“Cuando me picaba el ojo, hacía gesto con guiños, tratando de decir me pica, o les decía simplemente ojo, lograba mover mis ojos y labios para comunicarme, también podía hacer sonar el ventilador dejando de respirar, algunas veces podía hacer sonar el pulsioxímetro con la cama” P3

“Algunas enfermeras me decían que si deseaba que me aspiren la flema yo hacía un ruido y si quería que me volteen yo miraba al lado que deseaba ser movido de posición” P4ç

“Ellas me preguntaban y yo indicaba con algún movimiento de mi cabeza o mis ojos, como yo movía mi mano izquierda y mi pierna derecha yo les asentía si era sí o no, ella me preguntaba ¿quieres que te aspiren? Te duele al voltearte, entonces yo movía mi cabecita, para indicarle que era negativo o positivo” P5

Cuarta categoría: Barreras que afectan la comunicación terapéutica y la corporalidad

En esta última categoría se evidencian las barreras que pueden ocurrir en la interrupción de la comunicación entre enfermera-paciente, destacando no solo las emociones de los pacientes al no poder interactuar, sino también de los profesionales de enfermería al percibir una interferencia en la comunicación. Tal como lo manifiestan a continuación:

“Se ve sufrir al paciente tratando de querer comunicarse, se desesperan, se altera cuando no le entendemos... obviamente me siento frustrada en ese momento, pero respiro y con calma me acerco otra vez hasta poder entenderlo” E2

“Una de las consecuencias son los malos entendidos, porque a veces uno interpreta de forma distinta y el paciente llega al punto de desesperarse y enojarse, cuando no se le entiende, y eso me frustra, pero llamo a otra colega para que me ayude” E4

“En la mayoría, las enfermeras de turno no podían entenderme por lo mismo que no podía hablar, dándose por vencidas, u otras que llamaban a sus colegas pidiendo ayuda para descifrar lo que quería decirles, pero era frustrante para mí, entonces yo también me rendía y le decía que ya no” P1

“Algunas enfermeras decían quieres que te aspiren, te duele acá, te volteo, no te entiendo se rendían, el paciente se siente frustrado por que no puede hablar, y que no te entiendan es mucho más frustrante” P4

Discusión

Los participantes del estudio relatan el significado que tiene la comunicación terapéutica en la praxis del cuidado. Mencionan que la postura, los gestos corporales, la empatía de la enfermera se pueden utilizar como parte de sus cuidados y en fortalecer los lazos de afecto con el paciente, permitiéndoles brindar cuidados más humanizados, direccionados no solo en la salud mental sino también corporal. Sin embargo, también denotan, que no todos los profesionales de enfermería les brindaban el confort y seguridad que precisan durante su internamiento, pues mencionan que con un lenguaje no verbal expresaban seriedad en sus rostros y mecanismo de los procesos de enfermería sin mencionar palabra alguna, lo cual ocasionaba inseguridad e incomodidad en los pacientes.

Los resultados se vinculan con las afirmaciones de Rahagia y Nurhanifah (2025), al indicar que la comunicación terapéutica del personal de enfermería tiene una relación sólida y significativa con la satisfacción del paciente hospitalizado. Mejorar las habilidades del personal de enfermería en cuanto a interacción empática, escucha activa y comunicación clara puede mejorar la experiencia general del paciente y sus niveles de satisfacción.

Al respecto, Rincón (2017) menciona que la comunicación terapéutica entre enfermera y paciente es básica para que el cuidado sea humanizado, porque ahí la enfermera podrá reconocer y comprender al paciente, al establecer una comunicación permanente. Contrasta con Zevallos (2021) al afirmar como los pacientes perciben falta de atención, trato frío, por parte de los enfermeros que tienen una formación especializada, se muestran rutinarios, concentrándose solo en administrar medicamentos, transcripción de historias clínicas, entre otras prácticas comunes dejando de lado la comunicación terapéutica afectiva.

De este modo, el contacto afectuoso surge como una acción espontánea motivada por una sensación general de que la dignidad o la esperanza del paciente pueden verse amenazadas, pero es poco explorado, en la atención de enfermería en unidades críticas. Se basa en una relación compasiva, interpersonal y afectuosa entre enfermera y paciente y mejora la dimensión ética de la dignidad en la enfermería de cuidados intensivos. El contacto afectuoso y la

dignidad del paciente son fenómenos que carecen de descripción en las unidades de cuidados intensivos (Sandnes, & Uhrenfeldt, 2022; Parissopoulos, et al., 2023).

Los profesionales de enfermería destacan que el medio por el que pueden ver reflejado el estado de salud de un paciente crítico es través de las alteraciones de los signos vitales, también enfatizan la importancia de observar el lenguaje no verbal de los pacientes que a través de un gesto ayuda a descubrir la necesidad que tienen y brindar cuidados oportunos. Los pacientes también refieren la importancia de la comunicación no verbal, que a pesar del estado crítico en el que se encontraban precisaron de buscar la forma de hacer entender sus necesidades a los profesionales de enfermería, manifestando que en muchas oportunidades pudieron ser entendidos y en otras ocasiones no lograron comunicarse pese al esfuerzo realizado.

Lo mencionado anteriormente converge con Tolotti, et al. (2018) al señalar que el paciente en estado crítico utiliza como medios de comunicación, el contacto visual, los sonidos, gestos, labios o el tacto, algunos enfermeros logran interpretar el estado de salud del paciente postrado, según la configuración de los signos vitales como el aumento de la frecuencia cardiaca o la presión arterial en respuesta ante los estímulos verbales efectuados. Así mismo Muller, et al. (2018) expresan que para lograr comunicarse con el enfermero utilizan gestos, usando los ojos y movimientos de cabeza pese a que era complejo para ellos debido a la movilidad reducida que presentan, contención y sedación. Asimismo, mencionan que herramientas para comunicarse con un timbre en la mano, el cerrar o abrir los ojos antes respuestas del profesional ayudan a mejorar el sentido de la comunicación.

Coincide, Leal y Costa (2022) al manifestar que los pacientes, refieren sentirse impotentes y frustrados al no poder utilizar su voz, muchos de ellos señalan el haber intentado gritar para hacer contacto con el enfermero, aun sabiendo que no tenían las posibilidades de realizarlo, tal hecho provocaba en ellos sentimientos de frustración al ver su incapacidad de poder comunicarse, usando su voz como a diario solían hacerlo. Igualmente es importante recalcar que estas experiencias pueden en el paciente causar resignación, expectativas de abandono y estrés que pueden alterar aún más su estado de salud.

En este estudio, los profesionales de enfermería buscan estrategias de comunicación según la condición de sus pacientes, si este se encuentra intubado, la comunicación no verbal radica en los movimientos con la cabeza y tratar de entender a través de preguntas, cuál es su necesidad. Existen pacientes que vocalizan palabras que no son perceptibles para el entendimiento, por ello la estrategia utilizada por los enfermeros es mostrarles una tablilla con las letras del abecedario y darle la facilidad al paciente de indicar las letras de la palabra u oración que desea expresar.

Para Sharma & Gupta (2025), el entender la comunicación no verbal va más allá de una atención de calidad, porque complementa las necesidades de un paciente al interactuar con él e involucrarse en su progreso de recuperación. Todo ello radica en comprenderle y captar las señales emitidas por él, sabiendo elegir la técnica idónea para mantener contacto visual, centrar la atención, evitar posturas o expresiones que sugieran apatía, juicio o impaciencia. Así mismo, hace énfasis en el uso de la tecnología para la comunicación terapéutica con el paciente, como Tablet y celulares.

Espinoza, et al., (2021) refieren que existen herramientas que favorecen la comunicación no verbal, los cuales son poco utilizados por los profesionales de la salud, tales como uso de pizarras y tablas alfabéticas, timbres para llamar o alertar al personal de enfermería o a los familiares, y que pese a ser poco usadas existe evidencia científica que destaca su importancia como una herramienta útil de comunicación, fácil de adaptarse al contexto de cada institución hospitalaria, logrando una mayor adherencia y aceptación con respecto a las demás estrategias de comunicación. Gropp, et al. (2019) indican que la mayoría de las enfermeras coincidieron en que la comunicación es crucial y que se puede implementar un tablero de comunicación con los pacientes en estado crítico; sin embargo, se observó un éxito limitado en la implementación luego de una breve capacitación.

En este estudio los participantes indican que, en el cuidado del paciente crítico con ventilación mecánica, se pueden presentar barreras que impiden entender las necesidades del paciente, generando en los enfermeros sentimientos de frustración, alteración de sus emociones, ansiedad, que dificultan la comunicación. Todo ello repercute en el paciente, pues al no ser entendido presenta sentimien-

tos de frustración, como enojo, ira, ansiedad, estrés por no lograr hacer que el profesional comprenda.

Estos resultados convergen con Moudatsou, Stavrooulou, Philalithis y Koukouli (2020) al enfatizar que las barreras de la comunicación terapéutica en las áreas críticas pueden deberse al exceso de trabajo y la poca experiencia del profesional de enfermería en cuanto a la comunicación no verbal. Se suma, Tolotti, et al.,²¹ mencionando que los pacientes críticos pueden sentirse impotentes y frustrados por no poder utilizar su voz, al utilizar sonidos imperceptibles, lo cual ocasionaba en ellos sentimientos de frustración por la incapacidad de no poder comunicarse.

Para Sinclair, et al., (2017) la principal barrera de comunicación es la falta de capacitación del personal de enfermería respecto a la comunicación terapéutica no verbal, debido a que atienden a pacientes con dispositivos invasivos, molestias en garganta, ansiedad, entre otros aspectos que dificultan la comunicación. Se enfatiza la colaboración adicional entre los profesionales de la salud para perfeccionar las prácticas y extender los beneficios de esta intervención también a otros entornos de atención médica (Kuruppu, et al., 2024).

Por lo mencionado, se recomienda investigar y capacitar a las enfermeras sobre el uso y la implementación de estrategias de comunicación alternativas, como tableros de comunicación o dispositivos electrónicos generadores de voz, para mejorar la comunicación de las enfermeras con pacientes vulnerables a la comunicación (Johnson, et al., 2022).

Conclusiones

La aplicación de manifestaciones corporales por parte de la enfermera, el paciente los percibe en un contexto de cuidado humanizado. A través de los gestos amables, toque terapéutico, una mirada cálida, tono de voz adecuado, movimientos de manos y posturas correctas brindan un significado en la comunicación transmitida como; empatía, construcción de lazos de confianza, estabilidad emocional son medios para lograr mejorar la calidad de la comunicación, además de incrementar la sensación de protección al paciente.

A través del lenguaje corporal se entiende el estado de salud del paciente e incluso su estado emocional. El contacto visual entre enfermera- paciente, detectar signos vitales, alterados, o los movimientos oculares, no solo expresan una patología o complicación sino un estado emocional resquebrajado, de las que se debe estar alerta en reconocer signos que puedan ser parte de la comunicación.

En UCIN, el profesional de enfermería reconoce y comprende el lenguaje no verbal, los gestos. Por ello, a veces hace uso de herramientas que le permitan comprender los mensajes de sus pacientes como las tabllas de abecedario, timbres, o el uso de tecnología, Tablet, celulares para una adecuada comunicación, a su vez el paciente utiliza diversas estrategias como los sonidos que pueden ser perceptibles para afirmar o negar algo.

Asimismo, es evidente que existen barreras que afectan la comunicación terapéutica y la corporalidad, como el desconocimiento de lo que involucra la comunicación terapéutica y cómo ponerla en práctica, el exceso laboral, la diversidad de culturas, sonidos que pueden ser imperceptibles por parte del enfermero, dificultad para comprender las necesidades del paciente y el escaso involucramiento familiar son las restricciones que puedan existir en los protocolos hospitalarios. Por ello es importante que el profesional de enfermería este en constante capacitación.

Finalmente, se destaca la necesidad del personal de salud de conocer y tener habilidades en cuanto a comunicación no verbal de esta forma brindar un cuidado no solo oportuno sino de calidad, que permita la interacción enfermero-paciente, así mismo, brindar las herramientas necesarias al paciente para fomentar una adecuada interacción, con la finalidad de beneficiarse mutuamente.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Al-Shamaly, HS. (2022). Patterns of communicating care and caring in the intensive care unit. *Nurs Open.*, 9(1):277-298. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/nop2.1061>
- Bardin, L. (2002). *Análisis de Contenido*. 3ra ed. España: Editorial Akal.
- Berna, TC. (2010). *Metodología de la investigación, administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. 3ra ed. Colombia: Editorial Pearson.
- Espinoza, M., Baeza, P., Rivera, F., & Ceballos, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería (Montevideo)*, 10(1): 30-43. Recuperado de: <https://lc.cx/QVa5pA>
- Espinoza, M., Baeza, D., Rivera, R., & Ceballos, V. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Rev Scielo*, 10(1): 30-43. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8079705>
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata.
- Freeman, A., Istanbulian, L., & Rose, L. (2022). Communication with the critically ill patient: A nexus between patient needs, communication partner skills and the ICU environment. *Intensive Crit Care Nurs.*, 2025; 88:103962. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.103962>
- Gropp, M., Johnson, E., Bornman, J., Koul, R. (2019). Nurses' perspectives about communication with patients in an intensive care setting using a communication board: A pilot study. *Health SA*, 25;24:1162. Recuperado de: <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1162>
- Haugdahl, H., Alexandersen, I., & Haugan, G. (2021). Health Promotion Among Long-Term ICU Patients and Their Families. In: Haugan, G., Eriksson, M. (eds) *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Springer, Cham. Recuperado de: https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_18

- Jerofke, T., Tobiano, G., & Eldh, A. (2023). Patient engagement, involvement, or participation-entrapping concepts in nurse-patient interactions: A critical discussion. *Nursing Inquiry*, 30, e12513. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/nin.12513>
- Johnson, E., Heyns, T., & Nilsson, S. (2022). Nurses' perspectives on alternative communication strategies use in critical care units. *Nurs Crit Care*, 27(1):120-129. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12612>
- Kuruppu, N., Tobiano, G., Ranse, K., Abayadeera, A., & Chaboyer, W. (2024). Facilitators, barriers and acceptability of implementing a communication board in Sri Lankan intensive care units: A qualitative descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 83, 103708. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103708>
- Kwame, A., & Petrucka, P. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*, 20, 158. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Kyranou, M., Cheta, C., & Pampoulou, E. (2020). Communicating with mechanically ventilated patients who are awake. A qualitative study on the experience of critical care nurses in Cyprus during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 17(12): e0278195. Recuperado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278195>
- Leal, C. (2022). El papel de la simulación clínica en el desarrollo de las habilidades de comunicación en los profesionales sanitarios. *Rev Esp Comun Salud*, 13(1): 6-10. Recuperado de: <https://erevistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/6962>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukoulis, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel)*, 30;8(1):26. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Muller, M., Jurgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impacto de la herramienta de comunicación y traspaso de pacientes SBAR en la seguridad del paciente: una revisión sistemática. *Rev BMJ*, 8(8): 10-14. Recuperado de: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e022202>

- Parissopoulos, S., Timmins, F., Mpouzika, M., Mantzorou, M., Kapadochos, T., & Papagaroufali, E. (2023). Intensive Care Nurses' Experience of Caring in Greece; A Qualitative Study. *Healthcare*, 11(2):164. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/healthcare11020164>
- Rahagia, R., & Nurhanifah, D. (2025). Relationship of nurse therapeutic communication to inpatient satisfaction. *Jiskh*, 14(1):27-5. Recuperado de: <https://doi.org/10.35816/jiskh.v14i1.1244>
- Rey, A. (20213). Mejores prácticas para la comunicación centrada en el paciente: una revisión narrativa. *J Grad Med Educ.*, 5(3):385–393. Recuperado de: doi: 10.4300/JGME-D-13-00072.1
- Rincón, C. (2017). *La comunicación terapéutica entre la enfermera y el paciente como habilidad de cuidado humanizado en la UCI* [Tesis de licenciatura]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. 39p. Recuperado de: <https://lc.cx/WGtnFu>
- Roel, O., Anke, O., Gijs, O., Mark, B., Philip, W., & Niek, K. (2023). Patients' lived body experiences in the intensive care unit and beyond - a meta-ethnographic synthesis. *Physiotherapy Theory and Practice*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/09593985.2023.2239903>
- Sandnes, L., & Uhrenfeldt, L. (2022). Caring touch in intensive care nursing: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 17(1):2092964. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2092964>
- Sandnes, L., & Uhrenfeldt, L. (2024). Caring touch as communication in intensive care nursing: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 19(1):2348891. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2348891>
- Sgreccia, E. (2014). Manual de Bioética. La Bioética y sus principios. 4th ed. Madrid: Series BAC Maior.
- Sharma, N., & Gupta, V. (2025). Therapeutic Communication. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567775/>
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T., McClement, S., Raffin, S., Chochinov, H., & Hagen, N. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences.

- Palliat Med*;31(5):437-447. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
- Tolotti, A., Bagnasco, A., Catania, G., Aleo, G., Pagnuccib, N., Cadorín, L., et al. (2018). The communication experience of tracheostomy patients with nurses in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*, 46(5): 24-31. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.01.001>
- Xue, W., & Heffernan, C. (2021). Therapeutic communication within the nurse-patient relationship: A concept analysis. *Int J Nurs Pract.*, 27(6):e12938. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/ijn.12938>
- Zeballos, R. (2021). *Comunicación terapéutica y satisfacción de las madres de niños con infecciones respiratorias atendidos en el puesto de salud Yuranjuanca* [Tesis de licenciatura]. Perú: UAI. 58p. Recuperado de: <https://lc.cx/kEIe0A>

Capítulo 13

La penumbra de la enfermedad... la experiencia vivida del paciente con insuficiencia renal en la atención pública

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.13>

ANA PAOLA CAMACHO ACEVEDO

Universidad Autónoma de Querétaro, México

acamacho44@alumnos.uaq.mx

<https://orcid.org/0009-0008-3374-2664>

JENNYFER RAMÍREZ FLORES

Universidad Autónoma de Querétaro, México

jramirez229@alumnos.uaq.mx

<https://orcid.org/0009-0002-0734-7472>

VERÓNICA MARGARITA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ*

Universidad Autónoma de Querétaro, México

v.hernandez@uaq.mx

<https://orcid.org/0000-0002-5795-0483>

*Autora de correspondencia

SHERIDAN DENNIS ELJURE FLORES

Universidad Autónoma de Querétaro, México

Sheridan.eljure@uaq.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7251-4578>

Resumen

Introducción: La insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva que trastoca la función del riñón, cuya etiología es multifactorial, y que hoy día se considera un problema de salud pública que merma de forma directa la calidad de vida del paciente, además de que genera una carga emocional significativa en el mismo. Estudios previos destacan la necesidad de explorar la dimensión subjetiva del paciente, especialmente en contextos institucionales de atención. **Objetivo:** Develar la experiencia vivida del paciente con insuficiencia renal crónica en la atención pública. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. La muestra se conformó por ocho participantes seleccionados mediante muestreo por conveniencia. Para la recolección de datos se aplicó entrevista fenomenológica partiendo de pregunta detonadora, la información recolectada se analizó mediante la técnica de análisis temático. Dentro de los aspectos éticos, en todo momento se respetó el anonimato, confidencialidad, libertad y privacidad del informante. **Resultados:** Participaron cinco hombres y tres mujeres. Se ubican tres temas esenciales que modelan la experiencia vivida: 1). Social o colectivo, que agrupa lo respectivo a la atención pública; 2). Físico o corporal, los derivados de la evolución de la enfermedad; y 3). Psicoemocional o afectivo, (emociones y sentimientos). **Conclusiones:** Se develó que la experiencia vivida del paciente con insuficiencia renal crónica confluye en las cuatro esferas que conforman al ser humano, siendo la experiencia emocional la que llega a ser más vulnerable, debido a que se reestructura positiva o negativamente en función de la calidad humana en la atención pública recibida.

Palabras clave: Experiencia vivida, paciente, insuficiencia renal crónica, fenomenología, atención pública.

Introducción

La insuficiencia renal crónica (IRC) representa un problema de salud pública debido a los grandes costos que representa para los sistemas de salud (Martínez, 2023; Rodríguez-Zamora et al., 2022; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020); que se caracte-

riza por su irreversibilidad (Sánchez-Cedillo et al., 2020) y profundo impacto en la vida de quienes la padecen.

En el continente americano, la IRC se ubica como la octava causa de muerte (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). En México, esta patología ocupa la décima causa de muerte entre las mujeres y figura entre las principales causas de mortalidad en grupos etarios jóvenes, según datos recientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2023). Además, cada año se detectan de entre 40 y cincuenta mil casos de insuficiencia renal (Cruz, 2022). Su avance progresivo no solo compromete la función renal, sino que desencadena una carga emocional significativa, marcada por sentimientos de vulnerabilidad, pérdida de autonomía y transformaciones identitarias (Sein et al., 2020).

Estudios previos, como los de Martínez (2023), Díaz et al. (2021) y Sein et al. (2020), han documentado cómo la ansiedad, el estrés, la depresión y la sensación de ruptura existencial acompañan a estos pacientes, los cuales de forma frecuente se exacerban por diagnósticos tardíos y sistemas de atención fragmentados. En Querétaro, donde se registran cerca de 4,000 casos según fuentes legislativas (2023), esta realidad adquiere matices particulares debido a las limitaciones propias de las instituciones públicas, como la saturación de servicios y la escasez de recursos psicoemocionales.

La evidencia científica expone diversa información sobre la IRC (epidemiología, etiología, evolución, complicaciones, entre otros), empero se detecta un vacío del conocimiento, cuando se pretende indagar sobre la experiencia vivida por la que transita el paciente diagnosticado con insuficiencia renal crónica. Situación que se agudiza cuando se investiga dicha experiencia vivida, en la atención recibida dentro de contextos institucionales públicos.

Esta investigación surge para visibilizar esas narrativas silenciadas, centrándose en las voces de quienes enfrentan la IRC desde la complejidad del sistema público de salud, con el propósito de trazar caminos hacia una atención más humana y holística.

Materiales y Métodos

Este estudio adoptó un enfoque cualitativo desde la perspectiva fenomenológica. La premisa de la fenomenología es la comprensión

de una experiencia, percepción, o vivencia por la que transita el individuo en un contexto particular, y al que le otorga un significado único (Acevedo y Hernández, 2024). La propuesta fenomenológica de Max Van Manen (como se citó en Guerrero-Castañeda y González-Soto, 2022) se enfoca en la comprensión del fenómeno de estudio desde la experiencia vivida, que alude a la experiencia humana que ya fue vivida, que se aprehende a nivel de la conciencia y a la que se le dota de significados en correspondencia al resultado que otorga la interacción vivida y experimentada del individuo con el mundo. Es así que para abordar fenómenos de salud que sólo se logran vislumbrar desde la perspectiva de quien lo vive, la metodología cualitativa se posiciona como recurso clave para tal fin (Hernández-Rodríguez y Castruita-Sánchez, 2021).

La muestra incluyó ocho pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia renal crónica (cinco hombres, tres mujeres), con edades entre 38 y 60 años, atendidos en una institución pública del estado de Querétaro. Todos cumplían los siguientes criterios de selección: diagnóstico médico superior a dos años, terapia de reemplazo renal activa (hemodiálisis o diálisis peritoneal), y capacidad para expresar sus experiencias. Se excluyeron casos con múltiples patologías crónicas concurrentes o situaciones de emergencia médica. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, cabe señalar que para la conformación de la muestra se buscó alcanzar la saturación de datos (cuando nuevas entrevistas dejan de aportar elementos narrativos nuevos), sin embargo, en gran medida estuvo delimitada por el tiempo con el que contaba el grupo de investigadores para tal fin.

La técnica de recolección fue la entrevista fenomenológica, con la pregunta norteadora: Podría relatarme ¿cuál ha sido la experiencia que ha vivido en la atención pública de su insuficiencia renal crónica? Cada sesión, con duración promedio de 40 minutos, se realizó en espacios privados de la institución de salud pública, grabada con dispositivos móviles previa autorización. Posterior a la recolección cada entrevista fue transcrita y se aplicó la codificación Jefferson (Bassi, 2015), para registrar elementos paralingüísticos (pausas, llantos, risas), lo que permitió capturar dimensiones no verbales del discurso. La guía de entrevista incluyó preguntas demográficas, clínicas (respecto a la IRC), y conductoras con el fin de profundizar en la respuesta el informante.

Se empleó análisis fenomenológico por medio de la técnica de análisis temático propuesto por Van Manen (como se citó en Montes-Sosa y Castillo-Sanguino, 2024), para la interpretación de la información, realizado de forma artesanal, desarrollada en cinco fases: 1). Lectura de entrevistas transcritas; 2). Lectura línea por línea, con el fin de identificar temas que respondan sobre la experiencia vivida del objeto de estudio; 3). Epojé (suspender prejuicios que el investigador pudiera tener respecto al tema); 4). Reducción eidética (esencia del fenómeno), por medio de la identificación de temas esenciales (triangulación entre resultados obtenidos y conocimientos y supuestos que se posean); y 5). Descripción de la experiencia vivida.

El protocolo recibió aval del Subcomité de Investigación del pregrado, registro: 638/FE- SI-13-11-24 (LE), y del Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro con número de dictamen COMBIOENF-090-2024-LE. Previo a cada entrevista, los participantes firmaron consentimiento informado en el que detallaban objetivos, riesgos potenciales (ej. malestar emocional) y medidas de soporte psicológico gratuito (clínica ENSAIN). Se asignaron códigos alfanuméricos (E1-E8) para garantizar anonimato, y los datos se almacenaron en dispositivos cifrados. El principio de no maleficencia guio decisiones críticas, como pausar entrevistas ante señales de angustia o derivar a atención especializada inmediata.

Resultados

Ocho participantes, de los cuales 62.5% eran hombres y 37.5% mujeres; 62.5% casados, 12.5% soltero, 12.5% viuda y 12.5% separado. Respecto al nivel educativo 37.5% contaba con preparatoria completa, 25% preparatoria trunca, y 12.5% primaria, secundaria y secundaria trunca cada una respectivamente. En los datos clínicos se detectó que el diagnóstico de IRC iba de los tres a los ocho años, que 62.5% tenía tratamiento de hemodiálisis y 37.5% diálisis peritoneal.

En relación con el análisis temático, las hablas de los participantes develan tres esenciales que esculpen la experiencia vivida del

paciente con IRC en la atención pública: 1). Social o colectivo, 2). Físico o corporal, y 3). Psicoemocional o afectivo.

1. Social o colectivo:

Se agrupan los temas esenciales que devienen de la atención recibida dentro del contexto institucional público.

- **Atención deshumanizada:** Los pacientes reportaron trato “frío y despótico” (E1), con comentarios como “te tratan peor que animales” (E1). La falta de empatía exacerbó su vulnerabilidad: “Estábamos solos, con esa frialdad” (E3).
- **Desinformación:** Mitos sociales sobre la IRC y promesas falsas de recuperación generaron confusión: “Muchos doctores daban falsas esperanzas” (E4).
- **Redes de apoyo:** La familia fue un pilar emocional: “Entre los tres [familia] hacemos un equipo” (E2). La espiritualidad brindó consuelo: “Hablar con Dios me da paz” (E2).
- **Ausencia de soporte psicológico:** Ningún participante recibió acompañamiento emocional institucional: “Ni al amputarme me dieron ayuda psicológica” (E1).

2. Físico o corporal:

Temas esenciales relacionados directamente con la evolución clínica de la IRC.

- **Deterioro de salud:** Episodios de colapso físico simbolizaron la ruptura identitaria: “Mi cuerpo no aguantó” (E1).
- **Negación:** Rechazo inicial al tratamiento por asociarlo con pérdida de autonomía: “Dije: esto no será vida” (E8).

3. Psicoemocional o afectivo:

Temas esenciales conexos a las emociones y sentimientos que se experimentan en la IRC. Los cuales se agravan por la falta de empatía del personal sanitario.

- **Miedo e incertidumbre:** El diagnóstico se vivió como sentencia: “Creí que moriría” (E5). La ignorancia sobre los procedimientos amplificó el temor: “El miedo es a lo desconocido” (E1).

- **Recursos de afrontamiento:** La aceptación activa permitió resignificar la vida: *“Acepté mi enfermedad, ahora vivo tranquilo”* (E1). La espiritualidad fue clave: *“Si Dios me dejó aquí, es por algo”* (E3).
- **Impacto emocional:** Predominaron la desesperanza: *“Prefiero morirme”* (E7) y depresión: *“Caí en depresión, cambié totalmente”* (E8). El 75% reportó ideación suicida pasiva.

Discusión

Los hallazgos de este estudio trazan un mapa complejo de la experiencia vivida en pacientes con insuficiencia renal crónica, donde la interacción entre factores sociales (institucionales), físicos (clínicos) y afectivos (subjetivos relacionados con emociones y sentimientos) configura un paisaje de vulnerabilidad y resiliencia. La deshumanización en la atención médica —expresada en relatos de trato *“frío”* o *“despótico”*— emerge como un eje agravante del sufrimiento. Este fenómeno no es aislado, coincide con observaciones de Tovar-Muñoz et al. (2020) en centros hospitalarios mexicanos, donde la falta de empatía del personal sanitario intensifica la angustia existencial. En Querétaro, esta realidad adquiere matices particulares: la saturación de servicios públicos y la escasez de recursos generan dinámicas donde el paciente se siente reducido a un “número” o “caso”, nunca a una persona con historia y emociones. La frase *“Estábamos solos, con esa frialdad”* (E3) sintetiza esta fractura en el vínculo terapéutico, contradiciendo lo reportado por Fernández-Díaz et al. (2023) sobre relaciones positivas entre profesionales y pacientes. Tal divergencia podría radicar en diferencias regionales en la capacitación del personal o en modelos de gestión institucional.

Como señala Heidegger (2008), la IRC interrumpe bruscamente el ser-en-el-mundo del individuo, lanzándolo a una realidad donde el cuerpo ya no es confiable. Los participantes describieron este momento como un *“colapso identitario”*, donde la incertidumbre sobre tratamientos y pronósticos alimentó fantasías catastróficas: *“Creí que moriría”* (E5), *“¿De qué sirve vivir así?”* (E7). Estas narrativas reflejan hallazgos de Rodríguez-Zamora et al. (2022), quienes identificaron la fase diagnóstica como *“traumática”* por su carga de vergüenza e ideación suicida. Sin embargo, en Querétaro, este

proceso se complica por la desinformación estructural. Promesas médicas de recuperación renal —“*Esto es pasajero*” (E4)— o comentarios contradictorios entre profesionales generaron desconfianza y confusión, exponiendo fallas en los protocolos de comunicación clínica.

La negación al tratamiento, presente en el 62% de los casos, no puede atribuirse simplemente a “*falta de adherencia*”. Como sugieren Ramírez-Perdomo (2019) y los datos obtenidos, la negación es una respuesta comprensible ante la amenaza a la autonomía personal. Los pacientes rechazaban diálisis o hemodiálisis al asociarlas con pérdida de control sobre sus cuerpos y proyectos vitales: “*Dije: esto no será vida*” (E8). Este patrón, documentado también en adultos mayores por Catoni et al. (2020), revela una necesidad no atendida: espacios para procesar emociones antes de decisiones terapéuticas irreversibles.

El miedo ante lo desconocido, especialmente durante el diagnóstico inicial, opera como un catalizador de crisis emocionales.

Frente a estas adversidades, las redes de apoyo familiar y espiritual funcionaron como anclajes vitales. El 87% de los participantes destacó que la familia —esposos, hijos o hermanos— les brindó no solo cuidados físicos, sino legitimación emocional: “*Entre los tres hacemos un equipo*” (E2). La espiritualidad, por su parte, ofreció un marco para resignificar el dolor: “*Si Dios me dejó aquí, es por algo*” (E3). Estos resultados apoyan investigaciones como las de Alatawi et al. (2024), donde el soporte social redujo niveles de depresión en pacientes dializados. No obstante, se identifica un contraste alarmante: quienes carecían de estas redes (E1, E8) exhibieron mayores tasas de desesperanza y abandono del autocuidado, subrayando desigualdades en el acceso a soporte psicoafectivo.

La ausencia de acompañamiento psicológico institucional fue una constante crítica. Ningún participante recibió este servicio de forma rutinaria, pese a que el 75% reportó episodios depresivos severos. Frases como “*Ni al amputarme me dieron ayuda*” (E1) ilustran la normalización del sufrimiento mental en el sistema público. Esta omisión tiene consecuencias tangibles: estudios como el de Perales-Montilla et al. (2013) vinculan la depresión no tratada con mayor mortalidad en IRC. La paradoja es evidente: mientras las instituciones invierten en tecnología dialítica, descuidan el bienestar emocional, fragmentando la atención integral.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio revelan que la experiencia vivida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en instituciones públicas del estado de Querétaro constituye un entramado complejo donde convergen la dimensión social, físicas, y psicoemocional. Esta investigación, por cuanto prioriza las narrativas de quienes viven la enfermedad, descubre patrones críticos que demandan transformaciones urgentes en los modelos de atención.

En primer lugar, el trato recibido por el personal sanitario emerge como factor determinante en la carga emocional. Los testimonios —“*Te tratan peor que animales*” (E1), “*Estábamos solos, con esa frialdad*” (E3)— exponen una realidad donde la falta de empatía, la prisa institucional y la comunicación vertical agravan el sufrimiento. Este fenómeno no se limita a fallas individuales; refleja estructuras que priorizan lo biomédico sobre lo humano. Cuando un paciente escucha frases como “*Si no te dializas, morirás en cinco meses*” (E8), sin mediación psicológica ni acompañamiento, la angustia existencial se intensifica. La paradoja es evidente: las instituciones salvan riñones, pero descuidan personas.

Asimismo, el momento del diagnóstico opera como un punto de quiebre donde el miedo a lo desconocido domina la experiencia vivida, en efecto, la ausencia de información clara y gradual —reemplazada por mensajes fatalistas o falsas promesas— profundiza la sensación de caos. Como señala un participante: “*El terror no era al bisturí, sino a no entender qué pasaría con mi vida*” (E1). Esta incertidumbre inicial, lejos de disiparse, se mantiene en la cotidianidad del tratamiento, especialmente cuando los pacientes enfrentan procedimientos sin explicaciones suficientes.

Debe decirse que la resistencia inicial a terapias como hemodiálisis o diálisis peritoneal —presente en seis de ocho participantes— debe reinterpretarse. Lejos de ser “*falta de adherencia*”, es una reacción comprensible ante la amenaza a la identidad y la autonomía. Frases como “*Preferiría morir a depender de una máquina*” (E7) expresan el duelo por un proyecto vital fracturado, no un capricho. Sistemas sanitarios rígidos, que imponen tratamientos sin espacios para procesar emociones, generan más daño que beneficio.

Frente a las fallas institucionales, las redes familiares y espirituales se erigen como pilares de supervivencia emocional. El 87% de los participantes identificó en la familia no solo un soporte práctico, sino un refugio afectivo: *“Mis hijos son mi razón para seguir luchando”* (E6). La espiritualidad, por otro lado, ofreció un marco para resignificar el dolor: *“Hablar con Dios me dio paz para aceptar lo inaceptable”* (E3). Estos hallazgos confirman que el cuidado emocional es colectivo o no es.

Asimismo, la ausencia de apoyo psicológico institucional fue una constante alarmante. Ningún participante recibió este servicio de forma rutinaria, pese a que todos reportaron episodios de depresión, ideación suicida o duelo prolongado. Esta carencia no es accidental, revela una visión fragmentada de la salud donde lo “mental” sigue siendo accesorio. Como sentencia E1: *“Me amputaron un pie, pero ni una palabra sobre mi dolor interior”*.

Recomendaciones

Reestructuración de la comunicación clínica:

- Implementar protocolos basados en el modelo SPIKES para comunicar diagnósticos.
- Capacitar al personal en escucha activa y manejo de emociones propias y ajenas.

Soporte psicológico obligatorio:

- Integrar psicólogos en equipos de nefrología desde el diagnóstico.
- Crear grupos de apoyo entre pares coordinados por instituciones.

Humanización de espacios institucionales:

- Rediseñar áreas de diálisis con privacidad y elementos que reduzcan la frialdad ambiental (ejemplo: luz natural, arte).
- Establecer “bancos de tiempo” donde pacientes compartan experiencias sin intervención médica.

Políticas públicas con enfoque emocional:

- Incluir indicadores de bienestar psicológico en evaluaciones de calidad hospitalaria.
- Financiar programas municipales de acompañamiento para pacientes sin redes familiares.

Limitaciones y horizontes

Este estudio se circunscribe a una institución queretana, lo que limita su generalización. Futuras investigaciones podrían:

- Ampliar su muestra en función de la saturación de significados.
- Comparar experiencias vividas entre sistemas públicos y privados.
- Evaluar el impacto de intervenciones basadas en mindfulness o terapia narrativa.
- Explorar el rol de comunidades virtuales como soporte emocional.
- La voz de los pacientes deja una lección irrefutable: enfrentar la insuficiencia renal no es solo filtrar toxinas de la sangre; es navegar el miedo, la rabia y la esperanza en un sistema que, con demasiada frecuencia, olvida que cura personas, no órganos.
- Humanizar esta atención no es un gasto, es la inversión más ética y eficaz que un sistema de salud puede hacer.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Referencias bibliográficas

- Acevedo Figueroa, L., & Hernández Rodríguez, V. M. (2024). Aspectos metodológicos en la fenomenología. En A. Álvarez Aguirre, R. J. Díaz Machay, A. J. Banda Pérez, & L. Acevedo Figueroa. *Un acercamiento práctico a la investigación cualitativa*. Editorial La Biblioteca. <http://doi.org/10.59760/5927169.07>
- Alatawi, A. A., Alaamri, M., & Almutary, H. (2024). Social support and adherence to treatment regimens among patients undergoing hemodialysis. *Healthcare*, 12(19), 1-11. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191958>
- Bassi Follari, J. E. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para las ciencias sociales. *Quaderns De Psicologia*, 17(1), 39-62. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1252>
- Catoni, M. I., Salas, S. P., Roessler, E., Valdivieso, A., Vukusich, A., & Rivera, M. S. (2020). Toma de decisiones en hemodiálisis crónica: estudio cualitativo en adultos mayores. *Revista Médica De Chile*, 148(3), 281-287. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000300281>
- Cruz, Á. (2022). *Uno de cada 10 mexicanos, afectado por insuficiencia renal crónica: especialistas*. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/03/09/sociedad/uno-de-cada-10-mexicanos-afectado-por-insuficiencia-renal-cronica-especialistas/>
- Díaz Mederos, E., Trujillo Alemán, R., Santo Treto, Y., Fariñas Peláez, R. A., Martínez López, Y., & Mederos Luis, I. I. (2021). Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. *Medicentro Electrónica*, 25(3), 399-422. <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3227/2725>
- Fernández-Díaz, R., Cifuentes-Rivera, B., López-Sierra, E. M., & Pablos-de Pablos, M. (2023). Evaluación de la experiencia asistencial en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería Nefrológica*, 26(3), 260-267. <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v26n3/2255-3517-enefro-26-03-260.pdf>
- Guerrero-Castañeda, R. F., & González-Soto, C. E. (2022). Experiencia vivida, Van Manen como referente para la investigación fenomenológica del cuidado. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 19(3), 112-120. <https://doi.org/10.22463/17949831.3399>

- Heidegger, M. (2008). *Ser y tiempo*. 3ª ed. Vozes. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2713517&pid=S1132-1296201700010001500011&lng=es
- Hernández-Rodríguez, V. M., & Castruita-Sánchez, M. C. (2021). Aspectos filosóficos y teóricos en investigación cualitativa. En A. Álvarez-Aguirre et al. (Eds.), *Metodología de la Investigación. Tópicos en la construcción de un proyecto de investigación cualitativo* (pp. 20-38). La Biblioteca.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (26 de julio de 2023). *Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022*. Comunicado de prensa Núm. 419/23. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (12 de marzo de 2020). *La enfermedad renal crónica en México*. INSP. <https://www.insp.mx/avisos/5296-enfermedad-renal-cronica-mexico.html>
- Legislatura de Querétaro. (8 de mayo de 2023). El diputado Christian Orihuela presentó Iniciativa para que la Secretaría de Salud implemente acciones para la atención integral de la insuficiencia renal. *Poder Legislativo*, 2. <http://legislaturaqueretaro.gob.mx/el-diputado-christian-orihuela-presento-iniciativa-para-que-la-secretaria-de-salud-implemente-acciones-para-la-atencion-integral-de-la-insuficiencia-renal/>
- Martínez Martínez, M. Y. (2023). Experiencias psicosociales del adulto joven con diagnóstico de enfermedad renal crónica en estadio V. *CuidArte*, 12(23). <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2023.12.23.82877>
- Montes-Sosa, G. & Castillo-Sanguino, N. (2024). El método fenomenológico en la investigación educativa: entendiendo los principios clave de la metodología de Max van Manen. *Diálogos Sobre Educación. Temas Actuales En Investigación Educativa*, 29(15), 1-21. <https://doi.org/10.32870/dse.v0i29.1423>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Carga de enfermedades renales*. OPS. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-renales>
- Perales-Montilla, C. M., Duschek, S., & Reyes-del Paso, G. A. (2013). Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Nefrología*, 33(6), 816-825.

- <https://www.revistanefrologia.com/es-influencia-factores-emocionales-sobre-el-articulo-X0211699513053362>
- Ramírez-Perdomo, C. A. (2019). Afrontar el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. *Enfermería Nefrológica*, 22(4), 379–387. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000400004>
- Rodríguez-Zamora, M., Moreno-Serrano, A., Cabrera-Delgado, A., Regalado-Ruiz, L., & Amato-Martínez, J. (2022). Vivencias del paciente ante el diagnóstico de enfermedad renal crónica y su ingreso a diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 25(1), 59–65. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842022007>
- Sánchez-Cedillo, A., Cruz-Santiago, J., Mariño-Rojas, F. B., Hernández-Estrada, S., & García-Ramírez, C. (2020). Carga de la enfermedad: insuficiencia renal, diálisis-hemodiálisis y trasplante renal en México. Costo de la enfermedad. *Revista Mexicana de Trasplantes*, 9(1), 15-25. <https://dx.doi.org/10.35366/94025>
- Sein, K., Damery, S., Baharani, J., Nicholas, J., & Combes, G. (2020). Emotional distress and adjustment in patients with end-stage kidney disease: a qualitative exploration of patient experience in four hospital trusts in the West Midlands. *UK. PLoS One*, 15(11), e0241629. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241629>
- Tovar-Muñoz, L., Serrano-Navarro, I., Mesa-Abad, P., Crespo-Montero, R., & Ventura-Puertos, P. (2020). “Más que dolor”: experiencia de pacientes dializados respecto a su punción en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 23(1), 34–43. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020004>

Capítulo 14

Prácticas de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en un hospital policial peruano

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.14>

GIOVANNA KATHERINE DEZA-GAMARRA

Licenciada en Enfermería.

Hospital Regional Policial de Chiclayo, Perú

dgamarra954@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1068-1300>

MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

mcervera@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

MARIBEL ALBERTINA DÍAZ-VÁSQUEZ

Doctora en Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

adiaz@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-7950-8805>

LISSETH DOLORES RODRÍGUEZ-CRUZ

Doctoranda en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

lrodriguez@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0003-1742-9498>

FLOR DE MARIA MOGOLLÓN-TORRES

Magister en Ciencias de Enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

fmogollón@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2605-546X>

ROSA JEUNA DIAZ MANCHAY*

Doctora en ciencias de enfermería

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

rdiaz@usat.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

*Autora de Correspondencia

Resumen

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 representa un importante problema de salud pública que requiere del compromiso activo de los pacientes para el autocuidado, a fin de evitar complicaciones.

Objetivo: Describir las prácticas de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en un hospital policial peruano.

Materiales y métodos: Estudio cualitativo, con diseño descriptivo. La población fueron 70 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un hospital policial de Chiclayo-Perú. La muestra fue de 12 participantes, determinada por la técnica de saturación y redundancia. Para recolectar los datos se utilizó una guía de entrevista semiestructurada validada por juicio de expertos. Los datos fueron procesados mediante análisis de contenido temático.

Resultados: Surgieron 4 categorías: a) Adopción de nuevos hábitos en la alimentación, b) La caminata como rutina de actividad física principal, c) Prácticas de autocuidado de los pies, d) Apoyo de la familia y necesidad de atención multidisciplinaria. **Conclusiones:** Se concluye, que las prácticas de autocuidado de las personas con DM2 en su mayoría son adecuadas, pues adoptan hábitos alimentarios saludables, realizan caminatas como actividad física, tienen cuidado con sus pies y usan plantas medicinales. Además, reciben apoyo de su familia para cumplir las indicaciones farmacológicas y el régimen dietético. Sin embargo, a veces incumplen la dieta, tienen sobrepeso y glicemias por encima de lo normal. Por ello, es necesario que se reactive en el nosocomio la estrategia sanitaria de daños no transmisibles para seguimiento y monitoreo personalizado de estas personas para evitar complicaciones.

Palabras clave: Autocuidado; Diabetes Mellitus Tipo 2; Pacientes; Prevención de Enfermedades; Investigación Cualitativa.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es un importante problema de salud pública y está emergiendo silenciosamente como una pandemia, al

existir una alta morbilidad, mortalidad y discapacidad en la población a nivel mundial por esta enfermedad, generando al Estado, el paciente y la familia cuantiosas pérdidas económicas, por los altos costos para tratar la enfermedad y sobre todo sus complicaciones. Se prevé que para el 2030 haya 643 millones de pacientes con DM y 783 millones para el 2045 (Federación Internacional de Diabetes, 2025). En Perú, hasta setiembre del 2022, se registraron 19842 casos de DM, correspondiendo el 96.5% a Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades, 2022). En este contexto el autocuidado surge como una estrategia fundamental de control de dicha enfermedad, en la que el paciente asume el protagonismo principal de cumplir con su régimen dietético, tratamiento farmacológico y actividad física, etc. (Rajput, Ashraff, & Siddiqui, 2022).

Al respecto, estudios en China (Peng, Guo, Li, Wang, Liu, & Du, 2022) y Cuba (Soler, Pérez, López, & Quezada, 2016) evidenciaron que existe un incumplimiento de las medidas de autocuidado, sobre todo en las prácticas dietéticas y de actividad física, la terapia de medicación, y descuido en la monitorización de la glicemia. En tanto que, un estudio en Qatar (Othman, Al-Wattary, Khudadad, Dughmash, Furuya-Kanamori, & Daher-Nashif, 2022) demostró que los pacientes estaban motivados para controlar su diabetes por el miedo a futuras complicaciones de salud, en las que influyeron factores culturales, como: el contenido de los alimentos y las costumbres navideñas, y factores sociales, como la falta de apoyo familiar.

En Ghana (Tuobeniyere, Mensah, & Korsah, 2023) los pacientes reportaron una variedad de barreras para su autocuidado, como la falta de conocimiento sobre las estrategias de manejo dietético de la DM, limitaciones financieras, incumplimiento del tratamiento, falta de glucómetros, escaso apoyo social y mayor tiempo de espera en los centros de atención médica. En Ecuador (Vélez, & Mora, 2021) se encontró que los pacientes con DM2 tienen una incorrecta alimentación, no practican ejercicios, y con solo tener 5 años con esta enfermedad ya presentaban comorbilidades. Algunos estudios en Perú, concluyeron que las medidas de autocuidado de los pacientes con DM2 en su mayoría son inadecuadas en las dimensiones de alimentación, actividad física, cuidado de los pies y tratamiento

farmacológico (Romani, Reategui, Gómez, & Silva, 2020; Ureta, Osmayo, Poma, & Gómez, 2023).

Es indiscutible que existe evidencia científica que demuestran desde una perspectiva cuantitativa, que las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM2, es deficiente o inadecuado; sin embargo, existen escasas investigaciones cualitativas que respalden o profundicen desde la subjetividad de estas personas cómo es su autocuidado, siendo imprescindible esta mirada, para complementar los conocimientos disponibles, de modo que el personal de salud, aborden esta problemática con un enfoque integral y holístico, con estrategias educativas pertinentes, específicas e innovadoras que impacten en la salud de la persona con DM2 y su familia. En este sentido, el objetivo del estudio fue Describir las prácticas de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en un hospital policial peruano.

Materiales y métodos

Estudio cualitativo, con diseño descriptivo (Grove, Gray, & Burns, 2016) durante el periodo de setiembre y octubre de 2023. La población estuvo conformada por 70 pacientes diagnosticados con DM2 registrados en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú de Chiclayo, nosocomio nivel I-4, con internamiento, a la que acuden personas con DM2 y no se cuenta con la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles, ni con el programa de diabéticos. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia; el tamaño de la muestra fue de 12, determinado por el criterio de saturación y redundancia. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años, que tengan mínimo un año con el diagnóstico de DM2, y se excluyó a dos pacientes que participaron de la prueba piloto.

Los datos se recolectaron mediante la técnica de la entrevista, a través de una pauta de entrevista, elaborada por la investigadora principal y validada por juicio de expertos, quienes por su experticia en la temática de estudio y en investigación cualitativa, aportaron en el ajuste de contenido de las preguntas del instrumento. Después de la autorización del director del Hospital Regional Policial Chiclayo, se solicitó al área de informática de dicho nosocomio el reporte de los pacientes con diagnóstico de DM2 y luego de verifi-

car el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, se les contactó vía WhatsApp para explicarles los objetivos del estudio y si deseaban participar de manera voluntaria, acordando la fecha, hora y lugar según su disponibilidad.

Las entrevistas se hicieron en el hospital, duraron en promedio 20 minutos cada una y se registraron en un grabador de voz. Se transcribió cada entrevista en documento de Word y se envió por WhatsApp a los pacientes para que den su conformidad y así garantizar la credibilidad. Los audios de las entrevistas serán almacenados en una memoria USB durante dos años para posibles auditorías, luego serán eliminadas.

Los datos se procesaron a través del análisis de contenido temático, según Díaz (2018), siguiendo las siguientes fases: a) El preanálisis, en esta fase los relatos fueron releídos, para identificar la información relacionada con el objeto de estudio, utilizando la técnica de sombreado por colores, se seleccionaron las unidades de significado. b) La codificación, consistió en asignar una palabra o frase corta a las unidades de significado identificadas, obteniéndose 15 códigos, lo que permitió reducir y organizar la información y c) La categorización, los códigos fueron ordenados y clasificados según su frecuencia y similitud en su contenido y se agruparon en cuatro categorías temáticas.

Entre los aspectos éticos (Sgreccia, 2014), se respetó la autonomía de los participantes mediante el consentimiento informado de manera voluntaria, se protegió su identidad asignándoles códigos (P01, P02 hasta P12). El estudio fue aprobado por un comité de ética institucional mediante Resolución N° 251-2023-USAT-FMED.

Resultados

De los doce pacientes entrevistados, cinco fueron varones y siete mujeres, la edad promedio fue de 45 años. Seis fueron casados, tres convivientes, uno divorciado, uno viudo, y un soltero. Todos reportaron tener educación superior tecnológica, once eran de la Policía Nacional del Perú en actividad y uno jubilado. Tienen DM2 desde hace uno a cinco años, mantienen una glicemia entre 110mg/dl a 160mg/dl.

Después de procesar los relatos, se obtuvieron cuatro categorías, que contienen los discursos más significativos, como se detalla a continuación:

a) Adopción de nuevos hábitos en la alimentación

Los pacientes indicaron que tuvieron que cambiar sus hábitos alimentarios, como: disminuir el consumo de azúcares y carbohidratos, evitar los alimentos procesados, utilizar Stevia para endulzar, consumir más verduras, frutas, pollo o pescado. Algunos reportaron presentar incomodidad por mantener un régimen dietético, frustración e incluso llanto. Asimismo, mencionaron consumir bebidas de plantas medicinales como la jamaica y la pasuchaca, para mejorar su glicemia. Así lo indican:

“Trato de comer más ensaladas, verduras, más menestra que arroz con pollo o pescado, todo bajo en sal, consumo manzana, mandarina o fresas, endulzo con Stevia... para bajar mi glucosa tomo agua de Jamaica o piña con sábila.” P01.

“Consumo más verduras y frutas, poco pan, arroz y fideos, poca sal, endulzo con Stevia... Evito alimentos procesados, pero a veces me provoca comer una galleta o un postre... Mi mamá me da pasuchaca como agua de tiempo...” P05.

“No consumo alimentos procesados, utilizo el aceite de oliva para las ensaladas, casi nada de sal, nada de gaseosas... A mí me encanta comer, me siento frustrada o fastidiada porque tengo que comer racionado, me pongo sensible y lloro... tomo agua de jamaica, y la pasuchaca” P07.

“Es difícil la dieta, ya no puedo comer mis comidas favoritas, evito comer harinas, chocolates, gaseosas, tortas, tallarines que me gustan, uso Stevia... tomo jamaica, linaza o chía con sábila... he bajado de peso porque estaba gordo...” P02.

b) La caminata como actividad física principal

En este estudio, todos los participantes manifestaron realizar caminatas como parte de la actividad física, porque les relaja y perciben que les ayuda a mejorar sus niveles de glucosa, a veces lo hacen acompañados de sus familiares y procuran realizar esta práctica de preferencia cuando asisten al trabajo, al mercado, al parque o a la

playa. Además, pocos juegan fútbol y solo uno hace natación y yoga. Así lo manifiestan:

“Procuro caminar todo el tiempo, voy caminando a mi trabajo, me demoro 20 minutos, me relaja, quemo grasa y mejora mis niveles de glucosa...no corro por mi artritis reumatoidea, pero hago natación los fines de semana, y a veces yoga para relajarme...” P03.

“Me gusta caminar, voy ida y vuelta caminando al trabajo, trato de hacer la mayoría de mis compras caminando, subo también las escaleras... voy al parque con mi mamá y allí caminamos...” P04.

“Voy al trabajo caminando, juego fútbol dos veces por semana, allí corro, sudo, quemo grasa, me relajo, me hace sentir bien y mejora mi glucosa...” P08.

“Salgo a caminar una hora al día con mi esposa, trotamos un poco por el parque, los fines de semana vamos a caminar por la playa, y regreso relajado...” P10.

c) Prácticas de autocuidado de los pies

La mayoría de las participantes acostumbran a diario lavarse y secarse los pies, inspeccionarse en busca de alguna lesión, usar cremas hidratantes, zapatos cómodos y medias de algodón, y acudir al podólogo. Se identificó que solo que un participante no iba al podólogo porque no contaba con los recursos económicos. Así lo indican:

“Me lavo los pies a diario, y cuando me seco los reviso para ver si hay alguna herida, uso una crema hidratante para evitar que se resequen... uso medias de algodón, y veo que mis zapatos no me ajusten. Voy a consulta particular con el podólogo, un gasto más, pero ni modo peor es que me amputen...” P03.

“Examinó mis pies con frecuencia, para verificar si hay lesiones. Uso cremas, medias de algodón y calzado que sea cómodo, no camino descalzo. Voy al podólogo mensual, para que mis pies se mantengan sanos” P05.

“Mi endocrinólogo me indicó ir al podólogo y observar siempre mis pies, me corto recta las uñas, me seco bien los pies, para evitar humedad y los hongos. Nunca camino descalzo, uso zapatos cómodos con medias de algodón...” P01.

“Me lavo y seco bien los pies, me corto las uñas, a veces camino descalzo en mi casa por el calor... Quisiera ir al podólogo, pero no me alcanza el dinero...” P11.

d) Apoyo de la familia y necesidad de atención multidisciplinaria

Los participantes reportaron que la familia es el principal soporte para sobrellevar la enfermedad porque están pendientes de que cumplan con el tratamiento farmacológico y la dieta y los acompañan a los controles médicos. Así lo señalan:

“Mis hijitas están pendientes de mi dieta, no me dejan comer postres... hacen que tome mis pastillas para la diabetes... me acompañan al médico o al podólogo, siento que mi familia me quiere y me da fortaleza...” P11.

“Mi esposa me acompaña a las consultas, mi hija me mide la presión arterial y controla mi glucosa con el glucómetro, y anota los resultados en una libreta...están pendientes que me coloque la insulina NPH en la mañana y en la noche” P07.

“Mi mamá me ayuda en mi alimentación, recoge a mi hija del colegio, mi esposo está pendiente que tome la metformina de 850 mg antes de almuerzo” P05.

“Mi hija me aconseja que no coma dulces, mi hijo está pendiente que tome mis pastillas y mi esposo también es diabético y ambos nos cuidamos...” P03.

Asimismo, los pacientes señalaron que acuden a sus controles de manera particular con endocrinología y podología, algunas también realizan consulta con nutrición, oftalmología, nefrología y cardiología para prevenir complicaciones. Así lo mencionan:

“Trato de ir a mis controles mensuales con el endocrinólogo y al podólogo para mis pies, a veces voy a la nutricionista porque ya conozco mi dieta... Acudí al oftalmólogo porque la Diabetes estaba afectado mi visión... todo lo hago particular y se gasta bastante...” P02.

“He sido evaluada por endocrinología, cardiología, nefrología y nutrición, de manera particular...solo acudo al hospital policial cuando tengo alguna urgencia porque allí no hay especialistas o un programa donde nos chequeen...” P10.

“Voy al hospital de la policía más por alguna urgencia porque aquí nos hay especialistas, por eso tengo que acudir a manera privada al endocrinólogo, al oftalmólogo y al podólogo...” P12.

Discusión

En este estudio todos los participantes refirieron como principal práctica de autocuidado a la alimentación, teniendo esta que ser modificada progresivamente hasta adoptar nuevos hábitos alimentarios, caracterizada por el incremento en el consumo verduras, frutas, menestras y evitando los alimentos procesados; sin embargo, esporádicamente presentan “antojitos” y consumen algún postre, sintiéndose frustrados y culpables. A pesar de lo manifestado, presentan sobrepeso y mantienen glicemias por encima de lo normal. Probablemente los conocimientos que tienen sobre el régimen dietético no son suficientes, por la falta de educación nutricional, toda vez que en el hospital policial donde se atienden, solo son atendidos por medicina general y no tienen acceso a consultas de nutrición, agregado a ello, actualmente está inoperativo el programa de enfermedades crónicas no transmisibles, por falta de personal de salud.

Resultados similares a otros estudios, donde concluyeron que la mayoría de los pacientes con DM2 mostraron inadecuado autocuidado en la alimentación porque consumen demasiado carbohidrato, pocas frutas y verduras, mantenían un IMC por encima del rango normal, tenían escasa asesoría nutricional y no tenían acceso a los alimentos recomendados (Torres, Canchari, Lozano, Calizaya, Javier, & Saintila, 2020; Forero, Hernández, Rodríguez, Romero, Morales, & Ramírez, 2019; Morales, 2019). Frente a ello, se recomienda promocionar una dieta saludable personalizada libre de alimentos procesados y de azúcares, y rica en fibra, vitaminas, y minerales, valorando el contexto cultural y económico de cada paciente (Al-Adwi, et al., 2023).

Asimismo, los participantes en este estudio mencionaron que, además de su tratamiento farmacológico, acostumbran a tomar bebidas a base de plantas medicinales como la Pasuchaca, la Jamaica y semillas de chía, que son de bajo costo y recomendados por sus familiares. Estos resultados son similares a los reportados en un estudio en Asunción (Acosta, Zully, Morinigo, Maidana, & Samaniego, 2018), donde más de la mitad de la muestra, reportaron consumir alguna planta medicinal como Jaguareté, Ajenjo, Moringa e Insulina, para el tratamiento de la DM2, y a los reportados por Aldana (2018), cuya conclusión fue que el tratamiento basado

en Pasuchaca más metformina, es más efectivo que el tratamiento inicial basado solo en metformina. Siendo necesario realizar más estudios que demuestren la efectividad de las diversas plantas medicinales que se utilizan en el control de la DM2, a fin de mejorar esta medida de autocuidado.

En cuanto a la práctica de autocuidado en relación a la actividad física, la mayoría de los entrevistados refirieron realizar principalmente caminatas, procurando incorporar este hábito en sus actividades diarias, algunos acompañados de sus familiares particularmente cuando van parque o a la playa. Estos hallazgos son similares a un estudio realizado en la Habana-Cuba, donde más de la mitad de los pacientes con DM2 tenían un bajo nivel de autocuidado en la actividad física, siendo las caminatas lo que más practicaban (Domínguez, Chirino, Cabrera, & Hernández, 2020). En contraposición al estudio de Pérez (2021), quien demostró que, practicar una actividad física de fuerza, mejora la masa muscular, la salud mental, la resistencia a la insulina, y la presión arterial, pero, en los diabéticos se debe evaluar comorbilidades, la sensibilidad, lesiones y úlceras en los pies, ya que podrían causar más complicaciones.

Entre las prácticas de autocuidado de los pies, los participantes manifestaron lavárselos diariamente, secarlos meticulosamente e inspeccionar en busca de lesiones, hidratar con cremas, recortar sus uñas de forma recta, utilizar medias de algodón y zapatos cómodos. Asimismo, asistir de manera particular a un podólogo por recomendación de su endocrinólogo y por temor a las amputaciones, este gasto adicional lo asumen, ya que mayormente son adultos mayores que tienen las posibilidades económicas porque aún laboran.

Resultados parecidos a otros estudios, donde la mayoría de los pacientes afirmaron que el principal cuidado de sus pies era mantenerlos limpios y utilizar una crema hidratante. Pero, tenían dificultades para el recorte de uñas y evaluar las plantas de sus pies, para ello recibían apoyo de sus familiares (Walsh, & Kuhnke, 2023; Adeyemi, Olatunji, Adetunji, & Rehal, 2021). Sin embargo, en Brasil, un estudio develó que los pacientes asisten regularmente a un podólogo porque está incluido en su paquete médico de salud (De Lima, Lopes, Botelho, & Cecon, 2022), en contraposición a un estudio en España, donde se reportó que la valoración del podólogo supone un coste económico que algunos pacientes no pueden afrontar (Bonilla, Rasero, Aguayo, & Rafael, 2023). Frente a esta

situación, se hace necesario que los programas de diabetes contemplen la incorporación de este servicio, a fin de prevenir posibles complicaciones por una mala práctica en el autocuidado de los pies.

Todos los participantes manifestaron que la familia es el principal soporte para su autocuidado, al estar pendientes de como cumplen con su tratamiento farmacológico, los apoyan con el régimen dietético y evitan que consuman alimentos que altere su glicemia, los acompañan en sus rutinas de actividad física y a sus controles médicos, además les brindan apoyo emocional. Diversos estudios, mencionan que el apoyo familiar es el pilar fundamental para el autocuidado de los diabéticos, porque influyen directamente en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico (Zeren, & Cambolat, 2023; Reynoso, et al., 20202).

Por otro lado, los participantes refrieron acudir de manera privada a la consulta con los especialistas en endocrinología, oftalmología, nefrología y cardiología, para evitar complicaciones que los incapacite de manera transitoria o permanentemente, lo cual repercutiría en su vida laboral, emocional y física. En el hospital donde fueron captados los participantes, solo son atendidos por medicina general o cuando acuden por alguna urgencia médica. Por ello, es necesario que se reactive, la estrategia sanitaria de daños no transmisibles para seguimiento y monitoreo oportuno de los pacientes con DM, y así mejoren sus prácticas de autocuidado y eviten complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

Estos resultados son afines a los encontrados en otro estudio de Desse, Mc Namara, Yifter, & Manias (2022), donde se reportó que el hospital donde se atendían los pacientes carecía de recursos esenciales, como medicamentos, servicios de diagnóstico y educadores en diabetes, lo que obstaculizaba el seguimiento y la monitorización de los pacientes con DM2. Esto hace suponer que el manejo y el control de la diabetes requiere de un equipo multidisciplinario, de insumos y materiales básicos, así como de una infraestructura adecuada, de modo que se aborde de manera integral y holística todas las necesidades de las personas con DM2.

Una limitación del estudio fue el tamaño pequeño de la muestra, por lo que no se pueden generalizar los resultados. Solo se aprecia la experiencia del paciente con DM2, por ello se recomienda para próximas investigaciones incluir a los familiares.

Conclusiones

Se concluye, que las prácticas de autocuidado de las personas con DM2 en su mayoría son adecuadas, pues adoptan hábitos alimentarios saludables, realizan caminatas como actividad física, tienen cuidado con sus pies y usan plantas medicinales. Además, reciben apoyo de su familia para cumplir las indicaciones farmacológicas y el régimen dietético. Sin embargo, a veces incumplen la dieta, tienen sobrepeso y glicemias por encima de lo normal. Por ello, es necesario que se reactive en el nosocomio la estrategia sanitaria de daños no transmisibles para seguimiento y monitoreo personalizado de estas personas para evitar complicaciones.

Declaración de conflicto de intereses y financiamiento

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses y declaran que la investigación fue autofinanciada por las investigadoras.

Referencias bibliográficas

- Acosta, P., Zully, G., Morinigo, M., Maidana, G., & Samaniego, L. (2018). Uso de plantas medicinales y fitoterápicos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 16(2): 6-11. Recuperado de: [https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016\(02\)06-011](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016(02)06-011)
- Adeyemi, T., Olatunji, T., Adetunji, A., & Rehal, S. (2021). Knowledge, Practice and Attitude towards Foot Ulcers and Foot Care among Adults Living with Diabetes in Tobago: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, 18(15):8021. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/ijerph18158021>
- Al-Adwi, M., Al-Haswsa, Z., Alhmmadi, K., Eissa, Y., Hamdan, A., Bawadi, H, et al. (2023). Effects of different diets on glycemic control among patients with type 2 diabetes: A literature review. *Nutrition and Health*, 29(2): 215-21. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/02601060221112805>

- Aldana, J. (2028). *Efecto hipoglucemiante del geranium ayavacense “pasuchaca” como coadyuvante de metformina en diabetes mellitus 2. centro de medicina complementaria - Trujillo, 2018.* (Tesis de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25352/aldana_uj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bonilla, M., Rasero, E., Aguayo, M., & Rafael, S. (2023). Self-care of the feet in people with type 2 diabetes. A qualitative study. *Enferm Clin (Engl Ed)*, 33(3):223-33. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2023.01.002>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. (2022). *CDC Perú: El 96,5% de la población diagnosticada con diabetes tiene diabetes tipo 2.* Recuperado de: bit.ly/48sbwvJ
- De Lima, L., Lopes, M., Botelho, C., & Cecon, R. (2022). Evaluation of self-care with feet among patients with diabetes mellitus. *Jornal Vascular Brasileiro*, 21: e20210011. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.210011>
- Desse, T., Mc Namara, K., Yifter, H., & Manias, E. (2022). Current practices and future preferences of type 2 diabetes care in Ethiopia: A qualitative study on the perspectives of patients, health professionals, and policymakers. *Diabetes Metab Syndr.*, 16(8):102585. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2022.102585>
- Díaz, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Rev. gen. inf. Doc.*, 28(1): 119-42. Recuperado de: <https://doi.org/10.5209/RGID.60813>
- Domínguez, Y., Chirino, E., Cabrera, E., & Hernández, J. (2020). Nivel de actividad física y su relación con factores clínicos y complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus. *Rev Cubana Endocrinol*, 31(3): e253. Recuperado de: <https://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/253>
- Federación Internacional de Diabetes. (2025). *Atlas de la diabetes de la FID.* 11.^a ed. Bruselas, Bélgica. Recuperado de: <https://diabetesatlas.org>
- Forero, A., Hernández, J., Rodríguez, S., Romero, J., Morales, G., & Ramírez, J. (2019). La alimentación para pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en tres hospitales públicos de

- Cundinamarca, Colombia. *Revista Biomédica.*, 38 (3): 355-62. Recuperado de: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3.3816>
- Grove, S., Gray, J & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6rd ed. Barcelona: Elsevier.
- Morales, I. (2019). Autocuidado en usuarios diabéticos en centros de salud urbanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35 (4). Recuperado de: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1034>
- Othman, M., Al-Wattary, N., Khudadad, H., Dughmash, R., Furuya-Kanamori, L., & Daher-Nashif, S. (2022). Perspectives of Persons With Type 2 Diabetes Toward Diabetes Self-Management: A Qualitative Study. *Health Educ Behav*, 49(4):680-8. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/10901981221098373>
- Peng, X., Guo, X., Li, H., Wang, D., Liu, C., & Du, Y. (2022). A Qualitative Exploration of Self-Management Behaviors and Influencing Factors in Patients With Type 2 Diabetes. *Front Endocrinol*, 17(13):771293. Recuperado de: <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.771293>
- Rajput, S., Ashraff, S., & Siddiqui, M. (2022). Diet and Management of Type II Diabetes Mellitus in the United Kingdom: A Narrative Review. *Diabetology*, 3(1):72-8. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/diabetology3010006>
- Perez, F. (2021). Ejercicio físico para preservar la masa en Diabetes. *Revista Diabetes en forma*, 1-4. Recuperado de: <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Ejercicio-fisico-para-preservar-la-masa-muscular-en-diabetes.pdf>
- Reynoso, J., Hernández, E., Martínez, M., Zamudio, J., Islas, I., Pelcastre, A., et al. (20202). La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Hosp. domic.*, 4(4): 199-207. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.118>
- Romani, L., Reategui, S., Gómez, E., & Silva, C. (2020). Factores asociados a la realización de actividades de autocuidado en pacientes diabéticos en tres hospitales de Ucayali. *Rev Medicina*, 20: (2): 254-60. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/db48/ce684804526bd6fbfc0ae064a609b8f6012f.pdf>
- Sgreccia, E. (2014). *Manual de bioética. La bioética y sus principios*. 4th ed. Madrid: Series BAC Maior.

- Soler, Y., Pérez, E., López, M., & Quezada, D. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Archivo Médico Camagüey*, 20 (3): 224-52. Recuperado de: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4295>
- Torres, M., Canchari, A., Lozano, T., Calizaya, Y., Javier, D., & Saintila, J. (2020). Hábitos alimentarios, estado nutricional y perfil lipídico en un grupo de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Nutr. clín. diet. Hosp.*, 40(2):135-42. Recuperado de: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/18/10>
- Tuobeniere, J., Mensah, G., & Korsah, K. (2023). Patient perspective on barriers in type 2 diabetes self-management: A qualitative study. *Nursing Open*, 10, 7003-13. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/nop2.1956>
- Ureta, R., Osmayo, M., Poma, K., & Gómez, Z. (2023). Autocuidado de personas con diabetes mellitus de tipo 2 en tiempos de pandemia por Sars-CoV-2 (Covid-19): Medida para la prevención de contagio. *Rev de Investigación Científica Siglo XXI*, 3 (2): 1-9. Recuperado de: <https://doi.org/10.54943/rcsxxi.v3i2.281>
- Vélez, J., & Mora, G. (2021). Autocuidado en el Paciente Diabético Tipo 2 en un Hospital Público de Pasaje, Ecuador. *Rev. Pol. Con.*, 6 (7): 1172-85. Recuperado de: <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2914/6311>
- Walsh, A., & Kuhnke, J. (2023). Prioritizing the Prevention of Diabetic Foot Disease: We Each Have a Role to Play. *Can J Nurs Res.*, 10:8445621231206982. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/08445621231206982>
- Zeren, F., & Cambolat, O. (2023). The relationship between family support and the level of self care in type 2 diabetes patients. *Primary Care Diabetes*, 17(4): 341-7. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.04.008>

Capítulo 15

Significado de vivir con cáncer de mama: experiencias vividas del profesional de enfermería

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.15>

MARÍA DE JESÚS PÉREZ VÁZQUEZ*

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma de Sinaloa, México

maryperez123@ms.uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-0137-4592>

*Autora de Correspondencia

ROSA ÁVILA VALDEZ

Doctora en Enfermería

Universidad Autónoma de Sinaloa, México

12528.avila@ms.uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-2912-1108>

CRISTINA GONZÁLEZ RENDÓN

Doctora en Enfermería

Universidad Autónoma de Sinaloa, México

crisgon@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-7223-1698>

GLORIA MARÍA PEÑA GARCÍA

Doctora en Enfermería

Universidad Autónoma de Sinaloa, México

gpena@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-9935-608X>

Resumen

Introducción: El panorama actual del cáncer de mama es desafiante para la salud de la mujer, este adquiere mayor relevancia cuando el conocimiento y las experiencias vividas se entrecruzan en la mujer profesional de enfermería con cáncer de mama. **Objetivo:** comprender el significado de vivir con cáncer de mama de la mujer profesional de enfermería. **Materiales y Métodos:** estudio cualitativo, fenomenológico interpretativo. El estudio se realizó de octubre del 2024 a junio del 2025. Bajo un muestreo intencionado en bola de nieve, la muestra fue de tres profesionales de enfermería que vivieron la experiencia del cáncer de mama, que dieron su consentimiento informado, se aplicaron 13 entrevistas fenomenológicas. En el análisis fenomenológico de la información se tomó como base el círculo hermenéutico de Martín Heidegger. Resultados: emergieron tres categorías de significado; 1. Cáncer de mama; una realidad de vida, el cáncer de mama llegó a ser parte del ser y existir de la enfermera y su mundo de vida. 2. Cáncer de mama; aprendizaje para la vida; las enfermeras destacan a la enfermedad como generadora de aprendizajes para su vivir y 3. Cáncer de mama; una oportunidad “existencial”; describen el proceso como una oportunidad de ser y estar en el mundo. **Conclusiones:** El cáncer de mama es un desafío para los profesionales de enfermería cuyo significado resulta ser complejo para el ser de la enfermera que lo padece, la espiritualidad, la ética y sentido humano de la enfermera son formas de afrontar esta enfermedad y asegurarse un cuidado humanizado.

Palabras claves: Profesional de enfermería, cáncer de mama, experiencias de vida, investigación cualitativa

Introducción

Es bien reconocido que los profesionales de enfermería se encargan de manera directa e indirecta, temporal y a su vez permanentemente de aquellos procesos de atención y cuidado de la salud en lo individual y lo colectivo. Su centro de interés es siempre conservar la salud y/o contribuir a restablecerla cuando existen respuestas humanas que denotan alguna alteración o clara patología.

La enfermería como disciplina desde sus inicios se ha centrado en el curso del cuidado, convirtiéndolo en el deber ser de la enfermera, entendiendo el deber como una voluntad que da dirección (Freter, 2017). Ahora bien, es importante reconocer que la labor del profesional de enfermería es clave para conservar la salud de la persona, la familia y las comunidades, es la enfermera o enfermero quien busca reducir aquellas amenazas y riesgos que rodean a la salud. En este sentido, cabe señalar que en el mundo existen una diversidad de enfermedades; transmisibles y no transmisibles que impactan de manera importante en la salud de la población en general. En estos escenarios desde hace ya varias décadas el cáncer es una de las patologías que afecta cada vez más a la salud, sus datos epidemiológicos la destacan dentro de las enfermedades consideradas importantes para la salud pública, por lo que brindar cuidados a personas con este tipo de enfermedades para los profesionales de enfermería es cada vez más común.

En la actualidad, uno de los principales cánceres a nivel mundial es el cáncer de mama, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2022 fallecieron 670 000 personas por cáncer de mama (CA) en todo el mundo, siendo este tipo de cáncer uno de los más comunes entre las mujeres, evidenciándose que a nivel mundial se diagnosticaron 2.3 millones de casos de cáncer de mama en mujeres (OMS, 2024). Es claro que el cáncer de mama es una de las principales causas de muerte por enfermedades no transmisibles a nivel mundial, por lo que es un problema de salud pública muy importante.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las Américas el cáncer de mama es la segunda causa de muerte (15,7%) y es de los cánceres de mayor frecuencia en mujeres (26,1%). La Organización de las Naciones Unidas (ONU) refiere que se prevé que para el 2050 las estadísticas sigan en aumento hasta un 38% en todo el mundo, las muertes anuales por esta enfermedad aumentaran en un 68%, y la carga impactará de forma desproporcionada en los países de renta baja y media, donde el acceso a la detección precoz, el tratamiento y la atención sigue siendo limitados (ONU, 2025). En México el cáncer de mama es la neoplasia más común entre las mujeres, en 2023, hubo 8,034 muertes por cáncer de mama en la población de 20 años y más, y el 99.5 % fue del sexo femenino (INEGI, 2024).

La OMS (2024) ha descrito que el cáncer de mama es una enfermedad cuyo desarrollo es caracterizado por la alteración en las células de la mama, las cuales se multiplican sin control y forman tumores que, de no tratarse, pueden propagarse por todo el cuerpo y causar la muerte, comúnmente estas células cancerosas comienzan a desarrollarse dentro de los conductos galactóforos o de los lobulillos que producen leche del seno. El cáncer en estadio 0 (in situ) no es potencialmente letal y se puede detectar en fases tempranas, pero las células cancerosas se pueden propagar al tejido mamario cercano (invasión), y esto produce nódulos o engrosamiento, y los cánceres invasivos pueden propagarse a los ganglios linfáticos cercanos o a otros órganos a esto se le tipifica como metástasis la cual puede poner en peligro la vida y ser letal (OMS, 2024).

Aunque los avances han identificado algunos factores de riesgo, aproximadamente la mitad de todos los casos de cáncer de mama afectan a mujeres que no tienen factores de riesgo específicos aparte del sexo y la edad (OMS, 2024), y otra parte, se ha revelado que, en los últimos años, su prevalencia ha aumentado por falta de conocimiento y concienciación sobre la prevención y detección temprana (Cuenca Gallego, et al., 2025).

En este contexto, directamente para la mujer el vivir y padecer cáncer de mama resulta ser una experiencia agobiante, desalentadora y extremadamente generadora de sentimientos negativos, de malestar físico, psicológico, social y espiritual ante el diagnóstico y la vivencia de este problema de salud. Sin duda alguna, el cáncer de mama impacta de manera significativa en el vivir de las mujeres, con manifestaciones que modifican diversos aspectos de su vida (Cruz-Bautista, et al., 2022), esta enfermedad le afecta todas sus dimensiones como persona, el solo hecho de vivir la sospecha es estresante y esto se acentúa mucho más cuando se corrobora y se recibe el diagnóstico. Se ha descrito que tan solo el escuchar la palabra “cáncer” puede crear sentimientos intensos e inesperados en la mujer la cual se ve afectada en lo físico, psicológico, social, sexual, laboral, económico, etc. (Riquelme, 2006).

En estos escenarios, históricamente el profesional de enfermería ha representado un papel de suma importancia en el cuidado de las mujeres con cáncer mamario, desde la promoción, prevención, cuidado y rehabilitación de la enfermedad. La enfermería como disciplina encargada del cuidado, en su praxis, ha mostrado que

existe una relación enfermera-paciente que le permite conocer los sentimientos y creencias para comprender las necesidades humanas (Cruz-Bautista, et al., 2022) de la mujer diagnosticada con cáncer de mama. Ha sido evidente que para estos casos el actuar de enfermería está planteado “desde y para la mujer” (Riquelme, 2006), pero, ¿en qué momento se comprende el cuidado del cáncer de mama “para la mujer profesional de enfermería”? Comúnmente el estudio de los procesos que se relacionan con el cuidado y atención a la mujer con cáncer de mama van encaminados a la mujer en general, pero, es importante para perfeccionar la práctica de cuidado en este tipo de enfermedad comprender el significado que el profesional de enfermería le atribuye a sus experiencias vividas ante el diagnóstico del cáncer mama.

El panorama ante la enfermedad es más complejo cuando las experiencias de cuidado y los conocimientos ante el desarrollo del proceso patológico están presentes y se entrecruzan en la mujer que vive estas experiencias, como es el caso de la mujer profesional de enfermería. En este sentido, en esta investigación, el fenómeno de estudio fue explorado, reflexionado y comprendido desde la voz del profesional de enfermería que vive la experiencia del cáncer de mama, con la finalidad de dar respuesta a la cuestión de investigación; ¿Cuál es el significado de vivir con cáncer de mama de la mujer profesional de enfermería? las descripciones de estas experiencias vividas serán piedra angular para impulsar una reflexión y análisis en cada proceso de cuidado desde la subjetividad, individualidad e integridad del ser de la enfermera y del ser de la mujer con cáncer de mama. La forma de abordaje filosófico y metodológico ha sido fundamental para dar respuesta a la cuestión de investigación, por ello, la perspectiva fenomenológica resultó ser ideal para entrar en lo profundo de las experiencias de vida del profesional de enfermería diagnosticado con cáncer de mama. Esta filosofía y metodología destaca su potencialidad, ya que permite se visualice la conducta humana, es decir, lo que los sujetos dicen y hacen, como el producto de la definición de su mundo (Silva y Mendoza, 2019, p.92).

En estos escenarios es importante destacar que el cuidado por parte del profesional de enfermería es esencial para lograr atender de manera integral las necesidades de la mujer con cáncer de mama. Riquelme (2006) mencionó que “los profesionales de enfermería identifican a la paciente con cáncer de mama como “un todo” cuyas

necesidades en muchas ocasiones, la convierten en un gran conjunto de temores, dudas, angustias, que la hacen necesitar “una mano amiga”, una palabra de aliento, comprensión y orientación (p.245), pero, se ha pensado ¿qué ocurre en el ser de la enfermera cuando es ella la que se identifica como la paciente con cáncer de mama?, ¿Cómo vive esa experiencia?, que a razón de la literatura es una experiencia cargada de sentimientos negativos en el ser de la mujer diagnosticada, que produce en ellas una gran incertidumbre y sentimientos de falta de control sobre su vida, puesto que consideran a la enfermedad potencialmente mortal (López Cuevas, et al., 2018. p. 1186).

Es por ello, que la experiencia de vivir con cáncer de mama, es un suceso que demanda ser explorado desde las posturas; subjetivas personales y subjetivas profesionales de la enfermería, en este sentido, para lograr el acceso a las experiencias vividas en el estudio se ha destacado las aportaciones de la investigación cualitativa y su método fenomenológico, por lo que se tomó con base el referente filosófico y metodológico propuesto por Martín Heidegger y su visión para la fenomenología interpretativa, la cual constituye un método de investigación útil para el estudio de los fenómenos relacionados con el cuidado, el bienestar, la salud y la enfermedad. El potencial de la fenomenología como método de estudio, es debido a que el cuidado es un fenómeno complejo que involucra la intersubjetividad, lo que permite comprender diversos fenómenos vividos por los seres humanos que requieren de cuidados (Guerrero-Castañeda, et al., 2019). Es así que, la fenomenología como método y filosofía intenta “hacer valer el derecho propio de la experiencia vivida” (Waldenfels, 2009, p. 296), y mostrar esas experiencias desde el sentir y pensar más profundo y subjetivo de la persona que lo está viviendo. En este contexto el objetivo de este estudio fue comprender el significado de vivir con cáncer de mama de la mujer profesional de enfermería.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio cualitativo, con perspectiva fenomenológica interpretativa, tomando como base en referencial filosófico y metodológico de Martin Heidegger, la muestra se conformó de tres

profesionales de enfermería que vivieron la experiencia del cáncer de mama, residentes de Mazatlán, Sinaloa, México. En este estudio se realza el sustento epistémico de la fenomenología, como un método filosófico útil para reconstruir las experiencias de vida de las personas, partiendo de su propio ser y estar en el mundo, resignificando sus experiencias del pasado, y dándole significado en el presente, tal como lo narran las mujeres enfermeras de profesión que vivieron la experiencia del cáncer de mama. La fenomenología permite mirar las cosas por sí mismas, un fenómeno es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo (Heidegger, 2015).

Para la selección de las participantes, se realizó un muestreo intencionado en bola de nieve, y esta fue de acuerdo a las características particulares que permitieran explorar el fenómeno de interés, mujeres enfermeras de profesión que vivieron la experiencia del cáncer de mama, que contaran con la disponibilidad y capacidad de lenguaje o del habla (comunicación), y además que aceptaron participar de forma voluntaria en esta investigación.

El estudio se realizó de octubre del 2024 a junio del 2025. Se inició con la invitación de manera directa a dos de las participantes, con las cuales se estableció el primer encuentro en el mes de noviembre del 2024, se les hizo una visita domiciliaria a cada una en diferentes momentos, se les expuso el propósito del estudio y se explicó claramente cómo sería su participación, se les informó acerca de su derecho a decidir participar o no, se les aseguró se respaldaría el anonimato, garantizando que sus datos personales se resguardarían, además, el estudio se apegó a los criterios éticos para la investigación, respetando los derechos y el bienestar de las participantes, y manteniendo la integridad científica (Grande Ratti, 2024).

Para la colecta de datos se aplicaron entrevistas fenomenológicas, estas entrevistas tienen la particularidad que surgen como encuentros naturales y permiten estar cara a cara durante las conversaciones, estas se dan propiciando la cercanía entre dos personas (entrevistador-entrevistado), en un diálogo que permite a través del lenguaje aprehender un fenómeno (Guerrero-Castañeda, et al., 2017, p.2). Se les solicitó su autorización para la grabación de las entrevistas, explicándoles la importancia de ello, ya que esto permitiría su análisis posterior, se les dejó claro que las narrativas serían manejadas para fines de investigación del fenómeno de interés. Se realizaron

las primeras entrevistas (una a cada participante), al finalizar estas se agendaron las siguientes entrevistas las cuales se programaron en momentos diferentes para ambas, en las siguientes entrevistas una de las participantes propuso invitar a una enfermera más que había vivido la experiencia del cáncer de mama, se le contacto vía telefónica para solicitarle una visita domiciliaria y extenderle la invitación, esta se realizó en el mes de marzo del 2025, durante cada entrevista se cuidó la salud emocional de las participantes, por lo que se les dieron espacios de descanso durante su realización, en total se obtuvieron 13 entrevistas las cuales tuvieron una duración promedio de 40 minutos a una hora, se concluyó la colecta de datos una vez que se llegó a la saturación de la información, es decir, cuando dentro de las narrativas se alcanzó la redundancia en la información, dado que las participantes no mencionaban algo diferente a lo que ya habían dicho acerca del fenómeno de interés (Castillo y Vásquez, 2003, p. 166).

En general a todas las participantes se les otorgó la información necesaria para garantizar su derecho a participar o no, en total participaron en este estudio de manera voluntaria y otorgando su consentimiento informado tres enfermeras, todas en activo profesionalmente hasta el día de su diagnóstico de cáncer de mama y las cuales han concluido con su proceso de atención (quimioterapias, radioterapias y mastectomías) continuando con valoración periódica para seguimiento. En la presentación de los resultados, para mantener la confidencialidad de las participantes se les asignó un seudónimo.

El proceso de análisis se realizó mediante el análisis fenomenológico tomando como base el círculo hermenéutico. La enfermería puede hacer uso del círculo hermenéutico para comprender, a partir de una visión filosófica, los fenómenos en el lenguaje de quienes los experimentan, para desvelarlos y comprender la subjetividad del cuidado (Guerrero-Castañeda, et al., 2019), este proceso de análisis a la luz del círculo hermenéutico permitió partir de una pre-comprensión de la experiencia vivida de las profesionales de enfermería con cáncer de mama, este proceso derivó de la aproximación al fenómeno de interés, la revisión de la literatura resultó ser esencial para dar continuidad a las entrevistas fenomenológicas iniciadoras para la obtención de la información, con ello se logró unir aquellas categorías que dieron sentido a las unidades de significados para

así transitar hacia la comprensión y develamiento del fenómeno de estudio, lo que permitió la interpretación y comprensión del significado de la experiencia vivida ante el cáncer de mama de las enfermeras que participaron en este estudio.

En esta investigación se tomó como base la normativa internacional y nacional en materia de ética para el desarrollo de trabajos de investigación con personas, la Declaración de Helsinki, (2024), las Pautas Internacionales de la CIOMS (2016) y la Ley General de Salud en materia de investigación en México (2014). Se documentó el consentimiento informado debidamente requisitado, se garantizó la confidencialidad y el respeto a la identidad de las participantes, y se les informó acerca de su derecho a desistir de participar en el estudio en el momento que ellas lo consideraran pertinente y en beneficio de sus intereses.

Se aseguraron los aspectos de rigor científico y los criterios de calidad; la credibilidad, ya que para llegar al análisis de la información se transcribieron de manera textual las descripciones hechas por las participantes en cada entrevista grabada sin manipulación alguna (Noreña, et al., 2012, p. 267; Rojas X. y Osorio B., 2017), reconociéndose como datos verdaderos para las enfermeras que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el cáncer de mama. La transferibilidad, dado que se describe densamente el contexto y aquellas características particulares en donde se realizó la investigación, así como de las participantes (Guba y Lincoln, 1981). La auditabilidad, ya que el estudio puede ser examinado por otro investigador permitiendo que los datos puedan replicarse o llegar a conclusiones iguales, siempre y cuando tengan perspectivas similares (Lincoln & Guba, 1985, Huberman y Miles 2000). La relevancia representada por el logro del objetivo planteado en el estudio; comprender el significado de vivir con cáncer de mama de la mujer profesional de enfermería, logrando además que las profesionales de enfermería contaran con un recurso que apoya a un mejor conocimiento del fenómeno, además se logró una percepción subjetiva positiva de las profesionales de enfermería que participaron en el estudio. También se buscó mantener la adecuación teórica-epistemológica que diera correspondencia adecuada del problema por investigar y la teoría existente, y dado por el contraste de la pregunta con el método utilizado que permitieron develar el fenómeno de interés (Noreña, et al., 2012, p.

268). Y la reflexividad ya que se buscó traer a la luz desde la subjetividad y sin preconcepciones el “significado de la experiencia vivida del cáncer de mama de la mujer profesional de enfermería” y que este fuera reconocido y tomado en cuenta tanto por él investigador como por los destinatarios del trabajo de investigación (Calderón, 2002, p.479).

Resultados

Los resultados muestran a la luz de la fenomenología interpretativa de Martin Heidegger, los significados de vivir con cáncer de mama de la mujer profesional de enfermería. La muestra quedó constituida por tres enfermeras, con un promedio de edad de 53.6 años, con una edad mínima de 48 años y una máxima de 58 años, con un nivel académico de maestría para una de ellas, una con licenciatura y una con carrera de nivel técnico, dos de ellas casadas y con hijos, una soltera sin hijos, las tres participantes son enfermeras activas con más de 25 años de antigüedad, dos en instituciones de la Secretaría de Salud y una del Instituto Mexicano del Seguro Social, las tres enfermeras profesan la religión católica. Para la presentación de los resultados a las participantes se les asignó un seudónimo. De las narrativas emergieron tres categorías:

1. Cáncer de mama; una realidad de vida

La experiencia de vivir con cáncer de mama resultó ser una realidad que, aunque no esperada, llegó a la vida de las enfermeras y les requirió entender lo que significa ser y estar en un mundo de posibilidad, de vivir con una enfermedad que puede ser “mortal” como el cáncer de mama, narran que en estos casos el mundo deja de ser inteligible para ellas como enfermeras y como seres humanos.

(E-Ale) ... *“Entendí que no sabía nada de cáncer, no sabía nada, me quité el título de enfermera para poder recibir y seguir con mi proceso y atención”*

(E-Mily) ... *“El cáncer de mama no era lo que yo sabía y veía... dejé de ser yo, la enfermera, para ser una paciente, aunque...si fue difícil, de ratos pensaba en lo que venía”*

En el cotidiano de vida de la enfermera, se vivencian procesos de cuidado que dejan a un lado lo común de esta profesión (que el cuidado sea enfermera-paciente) para mostrar esas experiencias vividas en las que la enfermera enfrenta a la enfermedad como un “fenómeno existencial” que le resta la posibilidad al Dasein (Heidegger, 2015). Es pues que, en sus narrativas describen esas experiencias de vida como solo pensadas, observadas y significadas en las vivencias de sus pacientes, pero, hoy forman parte de su existir, de su “ser ahí” en el mundo, un mundo de posibilidades.

(E-Ale) ... *“había visto irse a varias mujeres por este problema, jóvenes ... para mí el cáncer era una probabilidad de morir...nunca pensé en que yo viviría eso, no vi esa posibilidad”*

(E-Susana) ... *“No podía creer que eso fuera verdad, ¿cáncer de mama yo?... no tuve miedo, pero... si pensé y me pregunte, ¿voy a morir?”*

Para Heidegger el “ser ahí” también llamado ser humano, no es un ser aislado, sino que siempre está inmerso en un mundo, en el cual se relaciona con él y con los otros para comprender y darle sentido a su existencia (Heidegger, 2015), las enfermeras que vivencian el cáncer de mama están inmersas en un mundo de posibilidad de ser y estar, que determinan la probabilidad de su existir.

2. Cáncer de mama; aprendizaje para la vida

Las enfermeras se reconocen como seres con cambios profundos en sus perspectivas de vida, en la cual están aprendiendo a vivir y sobrevivir con el cáncer de mama. Este proceso implica grandes cambios en la forma de relacionarse con ellas y con los otros, de apreciar y priorizar siempre su bienestar.

(E-Susana) ... *“Vi en la enfermedad una manera de aprender, aprender a luchar, a ser fuerte, siempre he sido, pero esta vez tenía que ser más”*

(E-Ale) ... *“No me imaginaba lo que pasé, aprendí mucho, a dejarme llevar, tener autocontrol, a sentir la quimio desde mi brazo, al estómago y mi pecho ... era atenderme para seguir”*

(E-Mily) ... *“El cáncer es una forma de enseñarte lo importante de explorarte, de conocerte, de darte cuenta cuando algo no estaba, no lo sentías, aprender también a autocuidarte”*

Durante el proceso de cuidado se experimentan una gama de situaciones que generan necesidades sentidas en las enfermeras con cáncer de mama y que sin duda dejan grandes experiencias de aprendizaje que abren esa oportunidad para fortalecer la práctica de cuidados. El cuidado humano y comprensivo es un ideal que las enfermeras destacan como una necesidad sentida, el presentarse, el mirar, el comunicar y explicar cada proceso de cuidado son esenciales para afrontar positivamente la enfermedad.

(E-Ale) ... *“El cáncer me permitió ver qué importante es mirar, acercarse a los pacientes cuando uno los atiende, decirles como me llamo... eso casi no lo vi... y también explicarles que es lo que le vamos a hacer, sentía muy seco todo”*

(E-Mily) ... *“Yo era como toda paciente, pero no me explicaban casi nada de lo que me hacían, sientes más miedo, con la quimio no me dijeron si sentiría algo ... pero ya sé que se siente”*

(E-Susana) ... *“las compañeras les informaban todo a las otras pacientes... a mí no, pensaban, ella es enfermera sabe todo, pero no, no sabía todo de esta enfermedad”*

La enfermera que cursa con enfermedades como el cáncer debe ser vista como un “ser ahí” que existe en el mundo, con necesidades de cuidado para alcanzar la cura del Dasein (Heidegger, 2015). Esto implica cuidado integral y humanizado para darle oportunidad a la existencia de sí y con los otros.

3. Cáncer de mama; una oportunidad “existenciaría”

Para la mujer enfermera que vivencia la experiencia del cáncer de mama, todo lo que conlleva el proceso de tratamiento desde los más complejos; invasivos y dolorosos, hasta aquellos que parecieron sencillos como descansar, comer y convivir en familia, fueron significados como procesos que les permitieron lograr una oportunidad de ser y estar en el mundo, en el cual el cáncer de mama llegó a formar parte de su existencia. En sus narrativas describen:

(E-Mily)... *“Mi primera impresión fue, debo hacerme mis exámenes, atenderme, mis quimios, radios, porque el cáncer no da oportunidad, bendito Dios tuve esa oportunidad, y aún sigo aquí”*

(E-Ale) ... *“Me dijeron cáncer de mama... me sorprendí... ore y pensé, será duro, pero nunca dejé mi tratamiento por más difícil que fueran, confíe en Dios, y tengo una nueva oportunidad de vida”*

Para las enfermeras utilizar sus recursos espirituales, su fe, su confianza en Dios fueron parte importantes en la forma de afrontar la experiencia de vivir con el cáncer de mama. la espiritualidad fue símbolo de ayuda para enfrentar la enfermedad. En algunos estudios se ha mostrado que la espiritualidad conecta la mente y el cuerpo con lo trascendente, lo que corresponde a una visión holística integradora, brindando la oportunidad de disminuir el sufrimiento psicológico (Sales do Amaral, et al., 2022).

Discusión

El cáncer de mama es una enfermedad que continúa desafiando a los sistemas de salud en general, se ha demostrado que las mujeres que viven la experiencia de esta enfermedad están rodeadas de situaciones que en la mayoría de los casos son generadoras de sentimientos y percepciones negativas para el desarrollo de su cotidiano de vida. Los estudios señalan la necesidad de reflexionar; que las personas al recibir un diagnóstico de neoplasia maligna se ven rodeados de sentimientos negativos (ira, tristeza, dolor, desesperación), además de sentimientos de incompreensión para su sufrir (Sales do Amaral, et al., 2022). Para el profesional de enfermería vivenciar la experiencia de ser diagnosticada con cáncer de mama le sugiere una manera muy particular de darle significado a la experiencia de vivir con esta enfermedad, como una realidad no contemplada pero presente en su existir hoy y para el futuro, en este sentido, se ha descrito que las perspectivas de convivir con el cáncer de mama generan la necesidad de adaptarse y sobrevivir en su nueva forma de ver y vivir la vida acompañada de una patología (Mejía-Rojas, et al., 2020) no esperada como es el cáncer de mama.

En estos escenarios, el cáncer de mama surge como una experiencia de vida transformadora para el ser de la enfermera que lo padece, las cuales son significadas como lecciones que emanan aprendizajes para la vida, en este contexto, Cruz-Bautista, et al. (2022) coincide con esto al referir que las mujeres suelen ver el proceso del cáncer como un aprendizaje de vida, ya que se crea un cambio en su persona tanto interior como exteriormente, además tienen una percepción diferente de su vida lo que las hace disfrutar cada momento y valorarlo.

El cuidado humanizado y comprensivo se destaca como un ideal, como una necesidad sentida por las enfermeras con cáncer de mama, es importante destacar que la comunicación es parte del proceso de cuidado esencial para ayudar a afrontar positivamente la enfermedad. Humanizar el cuidado implica realizar acciones a favor de atender las necesidades y demandas del paciente, es necesario tratar a los enfermos de cáncer con afectividad, empatía y que se consideren necesidades vitales como el amor, la compañía, el deseo de comunicarse, de ser respetado y comprendido (Moro Gutiérrez & González Fernández Conde, 2022).

La mujer enfermera que vivencia la experiencia del cáncer de mama, se enfrenta a procesos de tratamiento diversos, complejos, invasivos y dolorosos, estos fueron significados como elementos esenciales para atenderse del cáncer de mama, procesos que les permitieron una oportunidad de ser y estar en el mundo, en cual el cáncer de mama formaba parte de su vivir. El tratamiento oportuno del cáncer de mama es fundamental para lograr vencer a esta enfermedad y tener oportunidades de vida, sin embargo, en algunos casos el retraso en el inicio del tratamiento, la falta de medicamentos, entre otros aspectos, reducen la oportunidad de ganarle la batalla al cáncer de mama. Existe estudios que refieren la necesidad de realizar intervenciones que permitan reducir los retrasos en el inicio del tratamiento para mejorar la supervivencia en pacientes con cáncer de mama (Aguirre-Acuña, et al., 2022).

Por otra parte, se ha mostrado que la espiritualidad es asumida como una forma de hacerle frente a la enfermedad, en su sentido más amplio, se refiere al significado que los pacientes encuentran en sus vidas, especialmente en momentos de estrés, enfermedad y muerte. Sin duda alguna, la enfermedad puede desencadenar profundos problemas existenciales que podrían generar profundo sufrimiento y angustia (Puchalski, 2012). Para las enfermeras el vivir la experiencia del cáncer de mama les llevó a destacar en lo más íntimo, su espiritualidad, su fe y confianza en Dios, estas herramientas de afrontamiento les ayudaron a transitar por esos procesos de cuidados sencillos y complejos. En algunos estudios se ha descrito que la espiritualidad suele ser un mecanismo de afrontamiento a la enfermedad (Pérez-Hernández, et al., 2019), por ello, el bienestar espiritual, puede ser considerado un factor protector para afrontar la enfermedad (Ascencio-Huertas y Flores-González, 2025), siendo

también una estrategia que se apoya con las intervenciones de los profesionales de la salud en busca de lograr el bienestar de las mujeres enfermeras con cáncer de mama.

Conclusiones

El cáncer de mama es de las enfermedades oncológicas más frecuente en mujeres y causante de un número importantes de muertes para este género, sus estadísticas muestran su importante incremento en los últimos años, en este contexto, la investigación de este fenómeno de manera integral sigue siendo esencial.

En este sentido, el estudio de este problema de salud desde abordajes cualitativos son pieza clave para ampliar el conocimiento sobre este fenómeno. En este escenario, la fenomenología como método y filosofía interpretativa para los fenómenos relacionados con el cuidado enfermero han sido de gran valor para visibilizar, comprender e interpretar en un sentido amplio las necesidades más humanas de las personas, para este caso la subjetividad de la mujer enfermera que vive la experiencia del cáncer de mama. Es evidente que las características humanas de la disciplina han sido una herramienta que la enfermera destaca para vivir y afrontar la trayectoria patológica del cáncer de mama. El profesional de enfermería al enfrentar un proceso patológico no esperado en su “ser ahí” en el mundo, vivencia diversas reacciones ante la enfermedad y la muerte, como dimensiones presentes en su existencia y que le obligan, a explorar contextos de cuidados diversos en donde igual que cualquier mujer con cáncer de mama ocupan de “una mano amiga” que les haga sentir comprendidas como seres existenciales con necesidades bio-psico-sociales y espirituales. Los resultados mostraron que reconocer y aplicar los recursos espirituales es una fortaleza en cada uno de los procesos de cuidado y se significan como factores positivos para el afrontamiento de las mujeres enfermeras con cáncer de mama.

Por otra parte, aun cuando el cáncer de mama es una enfermedad cuya trayectoria ha hecho evidente su gran impacto en la salud de las mujeres, y además su tendencia epidemiología es al incremento, existen aún escasa literatura en los últimos cinco años, que permita innovar en los procesos de cuidados integrales para la mujer que cursa con esta patología, sobre todo, no se encontraron

estudios que aborden este fenómeno desde las experiencias vividas de la mujer profesional de enfermería, desde la subjetividad de su ser y estar de la enfermera con cáncer de mama.

Declaración de conflicto de interés y financiamiento

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización y no contaron con financiamiento específico de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación

Referencias bibliográficas

- Aguirre-Acuña, A., Chacón-Chacón, H., Arnedo-Franco, G., Siado-Figueroa M., Alcocer-Olaciregui, A. y Vargas-Moranth, R. (2022). Sobrevida según oportunidad en la atención del cáncer de mama en un centro del caribe colombiano. *Gac Mex Oncol.* 21(3), 81-88 <https://www.scielo.org.mx/pdf/gamo/v21n3/2565-005X-gamo-21-3-81.pdf>
- Ascencio-Huertas, L., & Flores-González, X. (2025). Bienestar espiritual y afrontamiento en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. *Revista mexicana de anestesiología*, 48(1), 39-45. <https://doi.org/10.35366/118366>
- Asociación Médica Mundial. (2024). Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. 75ª Asamblea General, Helsinki, Finlandia. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009&lng=es&tlng=es.
- Castillo, E. y Vásquez, ML (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia Médica*, 34 (3), 164-167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>

- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Cruz-Bautista, K.P., Ortiz-Martínez, A.K., Canizalez-Mendoza, L.C., Cruz-Salas, M.L., Candelas-Macías, R.I., Guerrero-Mojica, N. & Rodríguez-Nava, V.F. (2022). Experiencia vivida subjetiva de mujeres con cáncer de mama en un hospital general. *Ene*, 16(1),1333. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100005&lng=es.
- Cuenca Gallego, R.J., Jiménez Yaure, M.A., Sanmartín Tacurí, J.L., Chamba Tandazo, M.J. (2025). Atención de enfermería en cáncer de mama basada en la teoría de Kristen Swanson: Análisis y aplicación en un caso clínico. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, VI(1) Asunción, Paraguay: p 232
- Diario Oficial de la Federación. (2014, 02 de marzo). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Freter, B. (2017). Nursing as accommodated care: A contribution to the phenomenology of care. Appeal, concern, volition, practice. In: *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice*, (1), 37–49. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61291-1_3
- Grande Ratti M.F., Murature, D., Sánchez del Roscio A., Frei, S., Benítez, S.E. (2024). Ética en investigación cualitativa. *Rev. Hosp. Ital.* B.Aires: 44(1), e0000295 <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44v44i1.295>
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1981). *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Guerrero-Castañeda, R.F., de Oliva Menezes, T.M., do Prado, M.L. (2019). La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Rev. Escola Anna Nery*, 23(4), e20190059, <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0059>

- Guerrero-Castañeda, R.F., Menezes, T.M.O., Ojeda-Vargas, M.G. (2017). Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Rev Gaúcha Enferm*, 38(2), e67458. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>
- Heidegger, M. (2015). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura.
- Huberman, A. & Miles, M. (2000). Métodos para el manejo y el análisis de datos. En: C. Denman y J. Haro. (Comp.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 253-300). Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024, 6 de octubre). Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el cáncer de mama. Comunicado de prensa núm. 599/24. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_LuchaCMama24.pdf
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage publications.
- López Cuevas, Z.C., González Ortega, J.M., Amador García, R.A., Lorenzo Rivera, O., Herrera Fernández, L., & Bello Ávila, L.B. (2018). Cáncer de mama en mujeres jóvenes. Presentación de dos casos. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1186-1196. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400025&lng=es&tlng=es.
- Mejía-Rojas, M.E., Contreras-Rengifo, A., Hernández- Carrillo, M. (2020). *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali*, Colombia: Biomédica, 40:349-61. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
- Moro Gutiérrez, L. & González Fernández Conde, M. (2022). La atención humanizada en el cuidado del paciente oncológico. *Cultura de los Cuidados*, 26(64). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.64.22>
- Noreña, A.L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J.G. & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 13 de marzo). *Cáncer de mama*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

- Organización Naciones Unidas (ONU), (2025, 24 de febrero). *Los casos de cáncer de mama aumentarán casi un 40% de aquí a 2050*. <https://news.un.org/es/story/2025/02/1536736>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). *cáncer*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15716:
- Pérez-Hernández, S., Okino-Sawada, N., Díaz-Oviedo, A., Lordelo-Marinhod, P.M. y Ruiz-Paloalto, L.E. (2019). Espiritualidad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. *Enfermería Universitaria*, 16(2) DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.643> ·
- Puchalski, C.M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology* 23(3), pp.49-55 <https://doi.org/10.1093/annonc/mds088>
- Riquelme, E.B., Sepúlveda, B. y Vargas, V.X. (2006). Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. *Rev. Med. Clin. Condes*. 17(4): 244 – 47, <https://www.elsevieres/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-X0716864006320808>
- Rojas X. y Osorio B. (2017). Criterios de Calidad y Rigor en la Metodología Cualitativa. *Gaceta de pedagogía*. (36). https://www.researchgate.net/publication/337428163_Criterios_de_Calidad_y_Rigor_en_la_Metodologia_Cualitativa.
- Sales do Amaral, L.S., Costa Rosa de Andrade Silva, R.M., & Ramos Pereira, E. (2022). Asociación de la espiritualidad con la calidad de vida de personas con neoplasia maligna. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000300019&lng=es&tlng=es.
- Silva, Y. y Mendoza, L. (2019). Métodos para reconstruir historias de vida a través de la Fenomenología. *Perspectivas: Revista de Historia, Geografía, Arte y Cultura* 7(13), pp: 83-95.
- Waldenfels, B. (2009). Edmund Husserl. En S. Jordan y M. Burkhard (eds.), *Philosophenlexikon* (pp. 269-271). Reclam.

Capítulo 16

Representaciones sociales del cigarro electrónico en jóvenes.

Un análisis cualitativo.

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927701.16>

LUCELY MAAS GÓNGORA

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma del Carmen, México

lmaas@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0001-8081-9830>

JUAN YOVANI TELUMBRE TERRERO

Doctor en Salud Mental

Universidad Autónoma del Carmen, México

jtelumbre@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>

LUBIA DEL CARMEN CASTILLO ARCOS

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma del Carmen, México

lcastillo@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0002-4368-4735>

MANUEL ANTONIO LÓPEZ CISNEROS

Doctor en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma del Carmen, México

mlopez@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0002-9384-5752>

GLORIA MARGARITA RUIZ GÓMEZ

Doctora en Educación

Universidad Autónoma del Carmen, México

gruiz@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0001-6907-4997>

Resumen

Introducción: La lucha contra el consumo de tabaco, nicotina y productos derivados del tabaco, especialmente entre adolescentes y jóvenes, es uno de los mayores problemas de salud pública a los que se enfrenta el mundo en la actualidad. **Objetivo:** Establecer las representaciones sociales sobre el cigarro electrónico en un grupo de jóvenes universitarios. **Material y métodos:** Estudio cualitativo exploratorio, fundamentado en la teoría de las representaciones sociales, la muestra estuvo conformada por 9 jóvenes universitarios entre 18 y 25 años. La información se obtuvo mediante entrevistas, con una guía de preguntas semiestructuradas. El análisis de sigue un enfoque inductivo, utilizando el análisis temático de Braun y Clarke. Todas las etapas de la investigación se apegaron a lo estipulado en reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. **Resultados:** En función del análisis se identificaron tres principales representaciones en las siguientes categorías: 1) Un reemplazo menos dañino, 2) Motivaciones para el consumo y 3) Permisividad y aceptabilidad social. **Conclusiones:** Es importante desmitificar la percepción como una opción segura, reafirmar en los jóvenes las consecuencias dañinas y los riesgos sobre la salud para el consumo habitual o esporádico de los cigarros electrónicos.

Palabras clave: Representaciones sociales. Cigarros electrónicos. Jóvenes. Cualitativo.

Introducción

A nivel mundial uno de los principales desafíos a los que se enfrenta la salud pública es el combate del consumo de tabaco, la nicotina y sus productos, especialmente entre los adolescentes y jóvenes, donde la industria a través del marketing hace que los productos sean atractivos por medio de nuevos sabores y la apariencia de estos; lo que puede contribuir a un consumo a temprana edad, así como a una posible adicción de por vida y con consecuencias para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Se estima que cada año se registran aproximadamente 8 millones de defunciones relacionadas con el consumo de tabaco, concen-

trándose en países de ingresos bajos y medianos, además el costo económico total asciende a más de 1.4 billones de dólares por año, equivalente al 1.8 del PIB anual mundial (OMS, 2025). Además, se destaca que los sistemas electrónicos de administración de nicotina, conocidos como cigarrillos electrónicos han ganado popularidad entre los jóvenes superando el consumo de los adultos, sin embargo, representan un riesgo para salud con implicaciones diversas a un corto plazo, así también su publicidad en las redes sociales se ha vinculado a una mayor intención de uso, así como a una mayor permisividad manifestado en actitudes favorables hacia su consumo (OMS, 2024).

Es preciso mencionar que los cigarrillos electrónicos son la forma más común de los sistemas electrónicos de administración de nicotina, en la región de las Américas 21 países regulan de algún modo los sistemas electrónicos (cigarros electrónicos y vapeadores), ocho prohíben su venta, incluido México y 14 estados siguen sin prohibirlos o regularlos (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Por lo anterior en 2024 se propuso el lema “*Los colores del daño*” con el objetivo de fortalecer el compromiso de todas las organizaciones para abordar el problema del vapeo por medio de un mensaje claro y contundente, por medio de mensajes que permitan fomentar la salud de los jóvenes.

Los jóvenes representan una población de interés debido a factores como la influencia de pares, la exposición a la publicación por medios electrónicos y la búsqueda de la identidad. Según la OMS (2025) los jóvenes es la población comprendida entre 15 y 24 años, en México los jóvenes entre 15 y 19 años representan el 23.8% de la población (INEGI, 2024). En esta población la encuesta Ensanut (2022) reporta el consumo de tabaco en 4.6%, respecto al uso de cigarros electrónicos, se reporta el 2.6% en este mismo grupo.

En este sentido, la relevancia de este estudio radica, no solo en la vulnerabilidad y la proporción de este grupo de edad, también se relaciona con el aumento del uso de este dispositivo en este grupo de edad, esta situación genera la necesidad de explorar aspectos cualitativos, como las motivaciones, percepciones y representaciones de consumo, a fin de contribuir al diseño de estrategias de prevención y educación más efectivas en este grupo de edad.

El presente estudio tiene como objetivo establecer las representaciones sociales sobre el cigarro electrónico en un grupo de

jóvenes universitarios. Las representaciones sociales son un sistema de vivencias, experiencias y saberes que emergen de las interacciones sociales y el contexto cultural, son una construcción colectiva y representan una forma de conocimiento del sentido común (dos Santos, 2022).

Material y métodos

Se trata de un estudio cualitativo exploratorio, fundamentado en la teoría de las representaciones sociales (Arellano y Pérez, 2020). Esta teoría busca comprender cómo los individuos y grupos construyen significados compartidos sobre objetos sociales, en este estudio respecto al cigarro electrónico. Se basa en métodos inductivos para generar conocimiento a partir de las experiencias subjetivas de los participantes (do Santos (2022).

La población estuvo conformada por jóvenes universitarios entre 18 y 25 años. El muestreo fue no probabilístico, intencional que representaran la diversidad en términos de uso y género, también se procuró que los participantes tuvieran facilidad para expresar ideas. Se realizó una invitación directa. La muestra estuvo conformada por 12 participantes, 8 mujeres y 4 hombres, 5 consumidores esporádicos y 7 no consumidores.

Instrumentos de medición

La información se obtuvo mediante entrevistas, con una guía de preguntas semiestructuradas, con flexibilidad para profundizar en las respuestas, si era necesario. Las preguntas detonantes fueron ¿Qué imágenes o ideas tienes sobre en cigarro electrónico?, ¿Qué opinión tienes sobre el uso de cigarro electrónico en los jóvenes? y ¿Qué opinan tus amigos o familia sobre su uso? También se elaboró una ficha de datos sociodemográficos y diario de campo del investigador para notas observacionales. Todos los instrumentos se validaron por pares expertos en metodología cualitativa. Los participantes estuvieron informados sobre el objetivo del estudio y se tomó como base lo establecido en el Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2024) que establece que toda investigación donde se

cuenta con participantes humanos se debe cumplir con estándares éticos que promueven y aseguran el respeto de todos los participantes y protegen su salud y sus derechos. Además de apegar a la Norma Oficial Mexicana 012 (Secretaría de Gobernación, 2013), que establece que los criterios administrativos, éticos y metodológicos que son obligatorios en proyectos o protocolos con fines de investigación, con el objetivo de garantizar el bienestar e integridad física de las personas que participan. El protocolo fue aprobado por el comité científico de la institución educativa.

El análisis de sigue un enfoque inductivo, utilizando el análisis temático de Braun y Clarke (Escudero, 2020), que propone seis etapas, que para este estudio fue realizada por dos de los responsables de la investigación; 1) Familiarización, que consistió en la lectura repetida de las transcripciones; 2) Codificación inicial, se identificaron códigos abiertos, enfocados en el objetivo del estudio ..., 3) Generación de temas, se agruparon los códigos en temas y subtemas, buscando patrones en cada entrevistado, 4) Revisión y refinamiento, se verificaron los temas más representativos, 5) Interpretación, se identifican relaciones considerando el contexto cultural y social de la población, 6) Reporte: se presentan los hallazgos y los códigos que la acompañan. Se asegura la calidad, mediante triangulación de pares.

Resultados

En función de los resultados, emergieron las siguientes categorías que se presentan a continuación:

Categoría I.- Un reemplazo menos dañino

En esta categoría se incluyen códigos que alude a la forma en la cual el consumo de cigarro electrónico es percibido por los jóvenes, donde se destacan dos concepciones, la primera y más significativa es que el cigarro electrónico es visto como una alternativa al cigarro convencional, dado que se cree que tiene menos efectos y dependencia en comparación y por lo tanto menos daños para la salud. La segunda concepción que emerge indica que el cigarro electrónico es visto como una alternativa para dejar de fumar y mantenerse en

periodo de abstinencia, dado la forma en la cual se puede consumir y moderar la cantidad consumida y que produzca los mismos efectos que el cigarro convencional, no obstante, estas representaciones se construyen socialmente y son el resultado de múltiples factores. Estos aspectos son reafirmados en los siguientes códigos:

...se ha promocionado como una alternativa menos dañina que el tabaco, pero en realidad, siguen siendo perjudicial para la salud... OAAA-Mujer

...algunas personas los utilizan como una alternativa para dejar de fumar, pues suelen contener menos sustancias tóxicas en comparación con el tabaco convencional... ASJC-Hombre

...se consideran una alternativa menos perjudicial que los cigarrillos tradicionales, aún representan riesgos significativos para la salud... AGCC-Mujer

...pienso que el uso de cigarrillos electrónicos se ha vuelto muy común porque muchos creen que son menos dañinos ... CPLE-Hombre

...es una alternativa para dejar de fumar

cigarros tradicionales pues es una terapia de reemplazo... JM-GL-Mujer

... los empezaron a usar con el fin de que como no era humo de algo que se quemaba no era dañino... GJPA-Mujer

...algunas personas piensan que no hace ningún daño al cuerpo... OAAA-Mujer

...me pareció algo inofensivo, ya que muchos dicen que “no hace daño” o que “solo es vapor”... ACUC-Mujer

...algunas personas los utilizan como una alternativa para dejar de

A continuación, se presenta la siguiente nube de palabras que sustenta esta categoría:

Figura 1. Nube de palabra de la categoría un reemplazo menos dañino



Fuente: elaboración propia, 2025.

Categoría II.- Motivaciones para el consumo

La segunda categoría incluye los principales motivos por los cuales los jóvenes consumen CE, donde se pueden destacar dos aspectos fundamentales: el primero ligado a la parte social como una forma de interactuar, socializar y encajar en el grupo de amigos, esto como una forma de moda. El segundo aspecto que señalan está ligado al aspecto psicológico, donde el CE ayuda a relajarse y es utilizado como una forma de disminuir niveles de estrés y ansiedad experimentada por los jóvenes. Estos aspectos se evidencian en los siguientes códigos:

...si he tenido experiencias con el cigarro electrónico... han sido solamente para probar y también para verme bien, ya que muchas veces hacemos cosas solo para encajar con nuestro círculo social... DP-CL-Mujer

...mucha gente lo hace por moda y realmente no saben las consecuencias que puede traer utilizar eso... DPCL-Mujer

...siento que tanto el cigarro normal como el cigarro electrónico son iguales, ambos llevan a cabo el mismo objetivo, saciar el ansiedad, moda o hobbies... DPCL-Mujer

...algunas personas los usan solo por moda o para encajar en ciertos grupos... CPLE-Hombre

...algunas los utilizan para relajarse o para dejar el cigarro tradicional, mientras que otros los ven como una moda... AGCC-Mujer.

sumido, además de resultar una forma de cuidar el medio ambiente y sentirse adultos, no obstante, los daños son minimizados por los jóvenes. Estos aspectos se evidencian en los siguientes códigos:

...uno de los mayores problemas es que se perciben como inofensivos... OAAA-Mujer

...su fácil acceso y los diversos sabores han hecho que muchas personas que nunca habían fumado empiecen con los cigarrillos electrónicos... OAAA-Mujer

...es un producto que no está controlado; los menores de edad son uno de los principales consumidores de estos productos... ASJC-Hombre

...porque vienen en sabores llaman la atención... CPLE-Hombre

... las personas que nunca han fumado deberían evitar iniciarse en el vapeo... AGCC-Mujer

... los diferentes sabores hacen que sea más atractivo y fácil de consumir en cualquier momento... JMMD-Hombre

...creo que la falta de regulación y la desinformación han contribuido a que muchas personas los vean como inofensivos... JMMD-Hombre

...según el marketing son más seguros que los cigarrillos normales... DPIP-Mujer

... lo único que he hecho es sentir el olor cuando lo expulsan porque según tienen varios sabores y

he olido el de sandía... JMMD-Hombre

...creo que es lo mismo que un cigarrillo normal disfrazado de ecofriendly, como muchas otras cosas que se inventan con ese lema y al final no lo son... GJPA-Mujer

...ellos (amigos) se dejan llevar por la curiosidad del producto y después de ser consumido, pues se dan cuenta que el usarlos los vuelve más interesantes o se sienten grandes (adultos) consumiéndolos...

AFRC-Hombre

A continuación, se presenta la siguiente nube de palabras que sustenta esta categoría:

Figura 3. Nube de palabra de la categoría permisividad y aceptabilidad social



Fuente: elaboración propia, 2025.

Discusión

En función de la primera categoría “*Un reemplazo menos dañino*”, estos datos concuerdan con lo identificado por Mateo y colaboradores (2023) quienes realizaron un estudio cualitativo en jóvenes de Santiago, República Dominicana, identificaron la categoría modo terapéutico donde los jóvenes señalan “*yo conocí una persona que comenzó, que quería dejar el cigarrillo y comenzó a usar el CE y lo terminó dejando*” y que “*hace menos daño*”. En este mismo sentido Villanueva-Blasco, et al., (2023) en Valencia España muestran que los jóvenes consideran “*pienso que al menos para la gente que quiere dejar de fumar puede ser una solución, como un tránsito*” y “*es una mejor alternativa para continuar fumando, pero me parece engañoso porque en el fondo sigues fumando*”, esto muestra las concepciones que se tienen sobre el uso del CE en los jóvenes. Es preciso mencionar la asociación entre las percepciones de CE y el consumo alguna vez en la vida y en el último año, dado que son considerados menos peligrosos y adictivos, además de que pueden ayudar a dejar de fumar (Páez, et al., 2021).

Estos hallazgos pudieran estar asociados a la gran cantidad de información que ha generado en los últimos años sobre los CE, lo que ha generado un clima de confusión sobre su composición, efectos y uso en los jóvenes, lo que repercute en la forma en la cual

las personas conciben el uso del CE en comparación con el cigarro convencional (Sánchez, 2025). Además, se debe considerar que la comercialización ha incrementado la demanda de información sobre la composición de los CE, donde algunos mensajes presenten poca claridad y son contradictorios, ya que se ha concebido que los CE son considerados como un método para reducir el consumo de tabaco o dejar de fumar, además de la posibilidad de poder ser utilizados en lugares donde está prohibido (Osses Rivera, et al., 2024).

Además, se ha identificado una variación en la percepción del riesgo de los CE, principalmente entre fumadores y no fumadores, donde los primeros tienen una menor percepción de los riesgos para la salud en comparación con los no consumidores. Además, las personas que no han consumido CE han consultado información sobre su composición y efectos a corto, mediano y largo plazo, lo que influido en su no consumo (Castillo, et al., 2024).

En consonancia con los resultados de la segunda categoría “*Motivaciones para el consumo*”, Mateo et al., (2023) en su investigación destacan afirmaciones como “*Me calma, me quita el hambre y el estrés*”, “*Ayuda con la ansiedad, aunque traiga otras consecuencias*”, da “*Felicidad y placer*” y “*Quita el sueño y ayuda a concentrarse*”, aspectos ligados a una satisfacción psicológica principalmente. Por el contrario, Villanueva-Blasco et al., (2023) identificó que los principales motivos para el consumo de CE, está ligado a aspectos sociales lo que se evidencias en los siguientes códigos “*Pues fue sobre todo al empezar la Facultad con las amistades... empezamos a salir a las fiestas y a consumir, y con el tiempo lo he hecho de forma habitual*”.

Osses-Rivera, et al., en Colombia (2024) analizó las representaciones sociales y las prácticas de consumo de sistemas electrónicos de administración de nicotina, donde se identificaron como razones principales la aceptación social y el mantenimiento de relaciones sociales, además de motivos socioemocionales principalmente como una forma de huir de los problemas o sentirse seguro socialmente, lo que se sustenta en las siguientes afirmaciones: “*No sé, tal vez en el momento todo el mundo fumaba, todo el mundo era “Bajemos a fumarnos un cigarrillo”, salir de una clase y “¡Vamos a fumar!” y Cuando uno está muy ansioso recurrimos a ciertos vicios, en época de parciales yo recurro a vapear; yo creo que una semana de parciales no puede ser un motivo para no dejar de vapear.*

Estos datos pudieran estar asociados al rápido incremento del uso de CE al menos en los últimos cinco años entre los adolescentes y jóvenes y el valor de conexión social que pudieran asignar en la relación con el grupo de iguales, sin dejar de lado que también se asocian a la satisfacción psicológica como una mecanismo para afrontar estados emocionales que se pudieran experimentar en esta etapa (Harrell, et al., 2019). Resulta importante señalar que el consumo de CE puede representar un símbolo de moda entre los jóvenes influenciada por factores como la presión social, la curiosidad y la sensación de relajación (Villanueva-Valverde, et al., 2024), siendo factores que incrementan el consumo entre los jóvenes, por lo que resulta fundamental promover campañas educativas enfocadas a la prevención, además de implementar intervenciones en este grupo poblacional para visibilizar los efectos del consumo de CE (Ocasio-Peña, et al., 2023).

Finalmente, en la tercera categoría “*Permisividad y aceptabilidad social*”, los hallazgos de la investigación concuerdan con lo reportado en Singapore (Tan, Tan y Van Der, 2024.) donde los participantes describieron que el vapeo es muy atractivo por la amplia variedad de sabores, lo que coadyuvo a entablar conversaciones con el grupo de iguales, expresado de la siguiente forma: *cuando conoces a alguien que vapea y le dices: “¿Has probado este otro sabor?”. Entonces, simplemente conectas con él.* En este mismo sentido Smith y Hilton en Reino Unido (2023) señalan que lo participantes discutieron la variedad de sabores de cigarrillos electrónicos disponibles, destacando que los sabores dulces y afrutados son particularmente atractivos para los jóvenes, evidenciado en los siguientes códigos: *Porque a los jóvenes, como nosotros, les parecen bien los de sabor, así que los prueban y empiezan a vapear, creo que los sabores de helado o dulces están dirigidos a los jóvenes, porque la mayoría de las personas de entre 30 y 40 años probablemente usarían el de tabaco o el de café, creo que ofrecer sabores como uva y arándano atraerá a la gente joven al mercado* Smith y Hilton en Reino Unido (2023).

En consonancia con lo anterior se destaca que el consumo de CE se relaciona con la experimentación y la disponibilidad de sabores existentes en el mercado ganando popularidad en la comunidad juvenil, además de la nula o escasa regulación sobre el consumo en lugares públicos, aspectos que pudieran condicionar la permisividad de los jóvenes (Osses-Rivera, et al., 2024). Bajo esta misma línea

Harrell, et al., (2019) señalan que los jóvenes experimentan un refuerzo positivo asociado al consumo de CE, donde se hace hincapié en experiencias novedosas como los trucos de vapeo, los sabores únicos y los distintos niveles de nicotina que pueden obtener al consumirlos.

Además, se ha creado una falsa idea de inocuidad y de apoyo para la cesación tabáquica en jóvenes lo que ha aumentado el consumo, asociado a los miles de sabores y colores, que día con día captan la atención de nuevos clientes, lo que pudiera desencadenar una serie de afecciones pulmonares a mediano y largo plazo (Calderón-Cortés y Henríquez, 2023). En México desde 2008 existe una prohibición de la venta, distribución y promoción de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina, anteriormente denominados cigarros electrónicos y ahora sistemas de vapeo, sin embargo ha sido punto de discusión entre los sectores sociales, actualmente presentando desafíos importante que deben ser atendidos como la aparición de usuarios duales, que usan tanto cigarro convencional como electrónico, siendo un desafío global para la salud a nivel nacional e internacional (Barrientos-Gutiérrez, et al., 2023).

Conclusiones

El análisis de las representaciones sociales del cigarro electrónico entre los jóvenes universitarios participantes revela tres categorías principales. Se tiene como construcción colectiva que los cigarros electrónicos son una alternativa más segura al cigarro convencional, consideran que el cigarro electrónico es inofensivo debido a su sabor agradable, la falta de olor a tabaco y la creencia de que contiene menos sustancias dañinas. Sin embargo, los vapeadores pueden contener nicotina en niveles comparables o incluso superiores a los cigarros tradicionales, así como otras sustancias tóxicas. Las experiencias revelan que muchos jóvenes comienzan a vapear por curiosidad o presión de grupo, pero en poco tiempo desarrollan una dependencia física y emocional. Además de utilizar el vapeo como mecanismo para aliviar el estrés o la ansiedad. Existe una falta de información clara, accesible y adaptada a los jóvenes sobre los verdaderos efectos del cigarro electrónico.

En términos teóricos, este estudio confirma la utilidad del análisis de las representaciones sociales, para comprender las percepciones de un grupo social. Aspecto importante para el análisis de intervenciones de educación y promoción de la salud.

Referencias

- Arellano C.A.C. & Perez B.A.E. (2020). Las representaciones sociales en el estudio de la lengua, cultura y sociedad. Ed. Universidad de Colima.
- Asociación Medica Mundial. (2024). Declaración de Helsinki de la AMM. principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barrientos-Gutiérrez, I., Cruz-Jiménez, L., Gallegos-Carrillo, K., Arillo-Santillán, E., Rodríguez-Bolaños, R., & Thrasher, J. F. (2023). Aceptabilidad de propuestas de regulación de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina entre consumidores en México. *Salud Pública De México*, 65(1, ene-feb), 36-45. <https://doi.org/10.21149/12896>
- Calderón Cortés, M. I., & Henríquez, G. M. (2023). Consumo de cigarrillos electrónicos dentro de la noción de reducción del daño: un juego de la industria que debemos terminar. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.ccen>
- Castillo, H., Eugenia, M., Rodríguez, C., Wild, M., & Llambí, L. (2024). Percepción del riesgo de consumo de tabaco, marihuana y cigarrillo electrónico en jóvenes uruguayos de entre 15 y 21 años. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 9.
- Dos Santos, E. A., & Campos, P. H. F. (2022). As representações sociais como teoria e como prática. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, 32(2), 181-190.
- Escudero, C. (2020). El análisis temático como herramienta de investigación en el área de la Comunicación Social: contribuciones y limitaciones. *La trama de la comunicación*, 24(2), 89-100.

- Harrell, P. T., Brandon, T. H., England, K. J., Barnett, T. E., Brockenberry, L. O., Simmons, V. N., & Quinn, G. P. (2019). Vaping expectancies: a qualitative study among young adult nonusers, smokers, vapers, and dual users. *Substance abuse: research and treatment*, 13, 1178221819866210.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). Estadísticas a propósito del día Internacional de la Juventud. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_JUV24.pdf
- Instituto Nacional de Salud pública. (2024). La salud de los mexicanos en cifras: resultados de la Ensanut 2022. <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-salud-de-los-mexicanos-en-cifras-resultados-de-la-ensanut-2022>
- Mateo, F., Saldaña, J. A., Santana, L., Sánchez, J. J., & Capestany, C. (2023). Estudio cualitativo del uso de los cigarrillos electrónicos en los estudiantes universitarios. *Ciencia y Salud*, 7(3), 13-21. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2629>
- Ocasio-Peña, Carolina, Hernández-Morla, Ubalmi, Cartagena-Nieves, William J., & Arroyo-Acevedo, Hiram V.. (2023). Vaporizadores en adolescentes: factores asociados, prevalencia, y perspectiva comunitaria de la promoción de la salud. *Horizonte sanitario*, 22(1), 117-123. Epub 16 de diciembre de 2023. <https://doi.org/10.19136/hs.a22n1.5052>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Día Mundial Sin Tabaco 2025: Desenmascaremos su atractivo. <https://www.who.int/es/news/item/11-11-2024-no-tobacco-day-2025--unmasking-the-appeal>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Tabaco: cigarrillos electrónicos. Tabaco: cigarrillos electrónicos (who.int)
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Tabaquismo. https://www.who.int/es/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Ocho países de las Américas prohíben los cigarrillos electrónicos. <https://www.paho.org/es/noticias/25-8-2023-ocho-paises-americas-prohiben-cigarrillos-electronicos>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). Campaña “Los Colores del Daño” 2024: un llamado a la concientización sobre los peligros del vapeo. <https://www.paho.org/es/noticias/1-6->

- 2024-campana-colores-dano-2024-llamado-concientizacion-sobre-peligros-vapeo
- Osses Rivera, S. L., Lüchau Hernández, M., Perdomo-Patiño, G., Pulido Álvarez, A. C., Borrero Roldán, E., Botero Ruge, M. C., & García Durán, M. C. (2024). Representación social y prácticas de consumo de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina en población universitaria de Bogotá (Colombia). *Investigación y Desarrollo*, 32(2), 93-125
- Páez C., Santiago, Orellana H., Daniel Ignacio, & Nazzal N., Carolina. (2021). Percepción y prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos en estudiantes de Medicina. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 37(4), 275-284. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482021000300275>
- Retana, M. P. (2024). Primeros auxilios psicológicos: un recurso de salud mental al alcance de todos. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud (RHCS)*, 10(3), 176-177.
- Sánchez, L. A. P. (2025). Determinantes de la demanda de cigarrillos en Panamá: evolución reciente. *Boletín de Coyuntura*, (44), 27-35.
- Secretaría de Gobernación. (2013). Norma Oficial Mexicana 012. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
- Smith MJ, Hilton S. Youth's exposure to and engagement with e-cigarette marketing on social media: a UK focus group study. *BMJ Open* 2023;13:e071270. doi:10.1136/bmjopen-2022-071270
- Tan, G. P. P., Tan, X. Z., & van der Eijk, Y. (2024). "If I could try it, I'd try it": Qualitative study of the illegal vaping culture in Singapore. *Addictive Behaviors Reports*, 20, 100556.
- Villanueva-Blasco, V. J., Akardas, M., Folgar, M. I., & Rey-Pino, J. M. (2023). Análisis del valor percibido y desinformación aplicados a los cigarrillos electrónicos en españoles jóvenes Analysis of perceived value and misinformation about e-cigarettes among spanish youngs. *Acciones e investigaciones Sociales*, (44), 179-200.
- Villanueva-Valverde JF, ArceLópez GJ, Jiménez-Rojas M, Lavasseur-Quesada M. Primeros auxilios psicológicos: un recurso de salud mental al alcance de todos. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2024; 10(3): 178- 179. DOI: 10.56239/rhcs.2024.103.819

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN CULTURA, ÉTICA
Y EXPERIENCIAS DE SALUD

se terminó de imprimir en offset
en papel bond ahuesado de 75 gms. y para
forros en papel couché de 300 gms.
en los talleres de Grupo Editorial Biblioteca, SA de CV.
el mes de noviembre de 2025.

Su tiraje consta de 600 ejemplares.

Diseño y formación:
Fernando Bouzas Suarez

La presente obra subraya la importancia de la investigación en salud como pilar para generar conocimiento científico que sustente intervenciones preventivas, desarrollos tecnológicos innovadores y políticas públicas más eficaces orientadas a la cobertura sanitaria universal. Desde esta perspectiva, se reconoce que investigar no sólo permite identificar factores de riesgo y mejorar la seguridad y la atención de las personas, sino también comprender la salud de la población en su complejidad, contribuyendo así al bienestar y a una mejor calidad de vida. El texto profundiza en la noción de vulnerabilidad social como resultado de desigualdades en las condiciones de vida, el acceso a recursos, redes de apoyo y servicios de salud, enfatizando que las personas y grupos no son vulnerables por naturaleza, sino vulnerados por el contexto social que limita el ejercicio de sus derechos.

En este marco, el libro reúne resultados de proyectos de investigación humanística y científica desarrollados por docentes, investigadores y estudiantes de distintas disciplinas e instituciones educativas y de salud del país. A través de diversos enfoques metodológicos —desde estudios exploratorios hasta intervenciones— se abordan fenómenos vinculados con salud sexual y reproductiva, salud mental, consumo de drogas, enfermedades crónicas y otras problemáticas que afectan a grupos vulnerados a lo largo del ciclo de vida, como niñas, niños y adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, población indígena, personas privadas de la libertad, comunidad LGBT+ y sectores en situación socioeconómica desfavorecida. La contribución central de la obra es visibilizar estas desigualdades y ofrecer evidencia científica que sirva de insumo para la toma de decisiones de actores clave —gobiernos, sociedad civil, sector privado y academia— en el diseño de acciones y políticas innovadoras que reduzcan las brechas en salud y mejoren las condiciones de vida de quienes enfrentan mayores desventajas.



9 786075 927701 >