



Ética ontológica del cuidado: dignidad humana, autonomía y vulnerabilidad de la persona adulta mayor en contexto de enfermería geriátrica

Ontological ethics of care: human dignity, autonomy and vulnerability of the older adult in the context of geriatric nursing

Juan Manuel Deniz-Andrade *et al.*

Editorial



Comprender la resistencia al cambio: estrategias teóricas para transformar la práctica de enfermería
Cinthya Vanessa Cárdenas-Amarillas *et al.*

Investigación



Mejora de la capacidad física funcional, gestión de riesgos y seguridad en el hogar por personas adultas mayores
Adolfo Rojas-Morales *et al.*

Investigación



Formación de pregrado de enfermería en Cuba: desarrollo de capacidades para la investigación en políticas y sistemas de salud
Nelcy Martínez-Trujillo *et al.*

Experiencia de la práctica



Nemotecnia "Ámate": propuesta de acciones para la detección y prevención del cáncer de mama
Eduardo Alberto García-Pulido *et al.*

Carta al editor



Comentario al artículo: "Diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en estudiantes de licenciatura de enfermería con obesidad"
Marlon Kaled Ochoa-Martel

Vol 34 | Núm 1 | Enero-marzo 2026

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

enero-marzo 2026 vol. 34 núm. 1

Directorio

DIRECCIÓN GENERAL

Zoé Alejandro Robledo Aburto

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Alva Alejandra Santos Carrillo

UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

Rosana Pelayo Camacho

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Laura Cecilia Bonifaz Alfonzo

DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Rodolfo Rivas Ruiz

ÁREA DE PROCESOS EDITORIALES

Alejandro Moctezuma Paz

EDITORIA

Laura Cecilia Bonifaz Alfonzo

EDITORIA EJECUTIVA

María Antonieta Castañeda Hernández

EDITORIA ASOCIADA

Fabiana Maribel Zepeda Arias

CONSEJO EDITORIAL

Teresita de Jesús Ramírez Sánchez

Instituto Mexicano del Seguro Social

Victoria Leonor Fernández García

Universidad Nacional Autónoma de México

Manuel Antonio López Cisneros

Instituto Mexicano del Seguro Social

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Carolina Consejo y Chapela

Instituto Mexicano del Seguro Social

Rosa Amarilis Zárate Grajales

Universidad Nacional Autónoma de México

Erick Alberto Landeros Olvera

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Lizeth Guadalupe López López

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Silvia Eliosa Zenteno

Instituto Mexicano del Seguro Social

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Maria Helena Palucci Marziale

Universidade de São Paulo, Brasil

Higinio Fernandez-Sánchez

University of Texas

Health Science Center Houston, USA

Nelcy Martínez Trujillo

Universidad de Ciencias, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba

Francisco Carlos Félix Lana

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Mary Luz Jaimes Valencia

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

Ramiro Altamira Camacho

Fundación Index Granada, España

CUIDADO DE LA EDICIÓN

Iván Álvarez Hernández

Omar Geovani Vivas Medrano

DISEÑO GRÁFICO

Mylene Araiza Márquez

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

José Antonio Franco Rico

ANÁLISIS EDITORIAL

Omar Chávez Martínez

REVISTA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, año 34, número 1, enero-marzo de 2026, es una publicación trimestral, editada en idioma español por el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, Avenida Paseo de la Reforma 476, colonia Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México. Web: <https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>, correo electrónico: revista.enfermeria@imss.gob.mx. Contacto: María Antonieta Castañeda Hernández, correo electrónico: maria.castanedah@imss.gob.mx. Licitación de Título No. 11896 y Licitación de Contenido 8500, conferidos por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Composición tipográfica en Ebrima, Kalinga, Garamond y Rockwell

Los conceptos, ideas u opiniones explícitas en los documentos publicados, así como la procedencia y exactitud de las citas son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Número de Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo de Título: 04-2023-062116444300-102, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

REVISTA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, como un medio de difusión del conocimiento disciplinar de enfermería, de las ciencias de la salud, ciencias sociales y humanidades, promueve el uso responsable y ético de los documentos publicados, así como el reconocimiento apropiado de la autoría y créditos a la revista.

INDIZADA EN: BDEnf, LILACS, BBLAT, Periódica, CUIDEN, Google Académico

e-ISSN: 2448-8062 ISSN: 0188-431X
Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(1).

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

enero-marzo 2026 vol. 34 núm. 1

Diseño de portada:

Ilustración

Fotografía:

Internet: enfermería geriátrica en el IMSS



Editorial



e1564 Comprender la resistencia al cambio: estrategias teóricas

para transformar la práctica de enfermería

Understanding resistance to change: theoretical strategies for transforming nursing practice

Cinthya Vanessa Cárdenas-Amarillas, Graciela Morales-Ojeda, Diana Laura Prince-Arano, Miriam Gaxiola-Flores, Cynthia Alejandra Acosta-Ramírez, Luis Alberto Rodelo-Vargas

Investigación



e1551 Mejora de la capacidad física funcional, gestión de riesgos

y seguridad en el hogar por personas adultas mayores

Improvement of functional physical capacity, risk management and home safety for older adults

Adolfo Rojas-Morales, Ariadna Judith Torres-Pedroza, Elizabeth Balcázar-Rueda, Sandra Aurora Sarao-Acosta

Investigación



e1552 Rendimiento académico en estudiantes de cursos posttécnicos de

enfermería con base en el desarrollo de la aptitud académica-cognitiva

Academic performance in post-technical nursing students based on the development of academic-cognitive aptitude

Estefanía Gómez-Bustos, Niria Karina López-Vidal, Alejandro Santibáñez-Hernández, Gloria Patricia Sosa-Bustamante, Alma Patricia-González, Gabriela del Rocío Saldivar-Lara, Carlos Paque-Bautista

Investigación



e1553 Depresión en pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo

y su relación con factores clínicos y sociodemográficos

Depression in patients with CKD undergoing renal replacement therapy and its relationship with clinical and sociodemographic factors

Jessica Maldonado-Granados, Juan Martín Morales-Bedolla, Brenda Paultette Morales-Hernández

Investigación



e1560 Afrontamiento y adaptación ante el proceso de muerte del paciente

hospitalizado: habilidades y capacidades del personal de enfermería

Coping and adaptation to the dying process of hospitalized patients: skills and abilities of nursing staff

Stefany Mata-Zul, Efraín Merari Moreno-Caballero, Cindy Sharon Ortiz-Arce, José Emeterio Burgos-Jiménez

Investigación



e1561 Tránsito de la prescripción a la transcripción: errores frecuentes en el pro-

ceso de medicación de pacientes hospitalizados

Transition from prescription to transcription: common errors in the medication process for hospitalized patients

Oscar Castañeda-Sánchez, Lourdes Barraza-Gómez, Dora Silvia Bajo-Insunza, Raquel Ramos-Ramírez

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

enero-marzo 2026 vol. 34 núm. 1

Investigación



e1562 Formación de pregrado de enfermería en Cuba: desarrollo de capacidades para la investigación en políticas y sistemas de salud

Undergraduate nursing education in Cuba: capacity building for research in health policies and systems

Nelcy Martínez-Trujillo, Sayly Sánchez-Moreira, Tania Minerva Pérez-Valladares, Yudaimi Borges-Camejo

Investigación



e1567 Política pública con base en lineamientos de valor público: evaluación de estándares del sistema único de habilitación colombiano

Public policy based on public value guidelines: evaluation of standards of the Colombian only accreditation system

Luz Nidia Cote-Valderrama, Adriana Alejandra Márquez-Ibarra

Revisión



e1575 Ética ontológica del cuidado: dignidad humana, autonomía y vulnerabilidad de la persona adulta mayor en contexto de enfermería geriátrica

Ontological ethics of care: human dignity, autonomy and vulnerability of the older adult in the context of geriatric nursing

Juan Manuel Deniz-Andrade, Sarahí Xitlali Godínez-Andrade, Marco Alejandro Gómez-Medina

Experiencias
de la práctica



e1555 Nemotecnia “Ámate”: propuesta de acciones para la detección y prevención del cáncer de mama

Mnemonic “Ámate”: a proposed set of actions for the detection and prevention of breast cancer

Eduardo Alberto García-Pulido, Iria Yanet Zúñiga-Mendiola

Carta al editor



e1590 Comentario al artículo: “Diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en estudiantes de licenciatura de enfermería con obesidad”

Comment on article: “Nursing diagnosis, outcomes, and interventions in obese nursing students”

Marlon Kaled Ochoa-Martel

Cinthya Vanessa Cárdenas-Amarillas^{1a}, Graciela Morales-Ojeda^{1b}, Diana Laura Prince-Arano^{1c}, Miriam Gaxiola-Flores^{2d}, Cynthia Alejandra Acosta-Ramírez^{1e}, Luis Alberto Rodelo-Vargas^{1f}

¹Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Programa de Posgrado y Apoyo a la Calidad de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECIHTI). Culiacán, Sinaloa, México

²Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Coordinación de Investigación y Posgrado. Culiacán, Sinaloa, México

Doi: 10.5281/zenodo.18020033

Resumen

ORCID

0009-0009-9328-9512^a
0000-0002-0714-4387^b
0009-0007-4622-1529^c
0000-0003-3378-7404^d
0009-0008-1787-3226^e
0009-0001-7132-602X^f

La resistencia al cambio es un fenómeno complejo que surge a partir de la interrelación de múltiples factores, como la cultura organizacional, la sobrecarga laboral y el temor a lo desconocido. En la práctica de enfermería, este proceso está influido por factores organizacionales y humanos, los cuales explican por qué la falta de información, el miedo a lo desconocido y la sobrecarga laboral dificultan la adopción de innovaciones. Se destaca la importancia de la planificación estratégica, el liderazgo participativo y la educación continua para transformar la resistencia en una oportunidad que fortalezca la práctica profesional y mejore la calidad del cuidado. Por lo anterior, el propósito fue comprender el fenómeno de la resistencia al cambio en la práctica de enfermería y proponer estrategias efectivas para su gestión.

Palabras clave (DeCS):

Gestión del Cambio
Cultura Organizacional
Pautas de la Práctica en Enfermería
Resistencia al Cambio

Keywords (DeCS):

Change Management
Organizational Culture
Practice Patterns, Nurses
Resistance to Change

Abstract

Resistance to change is a complex phenomenon that arises from the interplay of multiple factors, such as organizational culture, workload, and fear of the unknown. In nursing practice, this phenomenon is influenced by organizational and human factors, which explain why lack of information, fear of the unknown, and workload hinder the adoption of innovations.

The importance of strategic planning, participatory leadership, and continuing education is highlighted to transform resistance into an opportunity that strengthens professional practice and improves the quality of care.

Therefore, the purpose was to understand the phenomenon of resistance to change in nursing practice and to propose effective strategies for its management.

Correspondencia:

Graciela Morales Ojeda

Correo electrónico:

gmora22@gmail.com

Fecha de recepción:

29/06/2025

Fecha de aceptación:

25/09/2025



Licencia CC 4.0

La resistencia al cambio es una reacción natural del ser humano ante situaciones que alteran su estabilidad o su rutina laboral. En los entornos hospitalarios, esta resistencia puede manifestarse de diversas formas, desde la apatía hasta la oposición abierta a nuevas políticas.

La implementación de innovaciones en la práctica de enfermería es un proceso desafiante, influido por factores organizacionales, culturales e individuales, que pueden generar resistencia al cambio. En el personal de enfermería, dicha resistencia se intensifica cuando las innovaciones modifican prácticas tradicionales de cuidado o desafían jerarquías establecidas.¹

A lo largo de la historia, los avances en tecnología, protocolos de atención y modelos de gestión han buscado mejorar la calidad del servicio y la seguridad del paciente; aunque su adopción no siempre es inmediata ni sencilla. La oposición a la transformación puede derivar del temor a lo desconocido, la falta de formación, la sobrecarga laboral y una cultura organizacional arraigada en prácticas tradicionales, lo que dificulta la transición hacia nuevas estrategias asistenciales.^{2,3}

Se exploran estas perspectivas con el objetivo de comprender la resistencia al cambio en la práctica de enfermería y proponer estrategias efectivas para su gestión. A través de un análisis crítico y fundamentado, se busca contribuir al desarrollo de un modelo de atención más humanizado, adaptado a las necesidades actuales del sistema de salud y alineado con la evolución de la disciplina enfermera.

Desde una perspectiva epistemológica, la resistencia al cambio se origina en la manera en que el conocimiento es construido, legitimado y aplicado dentro de una disciplina. Kuhn⁴ plantea que los paradigmas científicos consolidados generan una tendencia al conformismo, lo que puede dificultar la aceptación de nuevas ideas o prácticas. En el contexto de la práctica de enfermería, esta resistencia se intensifica cuando las innovaciones desafían modelos tradicionales de cuidado o estructuras jerárquicas profundamente establecidas. Aunado a la oposición del personal, existe la percepción de que los cambios pueden afectar la identidad profesional o generar una pérdida de control sobre la práctica asistencial.

Superar esta barrera requiere un análisis crítico de los fundamentos epistemológicos que sustentan la práctica de enfermería, y promover un ambiente de aprendizaje que fomente la reflexión y la adaptación a nuevos conocimientos y metodologías. En este sentido, la resistencia al cambio es un fenómeno originado por factores internos

o externos,¹ que se manifiesta ante el inevitable y necesario cambio organizacional para garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud. Los factores internos se relacionan con la necesidad de ajustar procesos administrativos, mejorar la gestión del personal o actualizar modelos de atención. Por otro lado, los factores externos se producen como respuesta a las demandas sociales, los avances tecnológicos y la adopción de buenas prácticas provenientes de otras instituciones de salud.

De acuerdo con Gómez Álvarez,⁵ el cambio no surge como una decisión voluntaria, sino como una respuesta obligada ante las presiones de un entorno dinámico y competitivo en el que operan las organizaciones. Las transformaciones suelen ser impulsadas por factores externos, como la globalización, la tecnología o las demandas sociales, así como por causas internas relacionadas con la necesidad de modificar estructuras, procesos o formas de liderar. No obstante, advierte que, aun cuando los cambios son necesarios para la supervivencia institucional, estos pueden provocar incertidumbre y resistencia cuando los colaboradores los perciben como una amenaza; por ello, es primordial un liderazgo estratégico para evitar consecuencias negativas en el clima organizacional.

Los cambios radicales implican transformaciones profundas y disruptivas que modifican la cultura organizacional; en contraste, los cambios progresivos ocurren de manera gradual, permitiendo a los profesionales de enfermería adaptarse poco a poco a las nuevas condiciones laborales o metodológicas. Sin embargo, ambos tipos de cambio deben ser planificados para evitar reacciones adversas o resistencia del personal, que, independientemente de su naturaleza, suelen enfrentar diversos obstáculos dentro del entorno sanitario.¹

Cabe señalar que la resistencia al cambio representa un desafío para la implementación de innovaciones y mejoras en los procesos de atención para la salud de las personas, no solo por las limitaciones estructurales o la falta de recursos institucionales, sino también por factores profundamente humanos, como el temor a perder estabilidad, la sensación de incapacidad ante nuevas exigencias y la percepción de amenazas a la identidad profesional. Dicha resistencia puede manifestarse de forma abierta, a través de la disminución en la productividad o rechazo explícito, o de manera encubierta, mediante apatía, ausentismo o falta de compromiso.⁶ Por ello, se enfatiza que el éxito de cualquier transformación organizacional depende tanto de la planificación técnica como del abordaje emocional del personal, donde la comunicación clara, la

participación y el acompañamiento formativo se convierten en pilares para transformar la oposición inicial en colaboración estratégica.

El reconocimiento y la comprensión de las causas que influyen en la disposición del personal de enfermería para la implementación de innovaciones reducen la resistencia y facilitan la aceptación. La planificación estratégica del cambio¹ es esencial para lograr una transición efectiva. Este proceso incluye los siguientes pasos: evaluar el entorno, identificar la brecha en el desempeño, diagnosticar problemas organizacionales, comunicar una visión clara, diseñar un plan de acción, anticipar la resistencia y vigilar los resultados.

Un modelo ampliamente reconocido para facilitar las transiciones organizacionales en este ámbito es el propuesto por John Kotter.⁷ Conocido como el modelo de Kotter, se distingue por su enfoque estructurado en la gestión del cambio y en transformar la resistencia inicial en una actitud receptiva hacia la innovación y la mejora de la atención en salud. El modelo de Kotter se centra en las personas que experimentan los cambios, y promueve la confianza, la transparencia y el trabajo en equipo mediante la identificación de objetivos claros, la participación de todos los miembros y la ejecución conjunta de las modificaciones necesarias.

En la gestión del cambio es fundamental abordar aspectos como la adaptación a los avances tecnológicos, el cumplimiento de regulaciones, la mejora de la atención al paciente y la eficiencia operativa, mediante un enfoque estructurado que contemple tanto los aspectos prácticos como los humanos del cambio, a fin de facilitar que las organizaciones de salud se adapten de manera eficaz en un entorno de constante evaluación.⁸

Desde esta perspectiva, la gestión del cambio se centra en modificar los factores externos que la provocan mediante estrategias de capacitación, mejora de la comunicación organizacional y la implementación de incentivos que promuevan la aceptación del cambio. Un ejemplo de resistencia relacionada con el desconocimiento tecnológico o el temor a cometer errores que afecten la calidad del cuidado se observa en la implementación de nuevos sistemas de registro electrónico de pacientes.⁴ Para gestionar esta resistencia de manera efectiva, es fundamental una comunicación clara y transparente sobre los beneficios del cambio, lo que puede reducir la incertidumbre y fomentar una actitud más receptiva, así como la oferta de programas de formación que permitan al personal adquirir las competencias necesarias para adaptarse al nuevo sistema.

En el ámbito organizacional, la resistencia al cambio puede estar relacionada con la cultura institucional, la estructura de liderazgo y la disponibilidad de recursos. La implementación de cambios que no consideran la cultura organizacional ni involucran al personal profesional de enfermería tiende a generar mayor oposición. En este sentido, la reciprocidad integrativa interactiva sugiere que el liderazgo debe fomentar la colaboración y el diálogo, promoviendo un proceso de adaptación bidireccional en el que tanto la organización como los profesionales se ajusten mutuamente a las nuevas exigencias del sistema de salud.

Lejos de ser un obstáculo insuperable, la resistencia al cambio puede convertirse en un recurso valioso para optimizar estrategias de implementación. Desde la perspectiva de la *Reciprocidad Integrativa Interactiva*,⁹ se reconoce que la resistencia bien gestionada permite identificar áreas de mejora y fortalecer la cohesión del equipo de trabajo. “*La resistencia, aunque vista tradicionalmente como un impedimento, puede ser un recurso valioso para el desarrollo de estrategias más efectivas y sostenibles*”¹⁰

La clave radica en la generación de un entorno de confianza, el acceso a información clara y la participación en la toma de decisiones, lo que facilita la transición hacia un modelo de atención más eficiente y humanizado,¹¹ con sustento en el desarrollo epistemológico de la enfermería para la construcción de una identidad disciplinaria basada en el pensamiento crítico y en modelos conceptuales que permitan comprender al ser humano de manera integral.

En este contexto, la visión simultánea unitaria transformativa cobra relevancia, ya que propone una aproximación holística a la atención en salud al considerar las dimensiones biológica, emocional, social y espiritual de la persona. La aplicación de esta visión requiere que las prácticas de enfermería en los diversos campos de acción transiten de la resistencia al cambio hacia la incorporación de nuevas ideas y aportaciones epistemológicas, filosóficas y teórico-prácticas, para ejercer autonomía profesional en los enfoques de programas educativos imprescindibles para la comprensión de las personas que viven los fenómenos de estudio propios de la disciplina.¹²

Conclusión

Asumir la resistencia como aliada y no como un obstáculo constituye una vía para fortalecer la identidad profesional, elevar la calidad del cuidado y posicionar a la enfermería como agente de transformación en los siste-

mas de salud. Por lo tanto, la resistencia al cambio en la práctica profesional de enfermería no debe reducirse a una actitud negativa; más bien, debe entenderse como una respuesta profundamente humanizada y epistemológicamente condicionada.

En esta lógica, más que intentar eliminar dicha actitud, es necesario reconocerla, escucharla y otorgarle un significado como indicador de necesidades no atendidas y como punto de partida para la innovación consciente

y la corresponsabilidad. Comprender que el proceso de transformación de la práctica de enfermería exige pasar de la imposición de cambios a la construcción colectiva de ellos, mediante procesos de formación continua, liderazgo empático y participación activa del personal en la toma de decisiones. Solo así es posible transitar de modelos de atención tradicionales hacia una cultura de práctica del cuidado reflexiva, humanizada y coherente con la complejidad del ser humano.

Referencias

1. Macías Sánchez M, Tamayo Maggi M, Cerda Paredes M. Resistencia al cambio en las organizaciones: propuesta para minimizarlo. Palermo Business Review. 2019 Jul;(19):39–53. https://www.palermo.edu/economicas/cbrs/pdf/pbr19/PBR_19_02.pdf
2. Calvillo Gómez S. Superando barreras: estrategias efectivas para gestionar la resistencia al cambio en enfermería [Internet]. Rev Ocronos. 2024 [citado 2025 feb 27];6(8). Disponible en: <https://revistamedica.com/gestionar-resistencia-cambio-enfermeria/>
3. Casales A, Hernández-Lemus E, Campero L, Durán-Arenas L. Exploración de facilitadores y barreras para implementar los roles ampliados de enfermería en México [Internet]. Rev Panam Salud Pública. 2023 [citado 2025 feb 27];47:1-8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10648440/pdf/rpsp-47-e142.pdf>
4. Kuhn, T. La estructura de las revoluciones científicas. 2a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2007.
5. Gómez Álvarez PD. El cambio y su impacto en las organizaciones. ACADERMO Rev Investig Cienc Soc Hum. 2021;8(2):213-220. Disponible en: <https://doi.org/10.30545/academo.2021.jul-dic.10>
6. Planetree América Latina y el Caribe. Atención centrada en la persona y resistencia al cambio [Internet]. 2022 [citado 2025 feb 27]. Disponible en: <https://planetreealc.org/wp-content/uploads/2022/11/ACP-y-resistencia-al-cambio.pdf>
7. Prosci. Gestión del cambio en la salud [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 27]. Disponible en: <https://www.prosci.com/es/gestion-del-cambio-en-la-salud>
8. Ariza-Olarte C. Desarrollo epistemológico de enfermería. Enferm Univ. 2011;8(2):18-24. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.2.262>
9. Bueno-Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. Cienc enferm. [Internet]. 2011;17(1):37-43. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100005>.
10. Durán-De Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan [Internet]. 2002;2(1):7-18. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003&lng=en.
11. Daza LA, Ladino LE. Enfermería: ¿Ciencia normal o ciencia revolucionaria? [Internet]. Enferm Univ. 2018 [citado 2025 feb 27]; 15(2):184-98. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65175>
12. Hidalgo-Mares B, Altamira-Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? Rev Enferm Actual. 2021;40:1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40788>

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

Cárdenas-Amarillas CV, Morales-Ojeda G, Prince-Arano DL *et al.* Comprender la resistencia al cambio: estrategias teóricas para transformar la práctica de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(1):e1564. doi: 10.5281/zenodo.18020033

Adolfo Rojas-Morales^{1a}, Ariadna Judith Torres-Pedroza^{1b}, Elizabeth Balcázar-Rueda^{1c}, Sandra Aurora Sarao-Acosta^{2d}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Chetumal, Quintana Roo, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, Departamento de Enfermería. Chetumal, Quintana Roo, México

Aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud 2301/R-2025-2301-015

Doi: 10.5281/zenodo.18020110

Resumen

ORCID

0009-0000-3017-3197^a
0009-0001-9414-152X^b
0000-0002-4633-3025^c
0009-0005-2059-4357^d

Introducción: el impacto en el sistema de salud y los costos asociados a la demanda de atención por caídas en las personas adultas mayores son el resultado de factores intrínsecos y extrínsecos. Del total de estos eventos, el 30% presenta fracturas, traumatismos craneales y complicaciones que afectan su calidad de vida y autonomía.

Objetivo: evaluar los cambios en la capacidad física funcional y la gestión de riesgos y seguridad en el hogar de las personas adultas mayores.

Metodología: estudio cuasiexperimental con la participación de personas adultas mayores con limitación leve (15) y riesgo de caída (12). Se aplicó la prueba TUG (*Timed Up and Go*) para valorar la limitación física y la herramienta HSSAT v.5 (*Home Safety Self-Assessment Tool*) para evaluar los riesgos de seguridad en el hogar.

Resultados: se observó una mejora en la capacidad física funcional ($p < 0.05$), con una reducción significativa en el tiempo requerido para completar la prueba TUG. Asimismo, se identificó un menor riesgo de caídas en el hogar ($p < 0.05$) debido a la mejora en la gestión de seguridad, con una reducción significativa en los puntajes evaluados con la herramienta HSSAT.

Conclusiones: la combinación del programa de ejercicio físico multicomponente Vivifrail y la intervención educativa fue efectiva para mejorar la movilidad funcional y reducir el riesgo de caída, así como para fortalecer la seguridad de las personas adultas mayores en el hogar.

Palabras clave (DeCS):

Anciano
Accidentes por Caídas
Ejercicio Físico
Test Timed up and Go
Home Safety Self-Assessment Tool

Keywords (DeCS):

Aged
Accidental Falls
Exercise
Test Timed up and Go
Home Safety Self-Assessment Tool

Correspondencia:

Adolfo Rojas Morales

Correos electrónicos:

adolforojas0217@gmail.com

Fecha de recepción:

25/07/2025

Fecha de aceptación:

23/09/2025

Abstract

Introduction: The impact on the health system and costs associated with the demand for care due to falls in older adults are the result of intrinsic and extrinsic factors; 30% present fractures, head trauma, and complications that affect their quality of life and autonomy.

Objective: To evaluate changes in functional physical capacity and home safety and risk management among older adults.

Methodology: A quasi-experimental study was conducted with older adults with mild limitations (15) and at risk of falls (12). The Timed Up and Go (TUG) test was used to assess physical limitations, and the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT v.5) was used to evaluate home safety risks.

Results: Improved functional physical capacity ($p < 0.05$) with a significant reduction in the time required to complete the TUG test. Reduced risk of falls at home ($p < 0.05$) with improved home safety management and a significant reduction in scores assessed using the HSSAT tool.

Conclusions: The combination of the Vivifrail multicomponent physical exercise program and educational intervention was effective in improving functional mobility and reducing the risk of falls and improving safety in older adults at home.

Introducción

Si bien el proceso de envejecimiento depende en gran medida del contexto sociocultural y económico, no existe un momento biológicamente determinado en el que una persona se convierta en anciana; por ello, se considera como adulto mayor (AM) a toda persona de más de 60 o 65 años.¹ Para el año 2050, se prevé un total de 2,100 millones de personas adultas mayores a nivel mundial.² En México, se estiman 19 millones, con un incremento sostenido en los próximos años.³

Las personas mayores presentan modificaciones degenerativas en la morfofisiología debido al envejecimiento; estos cambios constituyen factores intrínsecos y se manifiestan en el sistema musculoesquelético, el sistema nervioso central y los sistemas sensoriales.⁴ En particular, las caídas son frecuentes en esta población y representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en este grupo.⁵

Las caídas en las personas mayores son el resultado de factores intrínsecos y extrínsecos (condiciones ambientales).⁶ Aproximadamente, el 30% presenta lesiones graves como fracturas, traumatismos craneales y complicaciones subsecuentes que afectan su calidad de vida y autonomía.⁷ La mayor recurrencia de caídas se ha asociado con características como ser mujer, edad avanzada, residencia en áreas rurales, autopercepción negativa del estado de salud, presencia de dolor, dependencia funcional, depresión y artritis, entre otras.⁸

En México, se ha reportado una alta frecuencia de caídas y consecuencias asociadas. De las personas mayores que viven en la comunidad, entre el 40% y el 46% han presentado al menos una caída en los últimos dos años, y cerca del 30% ha experimentado caídas recurrentes.^{8,9}

Las repercusiones de las caídas a nivel individual representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, como las fracturas;^{10,11} además, ocasionan deterioro funcional, pérdida de independencia y restricción de actividades, así como mayor prevalencia de sarcopenia y depresión. El miedo a caer y la pérdida de confianza pueden perpetuar el aislamiento social y la disminución de la calidad de vida.^{10,12} A nivel familiar, el mayor riesgo de caídas se asocia con pertenecer a familias disfuncionales y con redes de apoyo menos sólidas.¹³ En los sistemas de salud, el impacto económico de cada lesión por caída en personas mayores supera los mil dólares y puede alcanzar cifras superiores a tres mil dólares.⁷

En este contexto, se han estudiado diversas estrategias para reducir las caídas en personas mayores. Cabe señalar que, con base en los resultados de intervenciones educativas impartidas por personal de salud, no se ha demostrado una reducción significativa en la frecuencia de caídas; lo anterior indica la necesidad de indagar estrategias multicomponentes que incluyan el ejercicio físico.^{10,14,15} En este sentido, el programa *Vivifrail* es un programa de ejercicio físico multicomponente (EFM) que ha demostrado mejorar la capacidad física, dicho programa individualiza los tipos de ejercicios según la limitación física y el riesgo de caída de la persona mayor.^{16,17}

El objetivo del presente estudio fue evaluar los cambios en la capacidad física funcional y en la gestión de riesgos y seguridad en el hogar antes y después de una intervención educativa e implementación del *Programa de Ejercicio Físico Multicomponente* (*Vivifrail*) en personas mayores de 60 años.

Metodología

Estudio cuasiexperimental no aleatorizado con personas mayores de 60 años que asisten al Centro de Seguridad Social (CSS) del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Chetumal, Quintana Roo, México. En el CSS, los participantes realizan actividades de terapia ocupacional como parte de los programas permanentes, con una asistencia que puede abarcar desde meses hasta años de vinculación con el centro.

Con base en un muestreo no probabilístico por criterios, se incluyó a las personas mayores con puntaje superior a 10 segundos en la prueba TUG o con limitación de la movilidad (leve, moderada o grave) de acuerdo con el programa Vivifrail, y a quienes no presentaron dificultad para la lectura y escritura.

Se informó a los participantes y se solicitó su consentimiento para asistir durante 12 semanas al 100% de las intervenciones educativas y del programa de EFM.

Variables de estudio

En las personas mayores participantes se consideraron variables como edad, sexo, estado civil y escolaridad; variables somatométricas como peso y talla para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC kg/m²) y circunferencia abdominal; así como los puntajes de las pruebas TUG y de la herramienta HSSAT, antes y después de las intervenciones.

Para la medición de la talla y el peso se utilizó una báscula electrónica marca Noval con precisión de lectura de 50 g y estadiómetro. Un día antes, se indicó a los participantes acudir con ropa ligera, en sandalias y con ayuno leve. La circunferencia abdominal se midió con una cinta métrica de fibra de vidrio de 1.50 m.

Instrumentos de medición

Se aplicó una encuesta para obtener las variables sociodemográficas y medidas somatométricas.

La prueba TUG (*Timed Up and Go*) se empleó para evaluar la limitación física de las personas mayores y determinar la prescripción del programa de EFM. Participaron 15 personas con limitación leve y 12 con limitación moderada. Esta prueba mide el tiempo que una persona tarda en recorrer tres metros desde levantarse de una silla sin brazos hasta regresar a sentarse. Se interpreta como normal un tiempo ≤ 10 segundos, como discapacidad leve 11 a 12 segundos, y como riesgo elevado de caída un tiempo ≥ 13 segundos.^{18,19}

La Herramienta de Autoevaluación de Seguridad en el Hogar HSSAT v.5 (*Home Safety Self-Assessment Tool*) es un recurso propuesto para la identificación y el abordaje de los riesgos de seguridad en los hogares, con el propósito de reducir las caídas en las personas mayores, con índice de validez de 0.98, se entregó en la primera sesión y fue autoadministrada en el domicilio de los participantes.^{20,21}

Procedimientos

Con base en el programa Vivifrail, se implementó el programa de EFM durante 12 semanas, cinco días por semana.

En la primera semana se demostraron los ejercicios y se asesoró a cada participante; además, se entregó material gráfico y audiovisual. A partir de la segunda semana, se realizó monitoreo del programa de ejercicios en ambos grupos dos días por semana con sesiones de 60 minutos; los tres días restantes los ejercicios se realizaron en el hogar.

La intervención educativa sobre la identificación de riesgos de caída en el hogar constó de 12 sesiones de 45 minutos cada una, en las que se abordaron los siguientes temas: (1) reducción del riesgo de lesiones por factores extrínsecos, (2) factores intrínsecos asociados al riesgo de caída, (3) prevención de lesiones relacionadas con el vértigo secundario, (4) prevención de caídas durante ac-

tividades de la vida diaria, (5) falta de adherencia al tratamiento farmacológico y (6) uso adecuado de dispositivos de asistencia según las limitaciones funcionales (bastones, andaderas, sillas con ruedas).

Tanto la intervención educativa como el programa de EFM fueron ejecutados por dos enfermeras y un enfermero.

Análisis estadístico

Se empleó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas. Se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk para identificar la distribución de los datos; al observar normalidad, se procedió a aplicar pruebas paramétricas: *t* de Student para muestras relacionadas en las variables somatométricas, TUG y HSSAT. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

Este estudio se apegó a la Declaración de Helsinki, al Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud y a los principios éticos y legales aplicables. Se asignaron folios de identificación para garantizar la confidencialidad y se obtuvo consentimiento informado.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Local de Investigación en Salud 2301 (Registro: R-2025-2301-015).

Resultados

Del total de 27 participantes, la media de edad fue de 67.8 años (DE ± 4.9). Predominaron las mujeres (85.2%), el estado civil casado (55.6%) y la viudez (29.6%), con escolaridad a nivel secundaria (37%) y primaria (29.6%).

En el cuadro I se presentan las diferencias significativas en las medidas somatométricas. En el peso corporal, la reducción media fue de 1.08 kg (69.87 kg / 68.78 kg; $p < 0.05$); en la circunferencia abdominal fue de 1.9 cm (98.89 cm / 96.90 cm; $p < 0.05$), y en el IMC fue de 0.43 kg/m² (26.96 kg/m² / 26.52 kg/m²; $p < 0.05$).

En la evaluación con la prueba TUG, la reducción media fue de 3.82 segundos (13.61 / 9.78; $p < 0.05$) después de la implementación del programa de EFM. En la evaluación inicial se identificó a 15 personas mayores con limitación leve y a 12 con riesgo de caídas elevado; después de la intervención, 22 participantes presentaron

resultados normales, 4 mostraron limitación leve y solo 1 permaneció con riesgo de caída elevado (**cuadro I**).

En la evaluación con la herramienta HSSAT, la reducción media fue de 15.11 puntos del riesgo de caídas en el hogar ($38.26 / 23.15; p < 0.05$). Con base en el programa Vivifrail, se identificó en 15 personas mayores una limitación física leve y en 12 una limitación física moderada. En los participantes con limitación leve, esta se redujo en 2.66 segundos ($12.34 / 9.68; p < 0.05$), mientras que en los participantes con limitación moderada disminuyó en 5.28 segundos ($15.18 / 9.90; p < 0.05$). Posterior al programa de EFM, la limitación física pasó de mínima a inexistente en 22 participantes, en 4 se observó limitación leve y 1 presentó limitación moderada (**cuadro I**).

Las áreas del hogar identificadas con mayores puntajes de riesgo de caídas fueron el dormitorio, el baño y la sala. Después de la intervención, el riesgo de caídas se redujo con diferencias significativas en el dormitorio (media inicial 5.78 a 3.04), en el baño (5.44 a 4.26) y en la sala (5.19 a 2.78) (**cuadro II**).

Discusión

Se confirma que la implementación combinada del programa de Ejercicio Físico Multicomponente (EFM) Vivifrail y la intervención educativa demuestra mejoras significativas en la seguridad del hogar y en la funcionalidad física, así como reducción en las medidas antropométricas y en el riesgo de caídas. Izquierdo *et al.*²² confirman que el grupo de personas mayores ≥ 65 años responde de mejor manera al programa Vivifrail, lo cual coincide con la media de edad (67.8 años) de la población de este estudio, con mayor plasticidad funcional para las intervenciones.

Cisterna y Díaz²³ expusieron que los estilos de aprendizaje mediante los cuales las personas mayores adquieren conocimiento y aplican lo aprendido son, predominantemente, el teórico y el pragmático. El efecto de estos estilos, utilizados en la intervención educativa, se evidenció en la reducción de riesgos en el hogar mediante la herramienta HSSAT. No obstante, dos terceras partes de la población contaban con educación básica, lo cual pudo representar una limitación para la comprensión de materiales educativos complejos utilizados en el estudio.

En el ensayo clínico multicéntrico de Casas *et al.*¹⁶ se identificó una diferencia en las medias de edad de los grupos de estudio. En nuestro caso, se incluyó a personas mayores a partir de los 60 años, mientras que Casas incluyó a personas mayores de 75 años. Esta diferencia etaria es clave, pues permite identificar los cambios positivos del programa Vivifrail en distintas etapas del envejecimiento. También se encontraron similitudes en las variables de sexo, nivel educativo y media de índice de masa corporal.

La reducción significativa en la circunferencia abdominal y el IMC observada en este estudio implica, desde una perspectiva preventiva, la posibilidad de analizar este parámetro como predictor del riesgo de caídas en el hogar. Esto concuerda con el estudio de Cho *et al.*²⁴ quienes demostraron que las personas mayores con obesidad central (medida por circunferencia abdominal) presentaron mayor probabilidad y mayor frecuencia de caídas.

En nuestro estudio, la reducción significativa en el tiempo para completar la prueba TUG representa una mejora funcional identificada en la mayoría de los participantes. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Cadore *et al.*²⁵ quienes evaluaron los efectos del programa EFM en nonagenarios frágiles. En su estudio, el grupo

Cuadro I Evaluación somatométrica, limitación física y riesgo de caída en el hogar de personas mayores ($n = 27$)

Variables	Antes		Después		Reducción	p^*
	Media	DE	Media	DE		
Peso corporal (kg)	69.87	12.25	68.78	12.64	1.08	< 0.05
Circunferencia abdominal (cm)	98.89	12.13	96.90	11.83	1.98	< 0.05
IMC (kg/m^2)	26.96	3.33	26.52	3.54	0.43	< 0.05
Prueba TUG (segundos)	13.61	1.78	9.78	1.95	3.82	< 0.05
Herramienta HSSAT (puntaje de riesgo de caída en el hogar)	38.26	3.73	23.15	4.19	15.11	< 0.05
Grupo 1 (15) limitación leve (segundos)	12.34	0.47	9.68	1.58	2.66	< 0.05
Grupo 2 (12) limitación moderada (segundos)	15.18	1.54	9.90	2.40	5.28	< 0.05

TUG: *Timed Up and Go*; HSSAT v.5: *Home Safety Self-Assessment Tool*; DE: desviación estándar; IMC: Índice de Masa Corporal

*Diferencia significativa

Cuadro II Áreas del hogar con riesgo de caídas antes y después de la intervención y ejercicio físico multicomponente (n = 27)

Área del hogar	Antes		Después		p*
	Media	DE	Media	DE	
Dormitorio	5.78	1.25	3.04	1.22	< 0.05
Baño	5.44	1.01	4.26	1.19	< 0.05
Sala	5.19	1.27	2.78	1.15	< 0.05
Entrada a la puerta principal y al patio delantero	4.78	1.15	2.78	0.75	< 0.05
Entrada a la puerta trasera/lateral	4.67	1.44	2.89	1.08	< 0.05
Cocina	4.63	1.07	2.85	0.98	< 0.05
Pasillo	2.56	0.97	1.93	1.03	< 0.05
Lavandería	2.48	0.89	1.37	1.07	< 0.05
Cochera	2.48	0.75	1.22	0.80	< 0.05
Escaleras	0.26	0.59	0.04	0.19	< 0.05

*Diferencia significativa

DE: desviación estándar

de intervención mostró mejoras significativas en la prueba TUG en tareas simples y duales, así como en el equilibrio, la fuerza muscular y la capacidad de levantarse de una silla. Aunque la población de Cadore *et al.*²⁵ fue de mayor edad (91.9 ± 4.1 años), los beneficios observados en ambos estudios respaldan la efectividad del programa EFM para mejorar la funcionalidad física y reducir el riesgo de caídas.

Se demostró que las personas mayores con limitación moderada y leve logran mayores beneficios en su capacidad funcional y adaptativa. Sherrington *et al.*²⁶ atribuyen estos resultados a la plasticidad neuromuscular preservada en las personas mayores.

La reducción significativa de los riesgos de caída identificados mediante la herramienta HSSAT confirma la efectividad de las intervenciones implementadas para la modificación o eliminación de riesgos en el hogar. Estos hallazgos coinciden con los de Clemson *et al.*,²⁷ quienes concluyen que las intervenciones ambientales dirigidas a personas con alto riesgo de caídas son efectivas para reducir su incidencia.

Cabe señalar que la herramienta HSSAT utiliza imágenes intuitivas que facilitan la identificación autónoma de riesgos en el hogar por parte de las personas mayores, lo que favorece una mayor adherencia a las modificaciones recomendadas. Estos hallazgos se alinean con el estudio de Stark *et al.*,²⁸ en el cual se demuestra que las intervenciones de modificación del hogar son efectivas para mejorar la funcionalidad y reducir el riesgo de caídas.

La combinación del programa EFM Vivifrail y la intervención educativa demostró un efecto sinérgico:

- a) el ejercicio físico mejora factores intrínsecos, como la fuerza y el equilibrio;
- b) la educación aborda factores extrínsecos, como el entorno y el uso de dispositivos.

Esta integración explica que 22 participantes transitaron a limitación mínima o inexistente. En este sentido, se evidencia que las intervenciones basadas en ejercicio físico reducen las tasas y el riesgo de caídas.²⁹

Conclusión

La relevancia de los resultados puede explicarse por varios factores. En primer lugar, la edad promedio de los grupos de estudio parece independiente de los efectos del programa de ejercicio físico multicomponente Vivifrail, ya que favorece una mayor respuesta al ejercicio debido a una menor fragilidad basal. En segundo lugar, el seguimiento frecuente y la asesoría personalizada brindada a las personas mayores favorecieron la adherencia y la correcta ejecución del programa.

El uso del programa Vivifrail, diseñado específicamente para personas adultas mayores con distintos niveles de capacidad funcional, permitió una prescripción ajustada a las características individuales, lo que optimizó los resultados.

Las intervenciones combinadas demostraron ser efectivas para mejorar la movilidad funcional y reducir el riesgo de caídas en el hogar. Estas estrategias integrales, que abordan tanto factores intrínsecos como extrínsecos, contribuyen a la autonomía y seguridad de esta población.

Entre las limitaciones del estudio se identifican el predominio de mujeres entre los participantes, el tama-

ño reducido de la muestra, la selección no aleatorizada, el seguimiento a corto plazo, que no permite evaluar la sostenibilidad de los beneficios, y la ausencia de un grupo control, lo cual dificulta la atribución causal absoluta.

“Cada segundo reducido para levantarse, cada riesgo eliminado en el hogar, no son solo datos estadísticos: son días extra de independencia; son victorias cotidianas que merecen celebrarse.”

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas. [Internet]. Envejecimiento; c2019 [citado el 28-10-2024]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Envejecimiento y salud; c2024 [citado el 28-10-2024]. Disponible en: <https://n9.cl/retsd>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Nota técnica: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) [Internet]. 3a. ed. México; 2023 [citado el 28-10-2024]. Disponible en: <https://n9.cl/44b20>
4. Concha-Cisternas Y, Vargas-Vitoria R, Celis-Morales C. Cambios morfológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor: una revisión de la literatura. Revista Salud Uninorte. 2020; 36:450-470. doi: 10.14482/sun.36.2.618.97
5. García-Hedrera FJ, Noguera-Quijada C, Sanz-Márquez S, et al. Incidencia y características de las caídas de pacientes hospitalizados: estudio de cohortes. Enferm Clin. 2021; 31:381–9. doi: 10.1016/j.enfcli.2021.04.006
6. Ríos-Frausto C, Galván-Plata ME, Gómez-Galicia DL, et al. Factores intrínsecos y extrínsecos asociados con caídas en adultos mayores: estudio de casos y controles en México. Gac Med Mex. 2021;157(2):133–9. doi: 10.24875/gmm.20000111
7. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Caídas; c2021 [citado el 28-10-2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
8. Agudelo-Botero M, Giraldo-Rodríguez L, Murillo-González JC, et al. Factors associated with occasional and recurrent falls in Mexican community-dwelling older people. PLoS One. 2018;13(2): e0192926. doi: 10.1371/journal.pone.0192926
9. Valderrama-Hinds LM, Snih S Al, Chen NW, et al. Falls in Mexican older adults aged 60 years and older. Aging Clin Exp Res. 2018;30 (11):1345. doi: 10.1007/s40520-018-0950-9
10. Colón-Emeric CS, McDermott CL, Lee DS, et al. Risk Assessment and Prevention of Falls in Older Community-Dwelling Adults: A Review. JAMA. 2024;331(16):1397–406. doi: 10.1001/jama.2024.1416
11. Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, et al. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2024; 332(1):51–7. doi:10.1001/jama.2024.8481
12. Collerton J, Kingston A, Bond J, et al. The personal and health service impact of falls in 85 year olds: cross-sectional findings from the Newcastle 85+ cohort study. PLoS One. 2012;7(3). doi: 10.1371/journal.pone.0033078
13. Terrazas-Rodríguez LD, Díaz-Ahuactzi MG, Terrazas-Rodríguez LD, et al. Funcionalidad familiar y riesgo de caídas en adultos mayores hospitalizados. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2024;28. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552024000100010&lng=es&nrm=iso&tlang=es
14. Almas JL, Lucchetti G, Nascimento EDO, et al. Preventing Falls in Older Adults With Educational Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Gerontologist. 2025;65(6). doi: 10.1093/geront/gna105
15. Orts-Cortés MI, Cabañero-Martínez MJ, Meseguer-Liza C, et al. Effectiveness of nursing interventions in the prevention of falls in older adults in the community and in health care settings: A systematic review and meta-analysis of RCT. Enferm Clin. 2024;34(1):4–13. doi: 10.1016/j.enfcli.2024.01.001
16. Casas-Herrero Á, Sáez de Asteasu ML, Antón-Rodrigo I, et al. Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2022;13(2):884–93. doi: 10.1002/jcsm.12925
17. Izquierdo M, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, et al. Programa de ejercicio físico multicomponente Vivifrail. 2017. Disponible en: <https://vivifrail.com/wp-content/uploads/2019/11/VIVIFRAILESP-Interactivo.pdf>
18. Instituto Nacional de Geriatría. Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral [Internet]. México; 2020 [citado el 28-10-2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inger/documentos/guia-de-instrumentos-de-evaluacion-geriatrica-integral>
19. Ugarte LL, J, Vargas R, F, Ugarte LL, J, Vargas R, F. Sensibilidad y especificidad de la prueba Timed Up and Go. Tiempos de corte y edad en adultos mayores. Rev Med Chil. 2021;149(9):1302–10. doi: 10.4067/S0034-98872021000901302
20. Tomita MR, Saharan S, Rajendran S, et al. Psychometrics of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to prevent falls in community-dwelling older adults. Am J Occup Ther. 2014;68(6):711–8. doi: 10.5014/ajot.2014.010801
21. Machiko R, Tomita. [Internet]. Herramienta de autoevaluación de seguridad en el hogar (HSSAT) v.5: c2017 [citado el 17-01-2025]. Disponible en: <https://n9.cl/jp8m0>
22. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. Journal of Nutrition, Health and Aging. 2021;25(7):824–53. doi: 10.1007/s12603-021-1665-8
23. Cisterna Zenteno C del C, Díaz Larenas CH. Estilos de aprendizaje predominantes en adultos mayores: una primera aproximación. Perspectiva Educacional. 2022;61(1):181–95. doi: 10.4151/07189729-vol.61-iss.1-art.1237
24. Cho BY, Seo DC, Lin HC, et al. BMI and Central Obesity With Falls Among Community-Dwelling Older Adults. Am J Prev Med. 2018; 54(4):e59–66. doi: 10.1016/j.amepre.2017.12.020
25. Cadore EL, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, et al. Multi-component exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. Age (Omaha). 2014;36(2):773–85. doi:10.1007/s11357-013-9586-z
26. Sherrington C, Fairhall N, Wallbank G, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community: An abridged Cochrane systematic review. Br J Sports Med. 2020;54(15):885–91. doi: 10.1136/bjsports-2019-101512
27. Clemson L, Stark S, Pighills AC, et al. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. Co-

- chrane Database Syst Rev. 2023; 10;3(3):CD013258. doi: 10.1002/14651858.cd013258.pub2
28. Stark S, Keglovits M, Arbesman M, et al. Effect of home modification interventions on the participation of community-dwelling adults with health conditions: A systematic review. Am. J. Occup. Ther. 2017;71(2). doi: 10.5014/ajot.2017.018887
29. Hopewell S, Copsey B, Nicolson P, et al. Multifactorial interventions for preventing falls in older people living in the community: a systematic review and meta-analysis of 41 trials and almost 20 000 participants. Br J Sports Med. 2019;54(22):1340–50. doi: 10.1136/bjsports-2019-100732
-
- Cómo citar este artículo/To reference this article:
- Rojas-Morales A, Torres-Pedroza AJ, Balcázar-Rueda E et al. Mejora de la capacidad física funcional, gestión de riesgos y seguridad en el hogar por personas adultas mayores. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(1):e1551. doi: 10.5281/zenodo.18020110

Estefanía Gómez-Bustos^{1a}, Niria Karina López-Vidal^{1b}, Alejandro Santibáñez-Hernández^{1c}, Gloria Patricia Sosa-Bustamante^{1d}, Alma Patricia-González^{1e}, Gabriela del Rocio Saldivar-Lara^{1f}, Carlos Paque-Bautista^{1g}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Unidad Médica de Alta Especialidad Gineco Pediatría No. 48. Dirección de Educación e Investigación en Salud. León, Guanajuato, México

Aprobado por el Comité de Ética y Local de Investigación en Salud 1002-R-2022-1002-27

Doi: 10.5281/zenodo.18020175

Resumen

ORCID

0009-0009-8980-0939^a
0009-0001-5534-595X^b
0009-0003-5702-824X^c
0000-0002-8460-4965^d
0000-0002-3401-7519^e
0009-0001-3189-4938^f
0000-0002-2658-0491^g

Palabras clave (DeCS):

Pruebas de Aptitud
Aprendizaje
Pruebas de Inteligencia
Rol de la Enfermera
Estudiantes de Enfermería

Introducción: la aptitud académica-cognitiva de los profesionales de la salud circunscribe el tipo de inteligencia, el nivel de competencia y el estilo de aprendizaje, entendidos como la forma en que cada persona recibe y analiza la información para adquirir un conocimiento significativo.

Objetivo: analizar la interrelación entre la aptitud académica-cognitiva de los estudiantes de cursos posttécnicos de enfermería y su rendimiento académico.

Metodología: estudio transversal analítico realizado con 88 estudiantes de cuatro cursos posttécnicos de enfermería. Se utilizó la prueba VAK para identificar el estilo de aprendizaje (visual, auditivo y kinestésico), la prueba de Inteligencias Múltiples de Howard Gardner y el cuestionario EBP-COQ Prof® para determinar el nivel de competencia. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial. Valor de $p < 0.05$. Paquete estadístico NCSS 2024®.

Resultados: la media de edad fue de 33.5 años (RIC 30 - 35.75), con predominio de mujeres (68.1%). Predominó el estilo de aprendizaje kinestésico (51.1%), seguido por dos o más tipos de inteligencia (48.8%) y un nivel de competencia medio (39.7%). Se identificó mayor rendimiento académico en las mujeres que en los hombres ($p = 0.01$).

Conclusiones: el cuestionario EBP-COQ Prof® permitió relacionar las competencias con el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería. Las competencias y el rendimiento académico deben analizarse de manera conjunta para evaluar integralmente al alumno.

Keywords (DeCS):

Aptitude Test
Learning
Intelligence Test
Students, Nursing
Nurse's Rol

Abstract

Introduction: The academic-cognitive aptitude of healthcare professionals encompasses the type of intelligence, level of competence, and learning style—the way in which each person receives and analyzes information to acquire meaningful knowledge.

Objective: To analyze the interrelationship between the academic-cognitive aptitude of post-technical nursing students and their academic performance.

Methodology: This was an analytical cross-sectional study with 88 students from four post-technical nursing courses. The VAK learning style assessment (visual, auditory, and kinesthetic), the Howard Gardner multiple intelligences test, and the EBP-COQ Prof® questionnaire were used to assess competency levels. Descriptive and inferential statistics were performed. The p-value was set $p < 0.05$. Statistical software used was NCSS 2024®.

Results: Mean age 33.5 (IQR 30-35.75) years, 68.1% female. Kinesthetic learning style predominated (51.1%), with two or more types of intelligence (48.8%) and an average level of competence (39.7%). Higher academic performance was identified in women than in men ($p = 0.01$).

Conclusions: The EBP-COQ Prof® questionnaire allowed for the correlation between competencies and academic performance of nursing students. Competencies and academic performance should be analyzed together to comprehensively evaluate the student.

Correspondencia:

Carlos Paque Bautista

Correo electrónico:

paque5b@hotmail.com

Fecha de recepción:

17/06/2025

Fecha de aceptación:

23/09/2025

Introducción

La aptitud académica-cognitiva de los profesionales de la salud circunscribe los estilos de aprendizaje, el tipo de inteligencia y el nivel de competencia. La manera en que cada persona recibe y analiza la información para adquirir un conocimiento significativo constituye el estilo de aprendizaje.¹

El procesamiento y la adquisición de mayor conocimiento se favorecen cuando la información se presenta de acuerdo con la forma preferida por cada individuo.² Los estilos de aprendizaje se ven influenciados por la personalidad, las experiencias vividas, las destrezas y el entorno en el que se desarrolla cada persona;³ es decir, las situaciones y condiciones sociales contribuyen a la adquisición o modelaje del estilo de aprendizaje.^{4,5}

Grinder y Blender⁶ desarrollaron un modelo de programación neurolingüística basado en la teoría de tres métodos y en la forma en que los seres humanos reciben, procesan y almacenan información. El método visual facilita el aprendizaje mediante imágenes, es instantáneo y permite retener la información; el método auditivo se basa en sonidos y favorece el conocimiento mediante estímulos musicales, y el método kinestésico se centra en el tacto y la práctica repetitiva y cíclica.^{7,8}

La inteligencia en el ser humano es la combinación de habilidades y destrezas para solucionar problemas nuevos.⁹ La teoría de las inteligencias múltiples, desarrollada por Howard Gardner,¹⁰ propone un modelo que reconoce diversas capacidades humanas representadas en ocho tipos de inteligencia cuyo desarrollo es independiente entre sí. La *inteligencia lingüística* facilita la expresión escrita y oral; la *lógico-matemática* permite procesar operaciones mentales; la *musical* se relaciona con la apreciación de ritmos y tonos;¹¹ la *naturalista* utiliza el entorno para potenciar la creatividad; la *corporal* favorece la coordinación y el control del cuerpo; la *visual-espacial* permite manejar la ubicación tridimensional y reconocer formas; la *intrapersonal* se vincula con el autoanálisis, y la *interpersonal* describe la capacidad de empatizar con los demás.¹²

Gómez *et al.*¹³ señalan que la competencia es un vínculo entre el conocimiento, las destrezas y los valores, así como la forma en que estos se emplean para enfrentar y resolver situaciones reales (saber-saber, saber-hacer y saber-ser). Tuning establece que los profesionales de enfermería deben poseer competencias cognitivas (conocimiento y destrezas) y competencias axiológicas (valores y ética).¹⁴ Muñiz *et al.* coinciden en que las competencias

profesionales de enfermería se dividen en el “*ser*”, que sustenta la ética de un cuidado humanizado basado en valores, costumbres y creencias, y el “*hacer*”, que integra las competencias clínicas para proporcionar cuidados oportunos.¹⁵ El desarrollo de estas competencias permite al profesional de enfermería enfrentar diversas situaciones en entornos complejos de la práctica cotidiana.¹⁶

Por otro lado, el rendimiento académico es el valor asignado a los conocimientos adquiridos por los estudiantes durante su periodo escolar.¹⁷ Es una estimación que establece la relación dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, puede ser cualitativa o cuantitativa y constituye un factor de evaluación de la calidad educativa.¹⁸

Si bien los enfoques de investigación suelen centrarse en los estilos de aprendizaje y los tipos de inteligencia, son escasos los estudios que analizan la relación entre estilo de aprendizaje, tipo de inteligencia y nivel de competencia con el rendimiento académico. Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar si existe diferencia en la aptitud académica-cognitiva según el rendimiento académico en estudiantes de cursos postécnicos de enfermería.

Metodología

Estudio observacional, prospectivo, longitudinal y analítico. Se incluyó a todos los alumnos de los cursos postécnicos de enfermería nefrológica, pediátrica, quirúrgica y de medicina de familia, con sede en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Pediatria No. 48, del Centro Médico Nacional del Bajío. Mediante muestreo no probabilístico de casos consecutivos se incluyeron 88 alumnos: pediátrica ($n = 21$), quirúrgica ($n = 21$), nefrológica ($n = 22$) y medicina de familia ($n = 24$).

Instrumentos de medición

Para evaluar la aptitud académica-cognitiva se utilizaron los cuestionarios VAK (visual, auditivo y kinestésico). La prueba VAK consta de 24 preguntas que sitúan al alumno en distintos escenarios con respuestas de opción múltiple, permitiendo identificar el estilo de aprendizaje predominante. También se aplicó la prueba de Inteligencias Múltiples de Howard Gardner, con 35 preguntas de respuesta verdadero y falso, para identificar los tipos de inteligencia según las características percibidas por cada participante. Finalmente, se administró el cuestionario EBP-COQ Prof[®] para evaluar el nivel de competencia,

compuesto por 35 ítems con escala de Likert de 1 a 5; a mayor puntuación, mayor nivel de competencia. El tiempo de respuesta por cuestionario fue de 15 a 20 minutos. La evaluación de los resultados para determinar el estilo de aprendizaje, tipo de inteligencia y nivel de competencia de cada alumno fue realizada por uno de los investigadores. El rendimiento académico se obtuvo a partir de los puntajes de calificaciones de los dos primeros cuatrimestres de cada curso posttécnico de enfermería.

Análisis estadístico

Se reportaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Se analizaron las diferencias entre dichas variables mediante la prueba de Chi cuadrada o la prueba exacta de Fisher, según su frecuencia. Se realizó estadística descriptiva para las variables cuantitativas y se evaluó la distribución de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las diferencias entre variables cuantitativas se establecieron con la prueba U de Mann-Whitney. Para el análisis de tres grupos o más se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Se realizó ANCOVA. Se consideró significancia estadística con un valor de $p < 0.05$. Se empleó el paquete estadístico NCSS 2024®.

Aspectos éticos

El presente estudio se consideró una investigación de riesgo mínimo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo 17. Asimismo, se solicitó el consentimiento informado a los participantes del estudio. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética para la Investigación en Salud y el Comité Local de Investigación en Salud 1002, con número de registro R-2022-1002-27.

Resultados

En el total de participantes, el promedio de edad general (33.5 años) fue similar al de cada curso posttécnico, con predominio de mujeres (60%). El 50% de los participantes refirió tener dos hijos. Poco más de la mitad cuenta con grado académico de licenciatura (54%) y señaló no haber tenido procesos de formación en los últimos siete años; no obstante, el rendimiento académico general fue de 8.9 ([cuadro I](#)).

En los estilos de aprendizaje de los participantes en relación con el nivel de competencia, predominó el estilo kinestésico en el nivel alto (48%), en el nivel medio (51.4%) y en el nivel bajo (53.5%). Respecto a la relación entre los tipos de inteligencia y el nivel de competencia, se identificó que la inteligencia intrapersonal se presentó en los tres niveles, predominando en el nivel medio. Asimismo, las combinaciones de dos o más tipos de inteligencia fueron frecuentes en los niveles alto (48%), medio (42.8%) y bajo (57.1%). No se identificaron alumnos con inteligencia naturalista ni corporal. Tanto en los estilos de aprendizaje como en los tipos de inteligencia no se encontró asociación significativa ([cuadro II](#)).

En el total de alumnos participantes de los cuatro cursos posttécnicos de enfermería, el rendimiento académico fue similar en relación con los estilos de aprendizaje, tipos de inteligencia y nivel de competencia. No se encontró asociación significativa ([figuras 1, 2 y 3](#)).

Al comparar el rendimiento académico entre hombres y mujeres de cada grupo, las mujeres del curso de pediatría mostraron mayor rendimiento académico que los hombres del mismo grupo: 8.7 (RIC 8.48 - 8.85) y 8.4 (RIC 8.35 - 8.45), $p = 0.01$ ([figura 4](#)).

Con la prueba ANCOVA se analizó el rendimiento académico en función de la edad y el sexo en todos los grupos, sin encontrarse efecto significativo de la edad ($p = 0.42$), del sexo ($p = 0.54$) ni de la interacción sexo-edad ($p = 0.59$). Modelo $p = 0.63$ ([figuras 5a-d](#)).

Discusión

Al analizar la aptitud académica-cognitiva, en el presente estudio se demostró que las mujeres obtuvieron mejor rendimiento académico que los hombres, únicamente en el CPEP. Un estudio realizado por Gutiérrez *et al.* mostró resultados similares, con promedios más altos en mujeres en ciencias agropecuarias, ciencias de la educación, ciencias económicas y administrativas.¹⁹ Entre el estado civil y el rendimiento académico no se encontró asociación, a diferencia de lo reportado por Alvarado *et al.*, quienes demostraron que los alumnos solteros presentaron mejor rendimiento académico.²⁰

El predominio del estilo de aprendizaje kinestésico, de la combinación de dos o más tipos de inteligencia y, de manera individual, de la inteligencia intrapersonal, así como del nivel de competencia medio, sugiere que la mayoría de los estudiantes de los cursos posttécnicos de enfermería aprenden mediante la realización y repetición de técnicas

Cuadro I Características generales y rendimiento académico de los alumnos de cursos posttécnicos de enfermería (*n* = 88)

Variable	Categoría	Total	Curso posttécnico de enfermería				<i>p</i>
			Pediátrica <i>n</i> = 21	Quirúrgica <i>n</i> = 21	Nefrológica <i>n</i> = 22	Medicina de familia <i>n</i> = 24	
Edad (años) ^a	Mediana	33.5	32	31	33.5	35	0.11
	Rango IQ	(30-35.75)	(29-34.5)	(28.5-34.5)	(30-38)	(33.2-36)	
Sexo, <i>n</i> (%) ^b	Femenino	60 (68.18)	14 (15.90)	17 (19.31)	17 (19.31)	12 (13.63)	0.10
	Masculino	28 (31.82)	7 (7.95)	4 (4.54)	5 (5.68)	12 (13.63)	
Nivel académico, <i>n</i> (%) ^b	Técnico	30 (34.09)	3 (3.40)	9 (10.22)	9 (10.22)	9 (10.22)	0.08
	Licenciatura	54 (61.36)	18 (20.45)	12 (13.63)	12 (13.63)	12 (13.6)	
	Maestría	4 (4.54)	0	0	1 (1.13)	3 (3.4)	
Estado civil, <i>n</i> (%) ^b	Soltero (a)	44 (50)	10 (11.36)	13 (14.77)	11 (12.5)	10 (11.36)	0.05
	Casado (a)	36 (40.90)	5 (5.68)	7 (7.95)	11 (12.5)	13 (14.77)	
	Unión libre	7 (7.95)	5 (5.68)	1 (1.13)	0	1 (1.13)	
	Divorciado (a)	1 (1.13)	1 (1.13)	0	0	0	
Número de hijos ^a	Mediana	2	2	1	2	2	0.97
	Rango IQ	(1-3)	(1-3)	(1-3)	(1-2.25)	(1-2.75)	
Con hijos, <i>n</i> (%) ^b	Mediana	50	13	11	13	13	0.65
	Rango IQ	(56.81)	(14.77)	(12.5)	(14.77)	(14.77)	
Tiempo sin estudiar (años) ^a	Mediana	7	5	6	8	10	0.01
	Rango IQ	(4-10)	(4-8)	(3.5-8)	(3.5-12.25)	(5.5-11.5)	
Rendimiento académico ^a	Mediana	8.9	8.5	9.1	8.9	9.1	0.001
	Rango IQ	(8.6-9.15)	(8.4-8.7)	(8.8-9.2)	(8.6-9.1)	(8.85-9.2)	

^aDatos expresados en mediana y rangos intercuartílicos, analizados con prueba Kruskal-Wallis

^bDatos expresados en número y porcentaje y analizados con prueba de Chi cuadrada

Cuadro II Asociación del estilo de aprendizaje y tipo de inteligencia con el nivel de competencia (*n* = 88)

Estilo de aprendizaje <i>n</i> (%)	Nivel de competencia			<i>p</i>
	Alto (n = 25)	Medio (n = 35)	Bajo (n = 28)	
Visual	8 (32)	12 (34.2)	8 (28.5)	0.88
Auditivo	3 (12)	2 (5.7)	1 (3.5)	
Kinestésico	12 (48)	18 (51.4)	15 (53.5)	
≥ 2 estilos	2 (8)	3 (8.5)	4 (14.2)	
Tipo de inteligencia <i>n</i> (%)	Nivel de competencia			0.80
	Alto (n = 25)	Medio (n = 35)	Bajo (n = 28)	
Lingüística	0 (0)	1 (2.8)	0 (0)	
Lógica-Matemática	2 (8)	2 (5.7)	1 (3.5)	
Visual-Espacial	2 (8)	3 (8.5)	1 (3.5)	
Musical	0 (0)	3 (8.5)	2 (7.1)	
Intrapersonal	5 (20)	8 (22.8)	7 (25)	
Interpersonal	4 (16)	3 (8.5)	1 (3.5)	
≥ 2 tipos de inteligencia	12 (48)	15 (42.8)	16 (57.1)	

Datos expresados en número y porcentaje y analizados con prueba de Chi cuadrada

Figura 1 Rendimiento académico y estilos de aprendizaje de alumnos de cursos posttécnicos ($n = 88$)

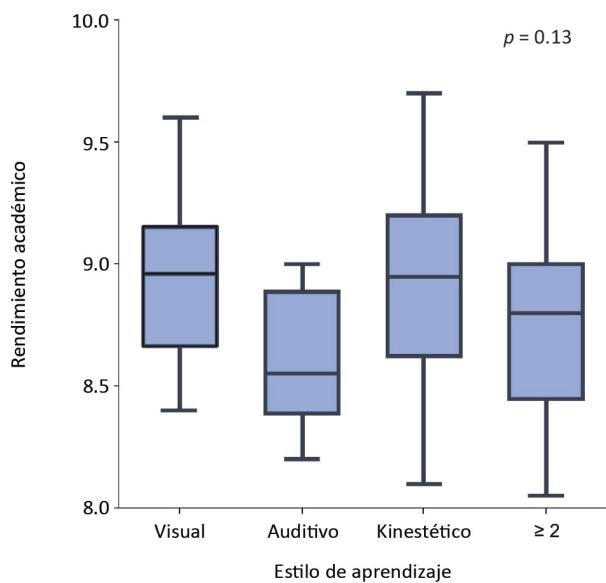


Figura 2 Rendimiento académico y tipos de inteligencias de alumnos de cursos posttécnicos ($n = 88$)

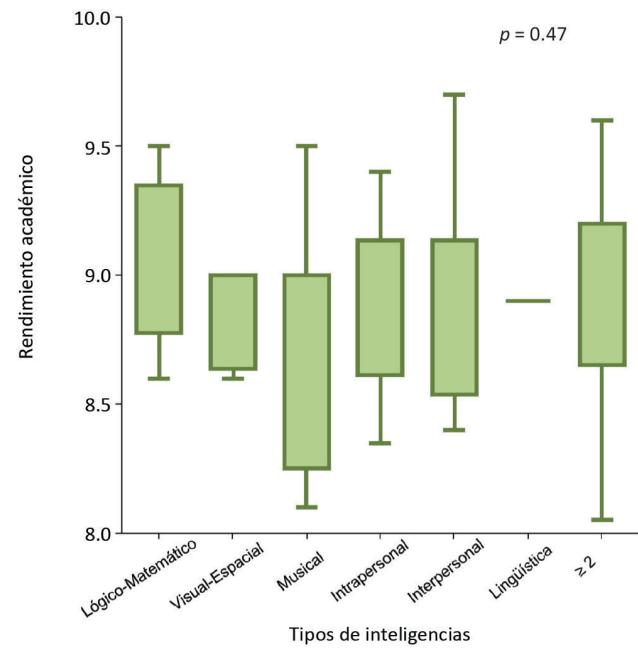


Figura 3 Rendimiento académico y nivel de competencia de alumnos de cursos posttécnicos ($n = 88$)

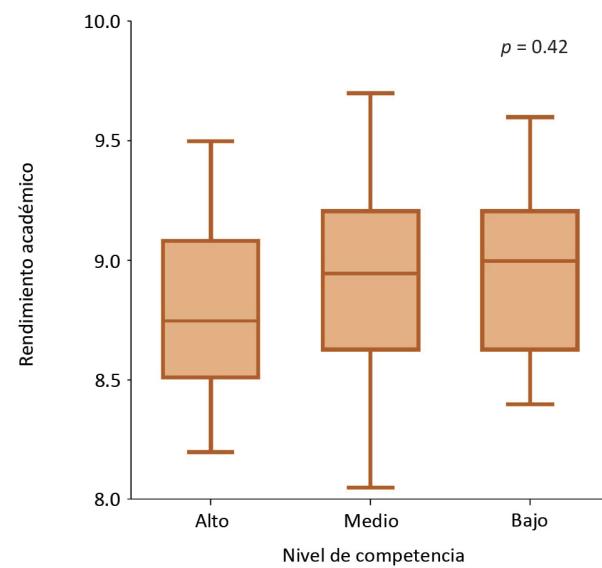
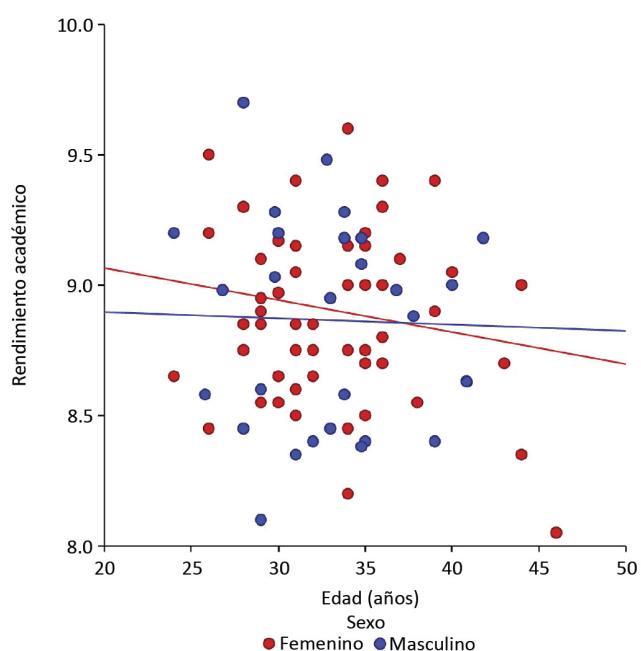


Figura 4 Interacción entre edad y sexo sobre el rendimiento académico del total de alumnos de los cursos posttécnicos ($n = 88$)



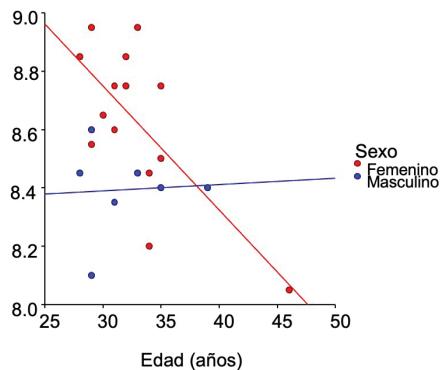
especializadas propias de su campo. Esto difiere de lo observado en estudiantes de psicología, donde predomina el estilo reflexivo, ya que esta disciplina demanda un análisis más profundo de la información desde diversas perspectivas.²¹ Por otra parte, mientras que en estudiantes de psicología predomina la inteligencia interpersonal, que facilita la inte-

racción con los demás,²² en los estudiantes de enfermería predominó la inteligencia intrapersonal, basada en el conocimiento de sí mismo, el mejor control del estrés y la adecuada resolución de problemas.²³

Es relevante señalar que la falta de asociación entre el rendimiento académico y los estilos de aprendizaje, tipos

Figura 5 (a,b,c,d) Interacción entre edad y sexo sobre el rendimiento académico de los alumnos de los cursos posttécnicos

a) Enfermería Pediátrica (CPEP)



luación de las competencias docentes para fortalecer los procesos de enseñanza-aprendizaje orientados no solo a la adquisición de conocimientos, sino también al desarrollo de competencias que exceden el dominio de la materia.

Una fortaleza del presente estudio fue la aplicación del cuestionario EBP-COQ Prof[®] para relacionar las competencias con el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería. Así, las competencias y el rendimiento académico deben analizarse de manera conjunta

para evaluar integralmente al alumno, en contraste con enfocarse únicamente en la evaluación de las competencias y su importancia para el cumplimiento satisfactorio de la práctica profesional.²⁷

Una limitante identificada fue la heterogeneidad del contenido temático y del grado de dificultad de los cursos posttécnicos de enfermería, factores que influyen en el desarrollo de la aptitud académica-cognitiva y el rendimiento académico.

Referencias

1. Beltran J., Padilla J., Panduro J. Propuestas abordadas a los estilos de aprendizaje: revisión sistemática. Centro Sur Social Science Journal [Internet]. 2021 [Consultado 14 Oct 2024]; 418-433 E(4). Disponible en: <http://centrosureditorial.com/index.php/revista>
 2. Marcos B., Alarcón V., Serrano N., et al. Aplicación de los estilos de aprendizaje según el modelo de Felder y Silverman para el desarrollo de competencias clave en la práctica docente. Tendencias Pedagógicas [Internet]. 2020 [Consultado 10 Oct 2024]; 104-120 (37). Disponible en: <https://doi.org/10.15366/tp2021.37.009>
 3. Esteves Z., Chenet E., Pibaque., et al. Estilos de aprendizaje para la superdotación en el talento humano de estudiantes universitarios. Revista de Ciencias Sociales (RCS) [Internet]. 2020 [Consultado 10 Oct 2024]; 225-235 26(2). Disponible en: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_ES
 4. Rodríguez A., Sánchez M., Constantino I. Una descripción sobre los estilos de aprendizaje VAK de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Quintana Roo. Cuaderno del Pedagogía Universitaria [Internet]. 2020 [Consultado 10 Oct 2024]; 162-170 19(38). Disponible en: <http://cuaderno.pucmm.edu.do>
 5. Olmedo J. Estilos de aprendizaje y rendimiento académico escolar desde las dimensiones cognitiva, procedimental y actitudinal. Revista de Estilos de Aprendizaje/ Journal of Learning Styles. [Internet]. 2020 [Consultado 14 Oct 2024]; 143-159 26(13). Disponible en: www.revistaestilosdeaprendizaje.com
 6. Yumán I. Relación entre rendimiento académico y estilos de aprendizaje. Revista Guatemalteca de Educación Superior [Internet]. 2020 [Consultado 25 Oct 2024]; 1-11 3(2). Disponible en: <https://doi.org/10.46954/revistages.v3i2.27>
 7. Marambio J., Becerra., D., Cardemil F., et al. Estilo de aprendizaje según vía de ingreso de información en srstudentes de programas de postítulo en otorrinolaringología. Rev. Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello [Internet]. 2019 [Consultado 25 Oct 2024]; 404-413 79. Disponible en: <file:///D:/Protocolo/Articulos%20Para%20Protocolo/Estilos%20de%20Aprendizaje/7%20estilo%20de%20aprendizaje%20seg%C3%BAAn%20v%C3%ADa%20en%20residentes%20de%20programas%20de%20postitulo%20en%20otorrino.pdf>
 8. Mendoza M., León X., Viscaíno F. Gestión del proceso enseñanza-aprendizaje: estilos del aprendizaje y rendimiento académico. Revista Venezolana de Gerencia (RVG) [Internet]. 2022 [Consultado 14 Oct 2024]; 281-296 27(7). Disponible en: <https://doi.org/10.52080/rvgluz.27.7.19>
 9. Souza L., Goncalves S. A Teoria das Inteligencias Multiplas de Gardner e sua Contribucao para a Educacao. Revista Académica Educacao e Cultura em Debate. [Internet]. 2021 [Consultado 14 Oct 2024]; 148 – 168 7 (1). Disponible en: <file:///D:/Protocolo/Articulos%20para%20Protocolo/Tipos%20de%20Inteligencia/16%20teoria%20de%20las%20inteligencias%20multiples%20de%20garden%20y%20su%20contribucion%20a%20la%20educaci%C3%B3n.pdf>
 10. León A., Velásquez B. Desarrollo del Pensamiento e Inteligencia Visual-Espacial en Estudiantes Universitarios. Tourism and Hospitality International Journal (THIJ). [Internet]. 2021 [Consultado 14 Oct 2024]; 53-74 17(1). Disponible en: <file:///D:/Protocolo/Articulos%20para%20Protocolo/Tipos%20de%20Inteligencia/15%20desarrollo%20del%20pensamiento%20e%20inteligencia%20visual-espacial%20en%20estudiantes%20univ.pdf>
 11. García C. Los modelos de aprendizaje como herramientas y técnicas para potenciar la trayectoria académica del universitario. Rev Cuba Educ Super. [Internet]. 2019 [Consultado 14 Oct 2024]; 1-18 38 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S025743142019000300017
 12. Vaquero M. Relación entre Inteligencia Emocional y Rendimiento Académico en Adolescentes dentro de un Centro Educativo de Excelencia en Sao Paulo. Tesis Doctoral. [Internet]. Salamanca. Universidad de Salamanca. 2020. Disponible en: Relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico en ... - Vaquero Diego, María - Google Libros
 13. Gómez M., Hernández S., Crespo A., et al. Fiabilidad de una escala para la evaluación de competencias enfermeras: estudio de concordancia. Educación Médica. [Internet]. 2019 [Consultado 28 Oct 2024]; 221-230 20(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.12.002>
 14. Vallejo L., Ruiz M., Jiménez V., et al. Instrumentos para medir competencias en enfermería: revisión sistemática. SANUS. [Internet]. 2021. [Consultado 16 Oct 2024]; 1-22. 6e198. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.198>
 15. Muñiz G., García M., Rodríguez C., et al. Competencias del ser y hacer en enfermería: revisión sistemática y análisis empírico. Revista Cubana de Enfermería. [Internet]. 2019. [Consultado 17 Oct 2024]; 1-20 2 (35). Disponible en: <file:///D:/Protocolo/Articulos%20Para%20Protocolo/Nivel%20DE%20Competencia/20%20competencias%20del%20ser%20y%20hacer%20en%20enfermer%C3%ADa.pdf>
 16. Guía M. Teoría y práctica en el desarrollo de las competencias de enfermería en pediatría. Revista de Salud VIVE. [Internet]. 2019. [Consultado 15 Oct 2024]; 84-91. 5 (2). Disponible en: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v2i5.28>
 17. Orejarena H. Relación entre Inteligencia Emocional, Estilos de

- Aprendizaje y Rendimiento Académico en un Grupo de Estudiantes de Psicología. Inclusión y Desarrollo. [Internet]. 2020 [Consultado 14 Oct 2024]; 22-36 7 (2). Disponible en: <http://revistas.uniminuto.edu/index.php/IYD>
18. Caballero E., Avendaño M., Losada P., et al. Estilos de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes de enfermería durante evaluaciones de simulación clínica. Revista Cubana de Enfermería. [Internet]. 2020. [Consultado 16 Oct 2024]; e3528 36(4). Disponible en: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
19. Gutiérrez J., Garzón J., Segura A. Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios. Formación Universitaria. [Internet]. 2021. [Consultado 1 Nov 2024]; 13-24 14(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062021000100013>
20. Duarte C., Alvarado I., Suárez J. Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de enfermería. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. [Internet]. 2021[Consultado 25 Oct 2024]; 1-13 40(9). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55971716008>
21. Flores J., Velázquez B., Moreno T. Actitudes, Estrategias y Estilos de Aprendizaje en estudiantes universitarios. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. [Internet]. 2021 [Consultado 25 Oct 2024]; 1-16 15(8). Disponible en: <http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticyvalores.com/>
22. Rondan F., Coa Rocío., Gonzalez J., et al. Inteligencias múltiples en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. Ciencia Latina Revista Multidisciplinar. [Internet]. 2022 [Consultado 25 Oct 2024]; 2954-2970 6(6). Disponible en: <https://doi.org/10.37811/cl.rcm.v6i6.3746>
23. López B. Las Inteligencias Múltiples y el Rendimiento Académico. Sinopsis Educativa. [Internet]. 2021 [Consultado 25 Oct 2024]; 333-343 21(1). Disponible en: [+file:///D:/Protocolo/Articulos%20Para%20Protocolo/Para%20Discusi%C3%93N/21%20las%20inteligencias%20m%C3%BAtipos%20y%20el%20rendimiento%20acad%C3%A9mico.pdf](file:///D:/Protocolo/Articulos%20Para%20Protocolo/Para%20Discusi%C3%93N/21%20las%20inteligencias%20m%C3%BAtipos%20y%20el%20rendimiento%20acad%C3%A9mico.pdf)
24. Soto I., Zúñiga A. Estilos de aprendizaje bajo un modelo de programación neurolingüística y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Espíritu Emprendedor TES [Internet]. 2020 [Consultado 15 Oct 2024]; 77-91 3(4). Disponible en: <https://doi.org/10.33970/eetes.v4.n3.2020.217>
25. Ortega W., Sherly M. Estilos de aprendizaje y su relación con el rendimiento académico de los estudiantes Universitarios de la Facultad de Educación y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Uyacali. Revista de Estilos de Aprendizaje/ Journal of Learning Styles [Internet]. 2020 [Consultado 14 Oct 2024]; 183-197 25 (13). Disponible en: www.revistaestilosdeaprendizaje.com
26. Liu C., Rajagopalan J., Wainman B., et al. Why do instructors pass underperforming students? A Q-methodology study. Medical Education (BMC). [Internet]. 2024. [Consultado 20 Oct 2024]; 2-12 1135(24). Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12909-024-06126-2>
27. Barría V., Martínez R., Robledo H. Estilos de parentización y metacognición en la Práctica Profesional. Praxis & Saber [Internet]. 2022 [Consultado 25 Oct 2024]; e14460 35(13). Disponible en: <https://doi.org/10.19053/22160159.v13.n35.2022.14460>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Gómez-Bustos E., López-Vidal NK, Santibáñez-Hernández A, et al. Rendimiento académico en estudiantes de cursos posttécnicos de enfermería con base en el desarrollo de la aptitud académica-cognitiva. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(1):e1552 doi: 10.5281/zenodo.18020175

Jessica Maldonado-Granados^{1a}, Juan Martín Morales-Bedolla^{2b}, Brenda Paulette Morales-Hernández^{1c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Zacapu, Michoacán, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2, Servicio de Hemodiálisis. Zacapu, Michoacán, México

Autorizado por: CLEI-1603-R-2024-1603-008

Doi: 10.5281/zenodo.18020228

ORCID

0009-0008-0837-904X^a

0000-0002-9427-2722^b

0000-0002-0632-2815^c

Palabras clave (DeCS):

Depresión
Enfermedad Renal Crónica
Terapia de Reemplazo Renal

Resumen

Introducción: la depresión es un problema de salud pública. El duelo del paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento sustitutivo al perder autonomía laboral y convertirse en dependiente funcional disminuye, el afrontamiento a su enfermedad

Objetivo: determinar la relación entre variables clínicas y sociodemográficas con el nivel de depresión en pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo.

Metodología: estudio transversal analítico en 100 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años con enfermedad renal crónica y tratamiento sustitutivo de hemodiálisis (50) y diálisis peritoneal (50). Se utilizó la Escala Hamilton para depresión, con alfa de Cronbach de 0.7. Análisis con estadística descriptiva, prueba Fisher y OR para asociación de variables con valor significativo $p < 0.05$.

Resultados: del total de pacientes 50% con diálisis peritoneal y 50% con hemodiálisis. Con una distribución por sexo 55% hombres y 45% mujeres, con edad media de 52.47 ± 15.06 años. El 99% de los pacientes presenta depresión con predominio en nivel moderada (38%) y muy severa (29%); con depresión severa (16%) y leve (16%). Se encontró relación entre depresión con diabetes mellitus ($p = 0.017$) e hipertensión ($p = 0.026$).

Conclusión: existe un alto índice de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica independientemente a la modalidad de tratamiento renal sustitutivo. Se encontró relación entre la depresión con la diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

Keywords (DeCS):

Depression
Chronic Kidney Disease
Renal Replacement Therapy

Abstract

Introduction: Depression is a public health problem. Grief experiences in patients with chronic kidney disease (CKD) undergoing renal replacement therapy, as they lose work autonomy and become functionally dependent, hindering their ability to cope with their illness.

Objective: To determine the relationship between clinical and sociodemographic variables and the level of depression in patients with chronic kidney disease undergoing renal replacement therapy.

Methodology: This was an analytical cross-sectional study of 100 patients of both sexes, over 18 years of age, with chronic kidney disease and renal replacement therapy consisting of hemodialysis (50) and peritoneal dialysis (50). The Hamilton Depression Rating Scale was used, with a Cronbach's alpha of 0.7. Analysis was performed using descriptive statistics, Fisher's exact test, and odds ratios (OR) for association of variables with a significance level of $p < 0.05$.

Results: Of the total number of patients, 50% were on peritoneal dialysis and 50% on hemodialysis. The sex distribution was 55% male and 45% female, with a mean age of 52.47 ± 15.06 years. 99% of patients presented with depression, predominantly moderate (38%) and very severe (29%); 16% had severe depression and 16% had mild depression. A relationship was found between depression and diabetes mellitus ($p = 0.017$) and hypertension ($p = 0.026$).

Conclusion: There is a high rate of depression in patients with chronic kidney disease, regardless of the type of renal replacement therapy. A relationship was found between depression and diabetes mellitus and systemic hypertension.

Correspondencia:

Brenda Paulette Morales
Hernández

Correos electrónicos:

bpmh13@hotmail.com
brenda.moraleshe@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

18/06/2025

Fecha de aceptación:

13/10/2025

Introducción

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes, afectando a más de 450 millones de personas y representando la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Su etiología es multifactorial e involucra componentes genéticos, biológicos y psicosociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cuatro personas padecerá algún episodio depresivo durante su vida, independientemente de su edad o nivel socioeconómico.¹ En México, la prevalencia de depresión en mayores de 20 años es del 16.7%, con mayor frecuencia en mujeres y en personas con bajo índice de bienestar.²

La depresión se manifiesta con fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, y en los casos más graves, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.³ Este panorama refleja la urgencia de otorgar atención prioritaria a la salud mental, especialmente en poblaciones vulnerables con enfermedades crónicas como la enfermedad renal crónica (ERC).⁴

La ERC afecta al 10% de la población mundial y constituye una de las principales causas de mortalidad, generando alrededor de 2.4 millones de muertes anuales. Su prevalencia se relaciona estrechamente con la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el envejecimiento.⁵ En México, la prevalencia para todas las edades y ambos sexos en 2021 fue de 9184.9 casos por cada 100 000 habitantes (9.18%).⁶ En el estado de Michoacán, un estudio realizado en 3901 adultos mayores de 20 años reportó una prevalencia del 21.9% durante el periodo 2017-2019.⁷

La Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) define la ERC como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante un periodo superior a tres meses. Su diagnóstico se basa en criterios como el descenso de la TFG < 60 ml/min/1.73 m², albuminuria o proteinuria.⁸

Entre el 20 y el 50% de los pacientes con DM2 pueden desarrollar algún grado de daño renal; su fisiopatología es multifactorial.⁹ Por otro lado, la hipertensión arterial sistémica (HAS) es una causa importante de ERC; el control adecuado y la detección temprana de microalbuminuria pueden retardar su progresión.¹⁰ El envejecimiento renal conlleva cambios estructurales y funcionales; en personas mayores, las comorbilidades como DM2 y HAS se suman al deterioro renal asociado con la edad, lo que incrementa el riesgo de ERC.¹¹ En estadios avanzados, los pacientes

requieren terapia renal sustitutiva mediante hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante.¹²

El trastorno psiquiátrico más común en pacientes con ERC bajo terapias sustitutivas es la depresión.¹³ Se estima que entre el 25 y el 30% de estos pacientes presentan síntomas depresivos.¹⁴ La coexistencia de ERC y depresión se asocia con menor adherencia terapéutica, incremento en hospitalizaciones, peor calidad de vida y mayor mortalidad.² La fatiga, el aislamiento social, la pérdida de roles familiares y laborales, así como la dependencia del tratamiento, contribuyen al deterioro emocional.¹⁵ El diagnóstico de depresión se apoya en herramientas validadas, como la Escala de Hamilton (HDRS), recomendada por guías internacionales.¹⁶

Esta investigación destaca la necesidad de explorar factores específicos asociados con la depresión en población mexicana con ERC en tratamiento sustitutivo, tales como las condiciones socioeconómicas, la percepción de apoyo familiar y la duración del tratamiento. Asimismo, se requiere evaluar la eficacia de intervenciones psicoeducativas y de enfermería dirigidas a disminuir los niveles de depresión. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de depresión en pacientes con ERC en terapia dialítica, identificando los factores asociados y la necesidad de estrategias multidisciplinarias que integren atención psicológica, social y médica.

Metodología

Estudio transversal analítico realizado con pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo que se encontraban en la sala de espera del departamento de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de febrero a junio de 2024.

El tamaño de muestra representativa fue de 100 pacientes, con una proporción esperada del 50%. Se calculó mediante la fórmula para población finita, con base en un total de 135 pacientes, empleando un intervalo de confianza del 95% y un error permitido del 5%.

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo probabilístico aleatorizado simple, a partir del universo de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Se utilizó una tabla de números aleatorios para asignar a los participantes en dos grupos, garantizando igualdad de probabilidad y homogeneidad en la distribución por tipo de terapia sustitutiva: grupo 1, con 50 pa-

cientes en hemodiálisis, y grupo 2, con 50 pacientes en diálisis peritoneal.

Se incluyeron hombres y mujeres mayores de 18 años, derechohabientes de la unidad hospitalaria, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes con discapacidad mental.

Mediante interrogatorio directo se recabaron variables sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridad y ocupación) y variables clínicas (tipo de tratamiento sustitutivo, presencia de hipertensión arterial sistémica y/o diabetes mellitus, años de evolución de dichas enfermedades, peso y talla para obtener el Índice de Masa Corporal [IMC]).

El IMC se calculó mediante la ecuación de Quetelet:¹⁷ peso (kg) / talla² (m). Se clasificó conforme a los criterios de la OMS: bajo peso < 18.5 kg/m², peso normal 18.5 - 24.99 kg/m², sobrepeso 25 - 29.99 kg/m², obesidad I 30.0 - 34.9 kg/m², obesidad II 35.0 - 39.9 kg/m² y obesidad III ≥ 40.0 kg/m².

Para la evaluación del nivel de depresión se utilizó la Escala de Hamilton,¹⁸ instrumento validado en población mexicana, ampliamente empleado en el ámbito de la medicina familiar y de fácil aplicación, con un alfa de Cronbach de 0.7. La versión reducida consta de 17 ítems en formato Likert,¹⁹ con puntuaciones de 0 - 2 o 0 - 4 según el ítem, para un total de 0 - 52 puntos. La clasificación fue: no deprimido (0 - 7), depresión ligera (8 - 13), depresión moderada (14 - 18), depresión severa (19 - 22) y depresión muy severa (≥ 23).²⁰

El interrogatorio se realizó de manera directa, otorgando el tiempo necesario para responder y aclarando dudas relacionadas con los ítems.

El proyecto se desarrolló conforme a la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Se clasificó como de riesgo mínimo, al emplear únicamente cuestionarios y recolección de datos clínicos. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos y procedimientos, asegurando su colaboración voluntaria y consciente.

El estudio fue autorizado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud 1603 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro R-2024-1603-008.

Análisis estadístico

La distribución de los datos se evaluó mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Se aplicó estadística

descriptiva. Los datos numéricos se expresaron en media y desviación estándar (DE), mientras que los datos categóricos se reportaron en frecuencias y porcentajes (%). Se utilizó la prueba de Fisher y el Odds Ratio (OR) para determinar la asociación entre variables categóricas. Se consideró diferencia estadísticamente significativa con valor $p < 0.05$. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, versión 23.

Resultados

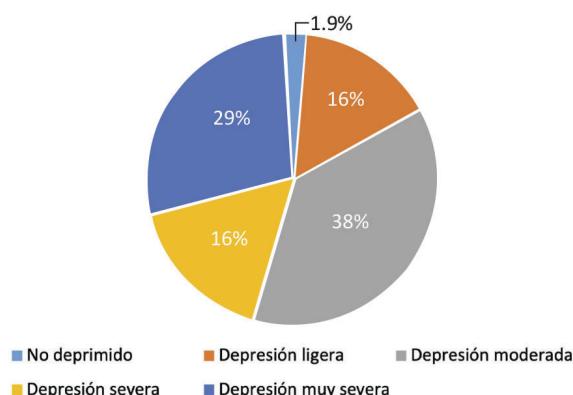
De los 100 pacientes evaluados, el 55% fueron hombres y el 45% mujeres. La edad media fue de 52.47 ± 15.06 años, IC95% (25 - 85). Predominó el estado civil casado (76%). El 37% de las participantes refirió ser ama de casa y el 25% comerciante.

La depresión se presentó en el 99% de los pacientes con ERC y tratamiento sustitutivo; de ellos, el 38% presentó depresión moderada y el 29% depresión muy severa. Cabe señalar que los pacientes con depresión ligera y severa conformaron el 32% restante (figura 1).

En el cuadro I se puede observar que los pacientes con estado civil casado presentaron con mayor frecuencia depresión moderada (34%) y muy severa (18%) ($p \geq 0.005$). La depresión moderada fue más frecuente en los hombres (24%), mientras que la depresión muy severa fue similar en hombres (15%) y mujeres (14%). Respecto a la ocupación, las amas de casa presentaron depresión en niveles moderado, severo y muy severo.

La depresión moderada (19%) y muy severa (12%) fue más frecuente en pacientes con sobrepeso; destaca el 2% de pacientes con obesidad grado III que presentó depresión muy severa. Los niveles de depresión moderada

Figura 1 Nivel de depresión de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo ($n = 100$)



Cuadro I Relación de las características sociodemográficas con el nivel de depresión de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo (*n* = 100)

Características	Nivel de depresión					Fisher <i>p</i>
	Sin depresión	Ligera	Moderada	Severa	Muy severa	
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
Estado civil						
Soltero (a)	1 (1.0)	3 (3.0)	3 (3.0)	2 (2.0)	1 (1.0)	0.005*
Casado (a)	-	12 (12.0)	34 (34.0)	12 (12.0)	18 (18.0)	
Viudo (a)	-	1 (1.0)	-	2 (2.0)	5 (5.0)	
Divorciado (a)	-	-	1 (1.0)	-	5 (5.0)	
Sexo						
Hombre	1 (1.0)	10 (10.0)	24 (24.0)	5 (5.0)	15 (15.0)	0.182
Mujer	-	6 (6.0)	14 (14.0)	11 (11.0)	14 (14.0)	
Ocupación						
Ama de casa	-	3 (3.0)	10 (10.0)	11 (11.0)	13 (13.0)	0.275
Empleado	-	3 (3.0)	6 (6.0)	-	2 (2.0)	
Jubilado	-	2 (2.0)	9 (9.0)	2 (2.0)	5 (5.0)	
Comerciante	1 (1.0)	6 (6.0)	9 (9.0)	2 (2.0)	7 (7.0)	
Otros	-	2 (2.0)	4 (4.0)	1 (1.0)	2 (2.0)	

Prueba Fisher

*Valor estadísticamente significativo *p* < 0.05

F: frecuencia; (%): (Porcentaje)

Cuadro II Relación entre el IMC, diabetes mellitus e hipertensión arterial con el nivel de depresión de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo (*n* = 100)

Variable	Categorías	Niveles de depresión					Fisher
		Sin depresión	Ligera	Moderada	Severa	Muy severa	
		F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
Índice de masa corporal	Bajo peso		1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	3 (3.0)	0.761
	Peso normal	1 (1.0)	4 (4.0)	10 (10.0)	6 (6.0)	9 (9.0)	
	Sobrepeso		9 (9.0)	19 (19.0)	8 (8.0)	12 (12.0)	
	Obesidad I		2 (2.0)	8 (8.0)	1 (1.0)	3 (3.0)	
	Obesidad II		-	-	-	-	
	Obesidad III		-	-	-	2 (2.0)	
Diabetes Mellitus	Si		6 (6.0)	17 (17.0)	11 (11.0)	22 (22.0)	0.017*
	No	1 (1.0)	10 (10.0)	21 (21.0)	5 (5.0)	7 (7.0)	
Hipertensión arterial sistémica	Si		16 (16.0)	37 (37.0)	15 (15.0)	29 (29.0)	0.026*
	No	1 (1.0)	-	1 (1.0)	1 (1.0)	-	

Prueba Fisher

*Valor estadísticamente significativo *p* < 0.05

F: frecuencia; (%): (Porcentaje); IMC: Índice de masa corporal

y muy severa también se observaron en pacientes con diabetes mellitus (17/22) e hipertensión arterial (37/29), respectivamente; cabe señalar que la frecuencia fue mayor en pacientes con hipertensión arterial (**cuadro II**).

No se encontró relación entre el estatus de control de hipertensión arterial y diabetes mellitus con el nivel de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo. Cabe señalar que, en los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial controlada y no controlada, la frecuencia de depresión muy severa fue similar (**cuadro III**).

Los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo presentan riesgo de depresión independientemente del tipo de terapia utilizada (**cuadro IV**).

Discusión

La depresión es una entidad frecuente y de alta prevalencia en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a terapia de reemplazo renal, tanto en diálisis peritoneal como en hemodiálisis. Sin embargo, no se presta la atención necesaria para diagnosticarla oportunamente y ofrecer un tratamiento adecuado.

En un estudio realizado por Molina²¹ con 65 pacientes en Ecuador, se reportaron resultados similares en cuanto al nivel de depresión moderada (32.3%) y leve (32.2%), aun cuando utilizaron el Test de Depresión de Beck en pacientes con hemodiálisis.

Por su parte, Vallejos²² refiere que los pacientes con diálisis peritoneal presentaron depresión leve (48.9%), moderada (40.2%) y severa (3.2%), así como mayor prevalencia de depresión moderada en pacientes viudos, divorciados, casados y del sexo mujer. Resulta relevante la mayor frecuencia de depresión leve en hombres, posiblemente relacionada con el cambio de rol familiar, la pérdida de autosuficiencia económica y la autoimagen ante la dependencia funcional. Asimismo, identificó que el nivel de depresión aumenta en pacientes con mayor edad y mayor número de años en tratamiento dialítico.

De acuerdo con los hallazgos de Antonio *et al.*²³ en 72 pacientes con hemodiálisis, la prevalencia de depresión leve fue de 41.7%, mínima en 37.5% y moderada en 20.8%, observando mayor índice de depresión conforme incrementa la evolución de la enfermedad renal. Esto confirma los cambios emocionales que pueden intensificarse con el tiempo y con las comorbilidades propias del desgaste físico y emocional del paciente.

Cuadro III Relación entre el estatus de control de diabetes mellitus e hipertensión arterial con el nivel de depresión de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo (n = 100)

Comorbilidad	Categorías	Nivel de depresión					Fisher <i>p</i>
		Sin depresión		Moderada	Severa	Muy severa	
		F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
Diabetes mellitus	Sin DM	1 (1.0)	10 (10.0)	21 (21.0)	5 (5.0)	7 (7.0)	0.114
	Controlado	-	2 (2.0)	8 (8.0)	4 (4.0)	11 (11.0)	
	No controlado	-	4 (4.0)	9 (9.0)	7 (7.0)	11 (11.0)	
Hipertensión arterial sistémica	Sin HAS	1 (1.0)	-	1 (1.0)	1 (1.0)	-	0.087
	Controlado	-	12 (12.0)	25 (25.0)	9 (9.0)	15 (15.0)	
	No controlado	-	4 (4.0)	12 (12.0)	6 (6.0)	14 (14.0)	

Prueba Fisher

*Valor estadísticamente significativo *p* < 0.05

F: frecuencia; (%): (Porcentaje)

Cuadro IV Riesgo de depresión según el tipo de tratamiento sustitutivo de pacientes con enfermedad renal crónica (n = 100)

Tratamiento sustitutivo	Depresión		OR IC95% (LI, LS)
	Presente	Ausente	
	F (%)	F (%)	
Diálisis peritoneal	50 (50.0)	-	
Hemodiálisis	49 (49.0)	1 (1.0)	1.020 (.981,1.062)

F: frecuencia; (%): (Porcentaje); OR: *Odds Ratio*; IC95%: intervalo de confianza al 95%; LI: límite inferior; LS: límite superior

En relación con las variables clínicas, la frecuencia de depresión en pacientes con sobrepeso, diabetes mellitus e hipertensión arterial coincide con los resultados de Pillajó *et al.*²⁴ quienes reportaron depresión en el 98% de sus pacientes, con más de dos años en tratamiento sustitutivo y diabetes mellitus asociada. Esto refuerza la posible asociación entre enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, debido a que comparten factores de riesgo y alteraciones del sistema nervioso simpático derivadas de la diabetes mellitus, que influyen en la presencia de depresión.

Se debe considerar que los pacientes mayores de 50 años, sin pareja estable y con comorbilidades, presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión, al requerir mayor cuidado y apoyo. Lo anterior coincide con Amador,²⁵ quien estudió a pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis con un promedio de edad de 58.5 años ± 15.2, con un tiempo promedio de estar en diálisis de 35.7 meses y cuya principal comorbilidad fue la diabetes mellitus, concluyendo que el riesgo de depresión aumenta hasta cinco veces en pacientes mayores de 50 años, con más de dos años en diálisis y comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Los pacientes con ERC y comorbilidades asociadas presentan mayor índice de depresión, principalmente relacionado con pobre control glucémico. Medina *et al.*²⁶ evidenciaron relación entre pobre control de glucosa y trastornos psicológicos como depresión y ansiedad.

La modalidad de terapia renal sustitutiva también puede influir en la depresión. Factores como el número de recambios diarios, la dependencia del paciente para realizarlos, el riesgo de infecciones del catéter, el gasto económico, los desplazamientos a centros de hemodiálisis, las restricciones dietéticas y la alteración de la rutina generan sentimientos de impotencia, soledad o inutilidad que aumenta el riesgo de depresión.

Negrón *et al.*²⁷ identificaron prevalencia elevada de depresión en pacientes con hemodiálisis (60% leve, 40% severa), mientras que Alvarado Cruz *et al.*²⁸ reportaron 50% de prevalencia en pacientes con diálisis peritoneal. Posterior a una intervención psicoeducativa, la prevalencia disminuyó, reforzando que la depresión suele ser subdiagnosticada y subtratada, afectando la adherencia tera-

péutica y aumentando síntomas como el dolor crónico.

Un aspecto controvertido es el nivel de depresión en pacientes con hemodiálisis, dado que este tratamiento no requiere cuidado diario como la diálisis peritoneal. No obstante, Rodríguez Delgado *et al.*²⁹ reportan que los pacientes con diálisis peritoneal perciben mejor calidad de vida, al ser más jóvenes, con mayor autonomía, mejor red de apoyo y menor número de comorbilidades, lo cual se asocia con menor índice de depresión.

El uso de la Escala de Hamilton, con validación interna (alfa de Cronbach 0.745), confirma la fiabilidad de los resultados obtenidos para evaluar depresión en pacientes con ERC y tratamiento sustitutivo.

Una limitante fue no haber incluido el tiempo de tratamiento renal sustitutivo, lo que hubiera permitido analizar la asociación entre depresión y años en diálisis. Estudios previos indican que una mayor duración del tratamiento incrementa la frecuencia de depresión. También hubiera sido útil evaluar la red de apoyo social y familiar, así como otras comorbilidades. Estos elementos deben considerarse en futuras investigaciones.

Conclusiones

Existe un alto índice de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica, independientemente de la modalidad de tratamiento renal sustitutivo. Se encontró relación entre depresión, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

El riesgo de depresión se incrementa hasta una vez más en pacientes con terapia de reemplazo renal, por lo que es fundamental atender tanto la salud física como la salud mental, con el fin de ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportunos que mejoren la calidad de vida y favorezcan una atención integral.

Agradecimientos

Al personal de salud y a los pacientes del servicio de hemodiálisis que aceptaron participar en el estudio, adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Zacapu, Michoacán y a la Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Referencias

1. Corea MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Honduras. 2021;89(1):46-52. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
2. Vázquez-Salas A, Hubert C, Portillo-Romero A, et al. Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022. Salud Pública Mex. 2023;65(1):117-125. DOI: 10.21149/14827
3. Marx W, Penninx B, Solmi M, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers. 2023;9(1):44. DOI: 10.1038/s41572-023-00454-1.
4. Díaz E, Trujillo R, Santos Y, et al. Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. Medicentro Electrón. 2021;25(3):399-422.
5. Martínez G, Guerra E, Pérez D. Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. Multimed. 2020;24(2):464-469.
6. Argaiz E, Morales-Juárez L, Razo C, et al. The burden of chronic kidney disease in Mexico. Data analysis based on the Global Burden of Disease 2021. Gac Med Mex. 2023;159(6): 501-508. DOI: 10.24875/GMM.23000393
7. Alvarez AR, Gómez A, Alvarez MA, et al. Prevalence and metabolic risk factors of chronic kidney disease among a Mexican adult population: a cross sectional study in primary healthcare medical units. Peer J. 2024;12(1): e17817. DOI: 10.7717/peerj.17817.
8. García-Maset R, Bover J, Segura J, et al. Documento de información para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2023;42(3):233-264. Disponible en: <https://revistaneurologia.com/es-pdf/S0211699521001612>
9. Uma A, Sivaraman S, Manoharan R, et al. Diabetic Kidney Disease in Type 2 Diabetes: A Comprehensive Review of Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutic Advances. J Pharm Bioallied Sci. 2025;17(2):33-35. DOI: 10.4103/jpbs.jpbs1059_25.
10. Palomo-Piñón S, Enciso-Muñoz JM, Meaney E, et al. Strategies to prevent, diagnose and treat kidney disease related to systemic arterial hypertension: a narrative review from the Mexican Group of Experts on Arterial Hypertension. BMC Nephrol. 2024;25(1):24. DOI: 10.1186/s12882-023-03450-5.
11. Yu-Hsiang C, Yung-Ming C. Aging and Renal Disease: Old Questions for New Challenges. Aging Dis. 2021;12(2):515-528. DOI: 10.14336/AD.2020.0703.
12. Aránega-Gavilán S, Guillén-Gómez I, Blanco-García M, et al. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. Enferm Nefrol. 2022; 25(3):216-227. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S22542884202200030003#:::tex t=Los%20principales%20aspectos%20psicosociales%20asociados,la%20depresi%C3%B3n%20la%20ansiedad.
13. González-Flores CJ, García-García G, Lerma A, et al. Resilience: a protective factor from depression and anxiety in Mexican dialysis patients. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(22):11957. DOI: 10.3390/ijerph182211957
14. Leveau FE, Leiton ZE. Abordando la calidad de vida en pacientes de diálisis peritoneal: Análisis de la Depresión, Ansiedad en un hospital de Perú. Ciencia Latina. 2024;8(5):1-5.
15. Chavarria M, Cubero S, Bogantes C, et al. Depresión en el adulto mayor: factores de riesgo y manejo el primer nivel de atención. Ciencia y Salud. 2023;6(6):37-42. DOI: doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i6.522
16. Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafafila A. A New validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res. 1988;22(1): 21-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3397906/>
17. Purriños MJ. Escala de Hamilton- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Medsol. Disponible en: https://medsol.co/informacion/medixen/depresion_escala_hamilton.pdf
18. Martínez F, Tovilla CA, López L, et al. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de Tabasco, México. Gaceta Médica de México. 2014;150(1):101-106.
19. Bobes J, Bulbena A, Luque A, et al. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin. 2003;120(18):693-700. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73814-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73814-7)
20. Martínez F, Tovilla CA, López L, et al. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de Tabasco, México. Gaceta Médica de México. 2014;150(1):101-106.
21. Molina MI, Alarcón BE. Niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal. Dom Cien. 2022;8(3):2019-2031. DOI: [http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i3](https://doi.org/10.23857/dc.v8i3)
22. Vallejos JF, Ortega EZ. Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. Ciencias Psicológicas. 2018;12(2): 205-214. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i2.1683>
23. Antonio GV, Avila ML, Tenahua I, et al. Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Journal Health NPEPS. 2021;6(2):151-163. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.30681/252610105482](https://doi.org/10.30681/252610105482)
24. Pillajo SJ, Arráiz de Fernández C. Ansiedad y depresión en pacientes con hemodiálisis del Hospital General de Ambato. Enfermera investiga, investigación, vinculación, docencia y gestión. 2023;8(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i1.1882.2023>
25. Amador AC, Vargas LJ, Murcia JM, et al. Factores asociados a depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica avanzada en Bucayá, Colombia. Revista Colombiana de Nefrología. 2021;8(3):1-12. Disponible en: [dx.doi.org/10.22265/acnef.8.3.528](https://doi.org/10.22265/acnef.8.3.528)
26. Medina F, Bedolla CP, Guerrero JF. Asociación entre la depresión y la ansiedad con el mal control glicémico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Arch Med Fam. 2023;25(5):227-233.
27. Negron R, Deleon R, Vergara M, et al. Prevalencia de depresión en un grupo de adultos mayores en Hemodiálisis crónica del Hospital de Angol. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2024;62(2):143-149.
28. Alvarado-Cruz L, Cortaza-Ramírez L, Vinalay-Carrillo I. Intervención de enfermería para disminuir la depresión en pacientes con diálisis peritoneal en un hospital de Veracruz. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2020;28(3):159-169. DOI: 10.24875/REIMSS.M20000003
29. Rodríguez-Delgado L, Olivares-Collado E, Pérez-Reyes M, et al. Calidad de vida y técnica de diálisis: comparación entre la diálisis peritoneal y la hemodiálisis. Una revisión sistemática. Enferm Nefrol. 2023;26(4):304-314. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842023029>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Maldonado-Granados J, Morales-Bedolla JM, Morales-Hernández BP. Depresión en pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo y su relación con factores clínicos y sociodemográficos. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(1):e1553. doi: 10.5281/zenodo.18020228

Stefany Mata-Zul^{1a}, Efraín Merari Moreno-Caballero^{1b}, Cindy Sharon Ortiz-Arce^{2c}, José Emeterio Burgos-Jiménez^{3d}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades No. 25, Dirección de Enfermería. Monterrey, Nuevo León, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades No. 25, Departamento de Radioterapia. Monterrey, Nuevo León, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades No. 25, Dirección de Educación e Investigación en Salud. Monterrey, Nuevo León, México

Número de Registro del Comité Local de Investigación en Salud 1901: R-2024-1901-116

Doi: 10.5281/zenodo.18020271

Resumen

ORCID

0009-0006-3238-7096^a

0009-0004-2573-5158^b

0000-0002-4839-2598^c

0000-0001-7185-3252^d

Introducción: el afrontamiento del proceso de muerte se refiere a las habilidades, capacidades, actitudes y creencias en respuesta a la situación estresante derivada de la muerte de un paciente.

Objetivo: evaluar las habilidades y capacidades del personal de enfermería ante el proceso de afrontamiento y adaptación a la muerte del paciente hospitalizado.

Metodología: estudio transversal descriptivo con personal de enfermería ($n = 234$). Para evaluar las habilidades y capacidades se utilizaron la *Escala de medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación* de Callista Roy y la *Escala de Bugen de afrontamiento a la muerte*. El nivel de afrontamiento se clasificó en bajo, medio y alto. Se empleó estadística descriptiva y medidas de tendencia central.

Resultados: predominaron las mujeres, con grado de licenciatura y la categoría laboral de enfermera general. La capacidad de respuesta en el afrontamiento, según la escala de Callista Roy, fue alta en 190 enfermeras (81.2%). Con la Escala Bugen, el nivel fue alto en 129 participantes (55.1%).

Conclusiones: la capacidad de afrontamiento fue alta en ambas escalas. La búsqueda de información para el desarrollo de planes de cuidado ante problemas o eventos, así como el manejo del duelo en pacientes terminales y sus familiares basado en la espiritualidad y la escucha, constituyen fortalezas.

Palabras clave (DeCS):

Habilidades de Afrontamiento

Enfermería

Actitud Frente a la Muerte

Keywords (DeCS):

Coping Skills

Nursing

Attitude to Death

Abstract

Introduction: Coping with the dying process is understood as the skills, abilities, attitudes, and beliefs used in response to the stressful situation of a patient's death.

Objective: To evaluate the skills and abilities of nursing staff in coping with and adapting to the death of hospitalized patients.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted with nursing staff (234). To assess skills and abilities, the Callista Roy Coping and Adaptation Process Scale and the Bugen Death Coping Scale were used. Coping levels were classified as low, medium, and high. Data were analyzed using descriptive statistics and measures of central tendency.

Results: The study population was predominantly female, held a bachelor's degree, and was classified as a general nurse. Coping responsiveness, as measured by the Callista Roy scale, was high in 190 nurses (81.2%). The Bugen scale showed a high level in 129 nurses (55.1%).

Conclusions: Coping capacity was high on both scales. Strengths included seeking information to develop care plans for problems or events and managing grief with terminally ill patients and their families based on spirituality and active listening.

Correspondencia:

José Emeterio Burgos Jiménez

Correo electrónico:

jose.burgosj@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

24/06/2025

Fecha de aceptación:

24/09/2025

Introducción

La muerte es un proceso natural que forma parte de la vida, el cual ha sido, es y será vivenciado y enfrentado por el ser humano. Para algunos, la muerte es el fin absoluto del individuo y el cese total de las funciones; para otros, aunque se percibe como una desaparición física, permanecen el espíritu y/o el alma en un estado de inmortalidad, como tránsito hacia otra vida. Afrontar este fenómeno con base en la esperanza, el consuelo y el optimismo fortalece a la persona.¹ Limitar el concepto de muerte al fin ineludible del proceso homeostático del ser vivo, es decir, a su sentido fisiológico, impide considerar el impacto emocional en quienes sobreviven,² manifestado en angustia, frustración, dolor, tristeza, miedo e incluso desesperación. Aunque morir es un proceso individual, también es un acontecimiento que afecta a quienes se relacionan con la persona que muere, evidenciando una dimensión social y cultural.³

En la dimensión social, el personal de enfermería, mediado por el cuidado, acompaña al ser humano desde el nacimiento hasta la muerte;⁴ en su ejercicio profesional va más allá de la tecnificación de procedimientos interdependientes, al desarrollar un sentido humano y holístico en la relación enfermera-paciente mediante la interacción con experiencias, vivencias y necesidades del sujeto de cuidado y su familia.⁵

Por la continuidad en el cuidado de las personas en procesos de salud y enfermedad, el personal de enfermería que labora en unidades hospitalarias enfrenta cotidianamente la muerte de los pacientes, así como la necesidad de brindar cuidados al final de la vida. Se enfrenta al dolor, la agonía, el sufrimiento, la muerte y el duelo de los familiares. Para afrontar el proceso de muerte se requieren habilidades y recursos personales, ya que un mismo suceso estresante genera diversas reacciones en cada enfermera.⁶ En este sentido, el personal de enfermería no está exento de la influencia de emociones y sentimientos generados al presenciar la muerte de un paciente, lo cual implica actitudes, conocimientos y destrezas que destacan la importancia de la empatía en el afrontamiento. El proceso de la muerte y sus implicaciones pueden condicionar la forma en que los profesionales de enfermería la enfrentan y, con ello, el trato brindado al paciente en situación terminal y a sus familiares.⁷

El afrontamiento se conceptualiza como un conjunto de medios conductuales y competencias que se orientan a solucionar un asunto estresante, disminuir la respuesta

emocional o cambiar la evaluación que se hace sobre la adversidad.⁸ Estos medios cognitivo-conductuales se enfocan en resolver la discrepancia percibida entre las demandas situacionales y la capacidad o competencia para afrontarlas.⁹ El afrontamiento a la muerte se define entonces como las habilidades y capacidades que posee el profesional de enfermería para afrontar la muerte del paciente, así como sus actitudes y creencias sobre dichas capacidades.¹⁰ La valoración y el reconocimiento de experiencias como el dolor, el sufrimiento y las propias creencias y convicciones sustentan las estrategias para atender el estrés y la angustia derivados del afrontamiento a la muerte del paciente.¹¹

Morales Ramón *et al.*⁷ exploraron las actitudes del personal de enfermería que labora en áreas hospitalarias críticas ante el proceso de muerte del paciente; enfatizando la complejidad del cuidado enfermero en las esferas bio-psico-social-espiritual y la importancia de la competencia profesional desde la formación inicial. Sin embargo, las *actitudes de indiferencia* ante la muerte dificultaban enfrentarla y generaban preferencia por atender pacientes que no se encontraran en fase agonizante, lo cual evidencia la necesidad de educación continua que fortalezca el cuidado empático y profesional al final de la vida.

El paciente oncológico en situación avanzada y terminal, o el paciente crítico, enfrentan procesos de afrontamiento que suelen variar según múltiples perspectivas; el morir y la muerte no se presentan siempre de la misma manera ni en las mismas condiciones. Por lo tanto, requieren decisiones y capacidades complejas de afrontamiento por parte del personal de enfermería que brinda cuidados profesionales y holísticos al final de la vida.¹² En definitiva, los procesos de afrontamiento a la muerte suponen un desgaste para el personal de enfermería, generando experiencias difíciles que comprenden perspectivas individuales, privadas e intransferibles.

El objetivo de este estudio fue evaluar las habilidades y capacidades del personal de enfermería ante el proceso de afrontamiento y adaptación a la muerte del paciente hospitalizado.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal con personal de enfermería de los servicios de hospitalización y unidad de cuidados intensivos, durante el periodo abril-agosto de 2024. La muestra no probabilística se obtuvo mediante una serie consecutiva de casos y estuvo conformada por 234 enfermeras (intervalo de confianza al

95%), incluyendo las categorías laborales de enfermera especialista, enfermera general y auxiliar de enfermería, con una antigüedad laboral mínima de seis meses.

Instrumentos de medición

Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos autoadministrado, con una duración de 10 a 15 minutos para completarlo.

- *Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación* de Callista Roy, versión corta de 15 ítems traducida por la Dra. Yolanda González *et al.*,¹³ con opciones de respuesta en escala Likert (siempre, a veces, raras veces y nunca). Integra cinco estilos o estrategias de afrontamiento:
 1. Recursivo y centrado,
 2. Reacciones físicas y enfocadas,
 3. Proceso de alerta,
 4. Procesamiento sistemático,
 5. Conocer y relacionar.

Antes de la calificación se invirtieron los ítems 5, 13 y 14 por considerarse negativos. Los puntajes totales oscilan entre 15 y 60, los puntajes altos indican un uso consciente de las estrategias de afrontamiento. El punto de corte clasificó como baja capacidad los puntajes de 15 a 37 y como alta capacidad los de 38 a 60.

- *Escala de Bugen de afrontamiento a la muerte*, que mide capacidades humanas, habilidades, creencias y actitudes como mecanismos de afrontamiento ante la muerte. Consta de 30 ítems con respuestas tipo Likert (1 a 7). El puntaje final se obtuvo invirtiendo los ítems 13 y 24. Los puntos de corte fueron: 30 - 70 (afrontamiento bajo), 71 - 140 (afrontamiento medio) y 141 - 210 (afrontamiento alto).

Se obtuvo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad y el respeto a la decisión del encuestado de retirarse en cualquier momento. Se actuó conforme a las normas éticas en investigación, incluyendo la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas. Se contó con autorización del Comité de Ética e Investigación de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25 del IMSS.

Para el procesamiento de la información se construyó una base de datos y su análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Se incluyeron 234 profesionales de enfermería, de los que el 70.1% eran mujeres y el 29.9% hombres, con una edad media de 34 años. De los participantes, el 46.6% tenían formación técnica, 49.1% licenciatura y 4.3% estudios de posgrado. El 79% manifestó profesar la fe católica, 10.7% la cristiana y 7.3% se consideró no creyente.

En cuanto a la categoría contractual laboral, el 27.8% se desempeñaba como auxiliar de enfermería, el 39.7% como enfermera general y el 23.5% como enfermera especialista. El 49.9% del personal laboraba en turno matutino, el 21.4% en turno vespertino y el 28.2% en turno nocturno. Respecto al servicio hospitalario, el 9% trabajaba en la unidad de cuidados intensivos, el 30.3% en los servicios de hospitalización pediátrica y el 60.7% en los servicios de hospitalización de adultos.

Con la aplicación de la *Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación* de Callista Roy, el personal obtuvo una puntuación media de 47.5 (DE 4.7). Del total de participantes, el 18.8% presentó baja capacidad de afrontamiento y adaptación, y el 81.2% alta capacidad.

En el cuadro I se muestran las estrategias de afrontamiento y la capacidad de respuesta. En el factor 1, *Recursivo y centrado*, la alta capacidad se presentó en el 98.3%; en el factor 4, *Procesamiento sistemático*, fue de 81.2%; y en el factor 5, *Conocer y relacionar*, de 80.3%. Las características de cada factor describen estrategias de afrontamiento ante situaciones de crisis y el seguimiento de indicaciones múltiples. Aunque la situación de crisis fue el dominio mejor puntuado, el personal considera que, ante estas circunstancias, disminuye la efectividad de sus acciones, limitando su capacidad de afrontamiento y adaptación.

Para la Escala de Bugen de Afrontamiento a la Muerte se obtuvo una puntuación media de 142 (DE 30.9). Los ítems mejor calificados fueron: intentar sacar el máximo provecho a la vida, valorar la importancia de la calidad de vida aun sobre su duración, reconocer las emociones que caracterizan el duelo humano y la capacidad de comunicar los propios sentimientos antes de la muerte de otro. En la figura 1 se presentan los niveles de afrontamiento: bajo (2.6%), medio (42.3%) y alto (55.3%).

Se identificaron ítems con menor puntuación, como considerar que no está bien pensar en la muerte por ser una pérdida de tiempo (47.7), la dificultad para expresar los propios miedos respecto a la muerte (71.7) y la dificultad de abordar el tema con los niños (56.7) (cuadro II).

Cuadro I Estrategias de afrontamiento y capacidad de respuesta del personal de enfermería (*n* = 234)

Estrategias de afrontamiento	Características	Baja capacidad	Alta capacidad
		F (%)	F (%)
Factor 1: Recursivo y centrado	Ser creativo y buscar resultados	4 (1.7)	230 (98.3)
Factor 2: Físico y enfocado	Reacciones físicas en el manejo de las situaciones	59 (25.2)	175 (74.8)
Factor 3: Proceso de alerta	Manejo de la información: Entradas – procesos centrales – salidas	84 (35.9)	150 (64.1)
Factor 4: Procesamiento sistemático	Hacerse cargo de situaciones y manejarlas metódicamente	44 (18.8)	190 (81.2)
Factor 5: Conociendo y relacionando	Utiliza la memoria y la imaginación	46 (19.7)	188 (80.3)
Escala Total		44 (18.8)	190 (81.2)

Fuente: elaboración propia

Discusión

Conceptualizar la muerte del paciente (cómo vivirla, qué hacer o qué decir) implica reconceptualizar desde la formación profesional el ciclo de la vida en sus distintas dimensiones. El cuidado al final de la vida constituye un reto que integra elementos como la espiritualidad, el apoyo institucional y la formación profesional.¹⁴

En general, la muerte del paciente puede provocar emociones y reacciones como ansiedad y miedo, las cuales condicionan el comportamiento y el cuidado brindado tanto al paciente como a su familia. Por ello, es fundamental identificar estrategias de afrontamiento que favorezcan estos momentos difíciles.

En concordancia con lo reportado por Marchán Espinosa¹² en personal de paliativos y oncología, y por Duque *et al.*¹⁵ en unidades de cuidados críticos. En el presente estudio se identificaron bajos niveles de afrontamiento en dimensiones relacionadas con pensar en la muerte como fenómeno humano, reflexionar sobre la propia muerte y la de los seres queridos, los arreglos fu-

nerarios y la interacción con personas moribundas. En contraste, los criterios relacionados con emociones y sentimientos ante la muerte y la actitud hacia la vida obtuvieron las mejores puntuaciones.

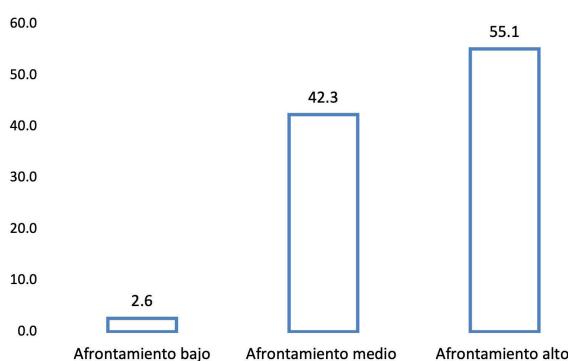
Actitudes de indiferencia ante la muerte y aspectos vinculados al dolor, la pena y el sufrimiento, tal como refieren Morales Ramón *et al.*,⁷ condicionan la forma en que el personal de enfermería afronta la muerte y, en consecuencia, el trato que brinda a pacientes en situación terminal y a sus familiares, quienes requieren un entorno de tranquilidad y confianza, donde la familia tenga un papel cercano y prioritario, y donde la calidad de vida y el control de síntomas sean ejes centrales del cuidado.² Ante la muerte del paciente, y frente a la incertidumbre expresada con frecuencia por los familiares, no es raro que el personal experimente nerviosismo, impotencia, incertidumbre o frustración.

Acompañar el sufrimiento y ayudar a morir con dignidad requiere capacitación y formación específica. Los temas vinculados al cuidado al final de la vida fortalecen la comunicación con el paciente en fase terminal y con su familia.

La premisa de que “*el paciente no debe morir en soledad, siempre debe estar acompañado*” contrasta con la práctica, donde con frecuencia faltan los espacios adecuados para la despedida digna, el acompañamiento emocional y el silencio oportuno. A ello se suman trámites administrativos despersonalizados, que generan tensión y afectan la relación profesional e institucional.¹⁶

Los mecanismos de afrontamiento del personal muestran mayor tendencia hacia un estilo recursivo, en el cual los comportamientos positivos se sustentan en procesos cognitivos que permiten respuestas informadas ante situaciones estresantes. Las principales estrategias identificadas se basan en la creatividad y en la búsqueda de resultados a partir de la experiencia previa. Asimismo, el procesamiento sistémico refleja las estrategias personales y físicas para abordar y manejar las situaciones de manera metódica.

Figura 1 Nivel de afrontamiento a la muerte según la escala de Buguen de personal de enfermería (*n* = 234)



Elaboración propia

Cuadro II Afrontamiento al proceso de muerte por ítems según la Escala de Buguen (n = 234)

Ítems	Media	DE	Calificación
1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.	3.3	2.0	47.7
2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir.	5.1	1.8	73.4
3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.	4.3	2.0	61.1
4. Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias.	4.6	2.0	66.1
5. Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.	4.6	2.0	65.4
6. Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano.	5.7	1.7	81.0
7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida.	5.2	1.9	74.6
8. Me siento preparado para afrontar mi muerte.	4.4	2.1	62.4
9. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.	4.3	2.1	61.4
10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte.	5.0	2.0	71.9
11. Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral.	4.2	2.2	60.7
12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte.	3.4	2.0	49.3
13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente.	3.9	2.2	57.9
14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.	5.0	2.0	71.7
15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir.	4.9	1.9	70.5
16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual.	5.9	1.6	84.7
17. Me importa más la calidad de vida que su duración.	5.9	1.5	84.9
18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos.	5.4	1.9	76.8
19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte.	5.3	1.9	76.2
20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.	4.6	2.0	65.2
21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.	4.5	2.1	64.8
22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales.	5.6	1.7	79.6
23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte.	4.0	2.1	56.7
24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo.	2.9	2.1	72.3
25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito.	4.3	2.1	61.2
26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.	5.1	1.8	72.1
27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.	5.3	1.7	76.9
28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir	4.9	1.8	69.2
29. Me puedo comunicar con los moribundos.	4.4	2.1	63.1
30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero	5.8	1.7	83.4

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con el esquema de Gutiérrez,¹⁷ el personal encuestado mostró un estilo de afrontamiento activo, con estrategias centradas en el paciente, valorando el significado del suceso, adoptando conductas orientadas a confrontar la realidad y manejar sus consecuencias, y apoyándose en redes sociales para mantener el equilibrio emocional.

Otra fortaleza identificada es el manejo del duelo basado en la espiritualidad y la escucha del paciente terminal y su familia. El rol de enfermería trasciende el cuidado físico e incorpora la atención a las dimensiones espiritu-

les, creencias y vivencias del paciente y su familia, lo cual constituye un apoyo esencial al final de la vida.¹⁸ Por ello, es necesario fortalecer las competencias para el cuidado espiritual del paciente al final de su existencia, acompañar sin evadir los cuidados que requiere el paciente y su familia, de preferencia de forma presencial, mediante palabras de ánimo y confort, escucha atenta, respeto a sus creencias y sensibilidad al dolor. El respeto a la dignidad del cuerpo y el acompañamiento familiar durante los trámites posteriores también reflejan la importancia que el paciente tiene para la institución y para la enfermería.

Conclusiones

El nivel de afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte del paciente hospitalizado es alto, tanto en la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación como en la Escala de Afrontamiento a la Muerte. Se identifican fortalezas como la capacidad para seguir indicaciones en situaciones de crisis y comunicar aspectos relacionados con su duración.

La búsqueda de información para el desarrollo de planes de cuidado para el paciente y su familia en duelo, ba-

sada en la espiritualidad y la escucha, resalta la importancia de la capacitación en comunicación eficaz y empatía. Se destaca además la relevancia del cuidado espiritual de los niños en fase final.

La principal limitante del estudio fue el tiempo disponible del personal para responder los cuestionarios, debido a la dinámica propia de la atención directa en hospitalización. Por ello, la aplicación de los instrumentos debió realizarse en distintos momentos hasta contar con condiciones adecuadas de tiempo y espacio para su respuesta.

Referencias

1. Franco C. Significado de la muerte en pacientes críticos desde el obstáculo epistemológico de Gastón Bachelard. Rev. Cienc. Educ. 2018; 28(52):1017-1028. Disponible en: <http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/handle/654321/3408>
2. Rodriguez-Cruz O, Expósito-Concepción MY. La enfermera y los cuidados al final de la vida. Rev. Cuba. Enferm. 2019;34:(4). Disponible en: <https://reverfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2328>
3. Ochoa L, Garcés S, Ardila S. Nivel de afrontamiento de los profesionales de enfermería frente a la muerte de los pacientes en unidades de cuidado intensivo. CES Enferm. 2024;5(2):5-13. doi: <https://doi.org/10.21615/cesenferm.7724>
4. Hernández-Pérez LM, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S. Autoevaluación de competencias profesionales de enfermería, en un hospital público de tercer nivel en Guanajuato, México. Horiz Sanitario. 2022;21(2):240-248. Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.4681>
5. Hidalgo-Mares B, Altamira-Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? Enfermería Actual de Costa Rica. 2021;(40):40788. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40788>
6. Henao-Castaño AM, Quiñonez-Mora MA. Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. Enferm Intensiva. 2019;30(4):163-169. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.10.005>
7. Morales-Ramón F, Ramírez-López F, Cruz-León A, et al. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. Rev Cuid. 2020;12(1). Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1081>
8. Izquierdo M, Miluska A. Estrategias de afrontamiento: una revisión teórica. (Tesis). Perú. Universidad Señor de Sipán; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6889/Izquierdo%20Mart%C3%ADnez%20Miluska%20Alejandra.pdf?sequence=1&isAllowed=true>
9. Pascual-Jimeno A, Conejero-López S. Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. Revista Mexicana de Psicología. 2019;36(1):74-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243058940007>
10. Gutiérrez-Flores A. Dependencia afectivo emocional, niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Mayor de San Andrés. 2022. (Tesis) Bolivia. Universidad Mayor de San Andrés. UMSA 2022. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4048266>
11. Rosado-Pérez G, Varas-Díaz N. Experiencias y proceso de duelo entre profesionales de enfermería oncológica pediátrica. Revista Puertorriqueña de Psicología. 2019;30(2):290-306. Disponible en: <https://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/540/634>
12. Marchan-Espinosa S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. Nure Inv. 2016;13(82). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/789/702>
13. Gonzalez Y, Whetsell M, Cleghorn D. Escala de medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación. William F. Connell Scholl of Nursing, Boston College, Chestnut Hill, MA. Disponible en: <https://www.msmu.edu/media/website/learning-amp-research-communities/roy-adaptation-association/CAPS-SF-Spanish.pdf>
14. Castillo-Mancera F, Domínguez-García JF, Rodríguez-Rodríguez MG, et al. Significado del cuidado espiritual de enfermería en pacientes en cuidados paliativos. GMB. 2023;46(2):13-9. Disponible en: <https://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/654>
15. Duque PA, Betancur-Manrique Y, Franco-Galvis A, et al. Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico. Inv Enf. 2020;22. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.adem>
16. Marrero-González C, García-Hernández A. Vivencias de las Enfermeras ante la Muerte. Una Revisión. Revista ENE de Enfermería. 2019;13(2). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/844>
17. Gutierrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Calista Roy: Una propuesta metodológica para su interpretación. Revista Investigaciones. 2009;12:201-213. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4138/413835200009.pdf>
18. Gallastegui M. La espiritualidad en la fase terminal. Papel de enfermería. PSV. 2024;237-239. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/Espiritualidad-en-enfermeria.pdf>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Mata-Zul S, Moreno-Caballero EM, Ortiz-Arce CS et al. Afrontamiento y adaptación ante el proceso de muerte del paciente hospitalizado: habilidades y capacidades del personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(1):e1560. doi: 10.5281/zenodo.18020271

Oscar Castañeda-Sánchez^{1a}, Lourdes Barraza-Gómez^{2b}, Dora Silvia Bajo-Insunza^{2c}, Raquel Ramos-Ramírez^{2d}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Tlaxcala, Tlaxcala, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades, Jefatura de División de Calidad. Ciudad Obregón, Sonora, México

Comité Local de Investigación en Salud 2602 del IMSS con el número de registro R-2012-2602-52

Doi: 10.5281/zenodo.18020296

Resumen

ORCID

0000-0002-9995-583X^a

0009-0000-3372-875X^b

0009-0001-9684-6996^c

0000-0002-0927-9090^d

Introducción: los errores de medicación son prevenibles y sus efectos pueden causar daño al paciente hospitalizado. El proceso de medicación incluye las fases de prescripción y transcripción, las cuales se interrelacionan en la práctica de los profesionales de la salud.

Objetivo: describir los errores frecuentes en las fases de prescripción y transcripción del proceso de medicación en pacientes hospitalizados.

Metodología: estudio descriptivo transversal en el que se analizaron 105 expedientes clínicos. Se revisó el proceso de medicación para identificar errores en la prescripción consignada en la nota médica y en la transcripción registrada en la hoja de registros clínicos de enfermería. Las variables analizadas fueron servicio, categoría, turno, tipo de prescripción y tipos de errores. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: en la fase de prescripción, el error por omisión más frecuente fue el registro de la presentación del medicamento (87.7%), seguido de la omisión del nombre (44%) y de la firma del médico (60.2%). En la fase de transcripción, los errores más frecuentes fueron la omisión de la presentación del medicamento (77.2%), la ilegibilidad (25.8%), la omisión del nombre del paciente (12.5%), la transcripción de medicación sin prescripción (6.7%) y el registro de medicamentos con nombres similares (1%).

Conclusiones: existe una correlación positiva débil, pero significativa, entre la prescripción y la transcripción; no obstante, la prevalencia de error por ilegibilidad fue elevada en la fase de transcripción.

Palabras clave (DeCS):

Prescripciones de Medicamentos
Medicamentos bajo Prescripción
Errores de Medicación
Registros Médicos
Registros de Enfermería

Abstract

Introduction: Medication errors are preventable, and their effects may cause harm to hospitalized patients. The medication-use process includes the prescribing and transcribing phases, which are interrelated in healthcare professionals' practice.

Objective: To describe the most frequent errors in the prescribing and transcribing phases of the medication-use process in hospitalized patients.

Methodology: A descriptive cross-sectional study in which 105 medical records were analyzed. The medication-use process was reviewed to identify errors in prescribing documented in the medical notes and in transcribing recorded on nursing clinical record sheets. The variables analyzed were service, category, shift, type of prescription, and types of errors. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: In the prescribing phase, the most frequent omission error was failure to record the medication formulation (87.7%), followed by omission of the physician's name (44%) and signature (60.2%). In the transcribing phase, the most frequent errors were omission of the medication formulation (77.2%), illegibility (25.8%), omission of the patient's name (12.5%), transcription of medications without a prescription (6.7%), and recording of medications with similar names (1%).

Conclusions: There is a weak but statistically significant positive correlation between prescribing and transcribing; however, the prevalence of illegibility errors was high in the transcribing phase.

Correspondencia:

Oscar Castañeda Sánchez

Correo electrónico:

dr.oscarcastanedas@gmail.com

Fecha de recepción:

24/06/2025

Fecha de aceptación:

10/10/2025

Introducción

El propósito de un plan terapéutico para la prescripción de medicamentos es contribuir a la curación y a la reducción de las molestias, mejorando la condición de salud del paciente. Con base en el uso seguro de los medicamentos, se evitan los errores de medicación,¹ los cuales son considerados eventos adversos y un problema de salud pública² debido al incremento de las muertes hospitalarias. Los errores de medicación se clasifican en menores —sin causar daño— y mayores, que provocan daños graves e incluso la muerte; además, se asocian con costos sanitarios y sociales más amplios.³

Los errores de medicación se han definido como “*cualquier evento prevenible que pueda causar o conducir a un uso inadecuado de medicamentos o daños al paciente, mientras el medicamento está bajo el control del profesional de la salud, el paciente o el consumidor*”⁴.

Los errores de medicación están relacionados con la práctica de los profesionales de la salud.⁵ Pueden presentarse en cualquiera de las fases del sistema de medicación,⁶ desde la prescripción,⁷ la transcripción, validación, preparación, distribución y administración.⁸ Los errores pueden ocurrir en cualquiera de estas fases.⁹ Se ha reportado una prevalencia del 9.1% al 17% en hospitales de México;¹⁰ el 27% de los pacientes ambulatorios ha presentado eventos adversos a la medicación,¹¹ como factor asociado a una de cada 854 muertes de pacientes hospitalizados,¹² lo cual representa un costo mundial de 42 000 millones de dólares anuales.¹³

Uno de los errores más comunes ocurre durante la prescripción,¹⁴ donde inicia el proceso de medicación, entendido este como el momento de la atención en el que el profesional médico selecciona el fármaco idóneo y lo registra de forma manual o electrónica en el formato de indicaciones.¹⁵ En esta etapa, el factor de ilegibilidad puede generar una interpretación equivocada y un cambio en el medicamento prescrito.¹⁶ A su vez, la elección del medicamento debe ser adecuada a las necesidades clínicas del paciente, con la dosis correcta y por un periodo de tiempo sustentado.¹⁷

La prescripción representa un punto relevante en el sistema de medicación, ya que constituye más del 50% de los errores de medicación.¹⁸ El personal de enfermería es el encargado de transcribir la prescripción de medicamentos de la hoja de indicaciones médicas a la hoja de enfermería;¹⁹ la transcripción es un error común y representa el 0.2% de esta fase.^{20,21} Las múltiples transcripciones au-

mentan la posibilidad de errores de medicación, de forma que constituyen una de las principales causas de eventos adversos en pacientes hospitalizados,^{22,23} ocasionando un aumento en la estancia hospitalaria y un incremento en los costos de atención.²⁴

Con base en la declaración de la Organización Mundial de la Salud respecto a la seguridad de la medicación, así como en el tercer desafío mundial para la seguridad del paciente,²⁵ además de considerar los sistemas electrónicos para la prescripción de medicamentos y el aporte tecnológico en la prevención de eventos adversos,²⁶ se estableció el presente estudio.

Por lo anterior, el propósito fue describir los errores frecuentes en las fases de prescripción y transcripción del proceso de medicación en pacientes hospitalizados.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal de 105 expedientes clínicos, que incluyó notas médicas y hojas de registros de enfermería. Se excluyeron los casos en los que no se encontraron ambos documentos.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de proporción para poblaciones infinitas, con un intervalo de confianza del 95%, con un margen de error del 10% y precisión del 5%.

En los casos seleccionados se revisaron conjuntamente la nota médica y la hoja de registros clínicos y esquemas terapéuticos de enfermería. Para la recolección de los datos se diseñó una lista de verificación con base en los estándares del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, Estándares para implementar el modelo en hospitales, 2015 (**cuadro I**).

En las transcripciones correspondientes al Modelo de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiN-aCEAM), de los Estándares para implementar el modelo en hospitales (2018), y en seguimiento al procedimiento, se evaluaron los siguientes aspectos:

1. Verificación y registro, en ambos documentos, del nombre del paciente, número de seguridad social (como datos de identificación), nombre del medicamento, presentación, dosis, vía y frecuencia de administración; en su caso, volumen de infusión o concentración, dilución o diluyente y tiempo de infusión, además del registro del número de ciclo en la prescripción de antibióticos y la duración del tratamiento.

Cuadro I Sistemas críticos para la Seguridad del paciente – Manejo y uso de los medicamentos (MMU)

Estándar	Descripción	Propósito	Elementos medibles
MMU.6	Se ha definido un proceso para la prescripción segura de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para diseñar y controlar dicho proceso. • El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir. • Como las prescripciones de medicamentos ilegibles, incompletas o confusas ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento. • La organización define acciones para prevenir errores y cuasi fallas de medicación relacionadas con la ilegibilidad de la prescripción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha implementado un proceso que guía las acciones a seguir ante la prescripción de medicamentos incompleta, ilegible o confusa. • El personal relacionado está capacitado en las prácticas correctas para prescribir. • El personal relacionado está capacitado en las acciones a seguir ante la prescripción de medicamentos ilegible, confusa o incompleta.
MMU.6.1 (Estándar indispensable)	Existe un proceso para la prescripción completa de medicamentos basado en las barreras de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la variabilidad y mejorar la seguridad del paciente. • La organización define cómo deben de realizarse las prescripciones para que sean completas y generen alertas que disminuyan la probabilidad de que se presenten errores de medicación a partir de esta fase. 	<p>Se define un proceso para la prescripción completa y segura de medicamentos que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos necesarios para identificar al paciente con exactitud. • Requisitos de cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente. • Utilización segura de prescripción “por razón necesaria” y/o “previa valoración médica”. <p>Requisitos especiales para prescribir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos con aspecto o nombre parecidos. • Medicamentos de alto riesgo. • Medicamentos que se basan en la dosis por peso o por área de superficie corporal. • Medicamentos que el paciente puede autoadministrar. • Medicamentos que el paciente trae consigo. • Muestras de medicamentos. • Tipos especiales permitidos (urgentes, permanentes, suspensión automática, entre otros). <p>Las prescripciones de medicamentos se realizan acorde al proceso definido por la organización.</p>
MMU.6.3 (Estándar indispensable)	Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de error	<ul style="list-style-type: none"> • La transcripción es el proceso mediante el cual las indicaciones plasmadas por el personal autorizado por la organización (prescripción), son escritas en otro documento (por ejemplo, de las indicaciones médicas al kárden de enfermería, de una indicación médica al perfil farmacoterapéutico, actualización de indicaciones, entre otros). • El personal médico, de enfermería, farmacéutico y administrativo colabora para identificar aquellos momentos en donde se realizan las transcripciones y los plasman en un listado. • Se define el proceso para disminuir la probabilidad de error en estas transcripciones. • El personal está capacitado en las prácticas correctas para transcribir la prescripción, ya sea personal de enfermería, médico en formación, químico, nutriólogo o por personal médico autorizado para realizarlo. Establecer las acciones para disminuir los riesgos identificados y prevenir errores de medicación. 	<p>La organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificó y realizó un listado en donde se definen los momentos en que se realizan transcripciones de medicamentos. • Ha definido un proceso para transcribir de manera segura. • Ha implementado un proceso que guía las acciones a seguir ante transcripciones incompletas, ilegibles o confusas. <p>Capacita al personal relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con las prácticas correctas para transcribir. • Con las acciones a seguir ante transcripciones de medicamentos ilegibles, confusas o incompletas.

Fuente: Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General. Estándares para implementar el modelo en hospitales, 2015

2. Revisión del uso de abreviaturas (nombre del medicamento, presentación, dosis o vía de administración), ilegibilidad de los registros, registro de la fecha, nombre del médico y de la enfermera, así como la firma de ambos.
3. En el caso de la transcripción, revisión de medicamentos con nombres similares en el mismo formato, registro de medicamentos sin prescripción y omisión de medicamentos prescritos.

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética 2602 de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades “Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta” del IMSS, en Ciudad Obregón, Sonora. Registro número R-2012-2602-52.

Los datos fueron capturados y codificados en una base de datos, y analizados con ayuda del paquete estadístico SPSS para Windows, utilizando frecuencias y proporciones para las variables cualitativas.

Resultados

Del total de 105 expedientes, se revisaron conjuntamente la nota médica y la hoja de registros clínicos y esquemas terapéuticos de enfermería. La mayor proporción correspondió a los servicios de cardiología (38.1%), medicina interna (21%) y ortopedia (18.1%). Solo tres expedientes (2.9%) correspondieron al turno vespertino; el resto correspondió al turno matutino ([figura 1](#)).

El 89.5% (94) de las notas se realizaron en formato electrónico, el 3.8% (4) de forma manual y el 6.7% (7) en ambas modalidades. En el 5% de las notas se identificaron omisiones en el registro del nombre del paciente (1%) y del número de seguridad social (3.8%).

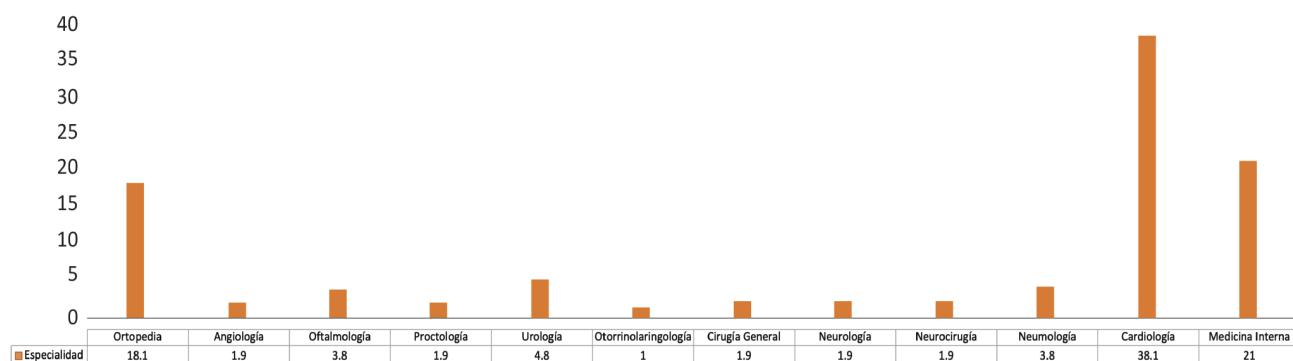
Respecto al registro de los datos generales de los medicamentos, la presentación se consignó en el 12.4% (13) de los casos; la dosis y la vía de administración, en el 98.1% (103); y la frecuencia de administración, en el 100% (105). Otros datos, como volumen de infusión, dilución o diluyente y tiempo de infusión, se registraron en el 8.6% (9) del total de los casos.

De los 68 casos (64.8%) en los que se prescribieron antibióticos, en 60 (88.2%) se registró el número de ciclo y en 3 (4.4%) el tiempo de duración de la infusión. En todos los casos se identificaron abreviaturas en las notas, y solo en 6 (5.7%) fueron ilegibles. En el total de las notas, el médico registró la fecha; consignó su nombre en 59 (56.2%) y su firma en 42 (40%). En 13 casos (12.4%) se registró otro tipo de anotación.

En la [figura 2](#) se presentan cuatro prescripciones especiales; la más frecuente fue el esquema de insulina (61.5%), seguida de las prescripciones por razón necesaria (23.1%) y, con un 7% cada una, mismas indicaciones y falta de conciliación.

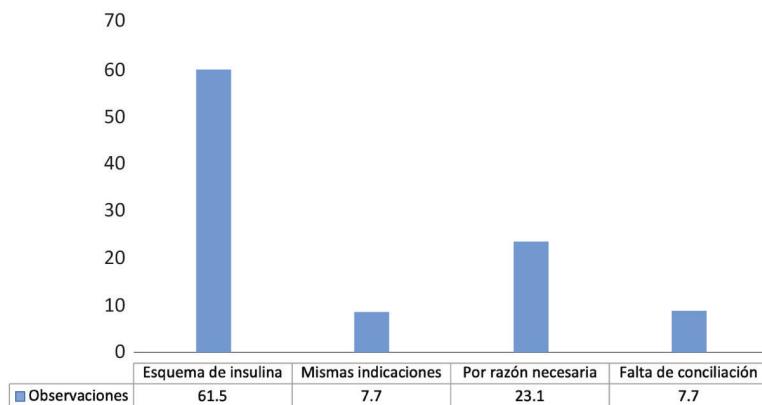
La transcripción de la prescripción en la hoja de registros clínicos de enfermería fue realizada en el 50.5% (53) de los casos por personal auxiliar de enfermería y en el 49.5% (52) por enfermeras generales o especialistas. En todos los casos, el registro se realizó de forma manual e incluyó el nombre del paciente y el número de seguridad social. En 24 (22.9%) casos se registró la presentación del fármaco; en 104 (99%), la dosis; y en el 100% de los casos, la vía y la frecuencia de administración. En todos los registros se identificaron abreviaturas, y la ilegibilidad estuvo presente en 27 (25.7%) de ellos. En la prescripción de antibióticos, en 46 (67.7%) casos se registró el número de ciclo. El total de los registros en la hoja de enfermería

Figura 1 Revisión de expedientes clínicos por servicio hospitalario (n = 105)



Fuente: elaboración propia

Figura 2 Prescripciones especiales identificadas en las notas (*n* = 105)



Fuente: Elaboración propia

incluyó la fecha; en 92 (87.6%), el nombre; sin embargo, no se consignó la firma ([cuadro II](#)).

Los errores de transcripción promediaron el 18.8%. Solo en un caso se registró un medicamento con nombre similar; en 7 (6.7%) casos, la transcripción del medicamento se realizó sin prescripción previa; y en 8 (7.6%) se identificó la omisión del medicamento ([cuadro III](#)).

Discusión

La implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica busca, como parte de la

cultura de calidad y seguridad del paciente, minimizar los eventos adversos y centinela.²⁷

La comprensión de los estándares para el manejo y uso de medicamentos tiene como finalidad vincular las acciones necesarias para el cumplimiento de las metas relacionadas y la mejora continua del proceso de farmacoterapia.²⁸

A diferencia de lo reportado por Jiménez Muñoz *et al.*,¹⁶ en el presente estudio no se aborda la prevalencia global de los errores del proceso de medicación o de sus fases; en cambio, se analizan las causas o momentos específicos de las fases de prescripción y transcripción que condicionan la presencia de errores.

Cuadro II Errores de prescripción por servicio hospitalario (*n* = 105)

Error de prescripción	Ortopedia	Angiología	Oftalmología	Proctología	Urología	Otorrinolaringología	Cirugía General	Neurología	Neurocirugía	Neumología	Cardiología	Medicina Interna
Nombre del paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Número de seguridad social	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2.9	0
Presentación del fármaco	17.1	1.9	2.9	1.9	0	1	1.9	1.9	1.9	3.8	34.3	19.1
Dosificación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	0
Vía de administración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	0
Ilegibilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	0	3.8	0
Falta de nombre del médico	6.7	1	0	0	1.9	0	0	1	1	0	25.7	6.7
Falta de firma del médico	17.1	1.9	0	1	1	0	1.9	1	1	2.9	18.1	14.3

Fuente: elaboración propia

Cuadro III Errores de transcripción por servicio hospitalario (*n* = 105)

Error de transcripción	Ortopedia	Angiología	Oftalmología	Proctología	Urología	Otorrinolaringología	Cirugía General	Neurología	Neurocirugía	Neumología	Cardiología	Medicina Interna
Presentación del fármaco	17.1	1.9	3.8	1.9	4.8	1	1.9	1.9	1.9	3.8	21.9	15.3
Dosificación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Vía de administración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ilegibilidad	1	0	0	0	0	0	1	0	1.9	1	11.4	9.5
Falta de firma de la enfermera	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	1	7.7	1.9
Transcripción sin prescripción	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	1.9	1.9
Fármaco con nombre similar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Omisión de medicamento	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.9	3.8

Fuente: elaboración propia

Por una parte, el análisis del cumplimiento de la prescripción, con base en una serie de requisitos, permite garantizar la seguridad del fármaco indicado, tales como el nombre del medicamento (genérico o comercial), cantidad, presentación, concentración, dosis y vía de administración, así como el nombre del médico, su matrícula y firma.²⁹

Por otra parte, la transcripción de la prescripción de medicamentos se enfoca en aspectos como la legibilidad y la fidelidad, así como en la omisión del registro de los medicamentos prescritos conforme a su presentación, concentración, dosis y vía de administración. Rivas y Bustos³⁰ documentan que el 3% de las transcripciones fueron ilegibles, el 4.4% no incluyó la totalidad de los medicamentos prescritos y, en el 2.6% de los casos, el personal de enfermería transcribió fármacos sin prescripción. Cabe señalar que, durante la transcripción, se identificó una acción incorrecta en el 20% de los casos, dos acciones incorrectas en el 5.6%, tres acciones incorrectas en el 4% y todas las acciones incorrectas en el 3.2%.³¹

Con la aplicación de los estándares MMU.6.1 y MMU.6.3 del sistema crítico de medicamentos, se identificaron aspectos susceptibles de mejora, así como los procedimientos y políticas correspondientes. De esta forma, con base en los resultados obtenidos, se evidencian errores de medicación tanto en la fase de prescripción como en la fase de transcripción.

En este estudio, un beneficio del uso de la tecnología fue que, en 94 de cada 100 notas, el registro se realizó de forma electrónica, lo cual contribuyó de manera notable

a la disminución de errores por ilegibilidad (menos de 1 de cada 10) y al cumplimiento general de los requisitos de prescripción. No obstante, es importante que el seguimiento y la continuidad de la prescripción se realicen también de forma electrónica, ya que se identificó que, en la valoración médica subsecuente, el registro de las prescripciones se realiza de manera manual e ilegible. Esta falta de registro subsecuente es considerada por otros autores como una deficiencia en la prescripción electrónica.²⁵

En el reporte de Casuriaga³² se documentan errores en la prescripción, tales como la falta de registro de fecha y hora, así como la omisión de datos de los medicamentos. Cabe señalar que, en el presente estudio, todas las notas de prescripción presentaron dichos registros, por lo que no se consideraron como variables de análisis.

Un requisito no documentado en otros estudios es el dato de la presentación del medicamento; en este estudio, este fue el error más frecuente en la fase de prescripción en los servicios de cardiología, medicina interna y ortopedia. La omisión en el registro correcto de este dato puede favorecer la incidencia de eventos adversos, debido a la amplia variedad de medicamentos con diferentes presentaciones y dosis similares, por lo que resulta relevante y necesario especificar si se trata de tableta, gragea, cápsula o ampolla. Este tipo de error se define como *omisión de componentes de la medicación*.²⁵

Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, uno de los requisitos es la firma de la persona que prescribe. En este estudio, dicho requisito se identificó como error en 6 de cada 10

notas de prescripción en todos los servicios de hospitalización, con excepción de oftalmología y otorrinolaringología. De acuerdo con los estándares de calidad, otro requisito de la prescripción es el registro del nombre del médico(a), lo cual permite corroborar si cuenta con la autorización para realizar la prescripción y, en conjunto con la firma, verificar si el médico adscrito revisó y avaló la prescripción del personal médico en formación o especialización. La omisión del nombre y la firma de quien prescribe se considera un incumplimiento del protocolo, relacionado con falta de formación, procesos de prescripción no estandarizados o conocimientos inadecuados.²⁵ Linden *et al.*²⁶ lo consideran fallas en el uso y en las habilidades de los prescriptores.

De acuerdo con Abdel *et al.*,¹⁵ los servicios hospitalarios con mayor frecuencia de errores de prescripción fueron cardiología y medicina interna. Grow Volpe *et al.*³³ reportan la ausencia del nombre y la firma del médico en el 98.3% de los casos revisados; esta situación ha mejorado con la prescripción electrónica en lo que respecta al nombre, aunque no así para la firma.

En cuanto a los errores en la fase de transcripción, el registro de la vía de administración es uno de los más documentados en la literatura.³¹ Al igual que en la prescripción, la falta de registro de la presentación del medicamento fue el error más frecuente, seguido de la omisión en el registro de medicamentos y de la transcripción de medicamentos no prescritos. Al respecto, Kuitunen *et al.*³⁴ argumentan que estos errores pueden repetirse hasta diez veces.

En relación con los requisitos de los estándares de calidad y la NOM del expediente clínico, un error frecuente es la omisión del nombre y la firma de la enfermera que transcribe. En el caso del registro en la hoja de enfermería, el error por ilegibilidad debe considerarse debido a que este se realiza de forma manual.

Tal como lo comentan Rivas *et al.*,³⁰ la ilegibilidad, a pesar de presentar una correlación positiva débil, puede ser un factor asociado a la presencia de errores, no solo en la transcripción, sino también en la dispensación y administración de medicamentos. Lugo *et al.*³⁵ reportan una ilegibilidad del 5% de los casos estudiados en un periodo de seis meses. Por ello, el uso de expedientes o sistemas electrónicos incrementa la seguridad en el uso de medicamentos, avala la capacidad de la prescripción electrónica y contribuye a la reducción de errores médicos.³⁶

El proceso de prescripción incluye requisitos especiales que, al no ser explícitos, pueden favorecer la presencia

de errores en la medicación. En particular, se evaluaron cuatro requisitos: a) regímenes insulínicos, b) indicaciones por causa necesaria, c) “mismas indicaciones” y d) falta de conciliación.

En estudios como el de Jiménez *et al.*¹⁶ se reporta una prevalencia de errores de medicación del 4.79% en la fase de prescripción y del 14.61% en la fase de transcripción; en ambos casos, la prevalencia es menor a la observada en el presente trabajo. Bohórquez *et al.*²⁴ señalan que, en una revisión de 53 expedientes, los errores por omisión se presentaron en 1 de cada 100 casos; de estos, los más frecuentes fueron la omisión del registro de dosis (20.3%) y de la vía de administración (86.1%). El registro de la dosis es un dato que también se reporta en el estudio de Osmani *et al.*¹⁴

Las intervenciones enfocadas a minimizar los errores de medicación son necesarias;²⁵ la prescripción electrónica representa una alternativa eficaz para reducir los eventos adversos relacionados con la prescripción y la transcripción.³⁷ Garantizar la seguridad en el uso de los medicamentos es esencial para el logro de resultados óptimos en materia de salud.³⁸

Conclusiones

Existe una correlación positiva débil, pero significativa, entre la prescripción y la transcripción; no obstante, la prevalencia de error por ilegibilidad fue elevada en la fase de transcripción.

En la fase de prescripción, son frecuentes los errores por omisión en el registro de la presentación del medicamento, así como del nombre y la firma del médico. En la fase de transcripción, predominan los errores por omisión en el registro de la presentación del medicamento y de flexibilidad.

Puede considerarse que no haber tenido en cuenta el número de medicamentos por hoja de prescripción favorece la presencia de errores en la transcripción; es decir, la evaluación de las generaciones de transcripción constituye un factor que puede incrementar el error, al igual que el número de matriculaciones por especialidad.

Este tránsito de la prescripción a la transcripción puede abordarse mediante un estudio longitudinal que permita el seguimiento temporal y la evaluación de prescriptores y transcriptores, así como el análisis de los factores humanos, procesuales y materiales que influyen en la prevalencia de errores.

Referencias

1. Machado-Duque ME, Machado-Alba JE, Gaviría-Mendoza A, et al. Detección de errores de medicación mediante un programa de seguimiento y minimización en pacientes ambulatorios de Colombia, 2019-2019. *Biomed.* 2021;40(1):79-86. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.5544>
2. Poblete-Troncoso MC, Miño-González CG, Marchant-Fuentes C, et al. Sobrecarga, equivocación, falta de capacitación: factores contribuyentes en errores de medicación en un hospital público chileno. *Index Enferm.* 2020;29(3):112-6.
3. Elliot RA, Camacho E, Jancovik D, et al. Economic Analisys of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Qual Staf.* 2021;30:96-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010206>
4. Oñatibia-Astibia A, Aizpurua-Arruti X, Malet-Larrea A, et al. El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación; revisión sistemática exploratoria. *Ars Pharm.* 2021;62(1):15-39.
5. Bohórquez-Moreno C, Manotas-Castellar M, Ríos-Paternina A, et al. Errores de medicación en pacientes hospitalizados: una revisión sistemática. *Ars Pharm.* 2021;62(2):203-2018. Disponible en: <https://doi.org/10.30827/ars.v62i2.16166>
6. Castro-González LV, Martínez-Contreras AM, Caro VJ, et al. Errores de medicación en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. *Med Int Mex.* 2020;36(6):751-8. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3410>
7. Torres Y, Rodríguez Y, Pérez E. Procedimiento para el análisis y la prevención de errores de medicación usando el enfoque de la ergonomía. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2022;1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp>
8. Verduguez-Guzmán B, Gómez-Verduguez CA. Errores en el registro de datos del sistema hospitalario de distribución de medicamentos. *Rev Cient Cienc Med.* 2021;24(1):37-42.
9. Garrido-Carro B, Otero MJ, Jiménez-Lozano I, et al. Errores de medicación en niños que acuden a los servicios de urgencias pediátricas. *Farm Hosp* 2023;47(4):141-147. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.06.001>
10. Ayuso del Valle NC, González-Camid N, Villegas-Macedo FF, et al. Impacto del servicio de farmacia en la disminución de errores de medicación en pediatría. *Rev OFIL-ILAPHAR.* 2021;31(2):161-165. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X2021000200009>
11. Young R, Fulda K, Espinoza A, et al. Ambulatory medication safety in primary care: a systematic review. *J Am Board Fam Med.* 2022; 35(3):610-28. Disponible en: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.03.210334>
12. Fajreldines A, Bazzano M, Pellizzari M. Una estrategia para reducir el error de prescripción de medicamentos en pacientes hospitalizados. *Medicina.* 2021;81(2):224-8.
13. Pilquino-Cárcamo AM, Vieira-Tourinho FS, Fávero-Alves T. Factores de riesgo en errores de medicación en un hospital público chileno de alta complejidad. *Texto Contexto Enfermagem.* 2020;29(Spe):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0241>
14. Osmani F, Arab ZM, Shahali Z, Lotfi F. Evaluation of the effectiveness of electronic prescription in reducing medical and medical errors (systematic review study). *Ann Pharm Fr.* 2023;81:433-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2022.12.002>
15. Abdel RW, Mardawi G, Obaidat A, et al. Prescribing errors in an ambulatory care setting: mitigating risks in outpatient medication or-
- ders, cros-sectional review. *Glob J Qual Saf Health.* 2024;7(4):175-81. Disponible en: <https://doi.org/10.36401/JQSH-24-2>
16. Jiménez-Muñoz AB, Martínez-Mondéjar B, Muñoz-Miguez A, et al. Errores de prescripción, transcripción y administración según grupo farmacológico en el ámbito hospitalario. *Rev Esp Salud Pública.* 2019;93:1-14.
17. Rebouças-de Souza AF, de Queiroz JC, Nunes-Vieira A, et al. Os erros de medicação e os fatores de risco associados a sua prescrição. *Enferm Foco.* 2019;10(4):12-16.
18. Salvador-Ortega MJ. Cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción de medicamentos en recetas atendidas en el hospital público de Lima. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2021;10(3):25-9. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2021247>
19. Moncada-Gómez K, Febré-Vergara N. Uso de abreviaturas insecuras en la prescripción médica y errores de medicación: una revisión narrativa. *Rev Med Chile.* 2020;148(6):842-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/50034-98872020000600842>
20. Romero-Gutiérrez DL, Almiray-Soto AL, Ensaldó-Carrasco E. Intervenciones en la administración de medicamentos de alto riesgo. *Rev CONAMED.* 2020;25(2):95-97. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/94393>
21. Carrasco-Fernández JA, Diaz-Manchay RJ, Cervera Vallejos MF, et al. Percepción de las enfermeras sobre la seguridad durante la administración de fármacos al niño hospitalizado. Ene. 2021;15(1):1-25.
22. Camacho E, Gavan S, Keers RN, et al. Estimating the impact n patient safety of enabling the digital transfer of patients' prescription information in the english NHS. *BMJ Qual Saf.* 2024;33:726-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2023-016675>
23. Rincón-Alarcón AC, Guerrero-Coronel MP, Villalón-Muñoz PA. Errores de medicación como principales discrepancias de conciliación farmacéutica en un hospital de Ecuador. *Rev Cuabana Farm.* 2022; 55(1):1-13.
24. Bohórquez-Moreno C, Suárez Rivera M, Molinares-Ávila A, et al. Errores de prescripción e interacciones farmacológicas en personas adultas hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos en Barranquilla (Colombia). *Rev Esp Salud Pública.* 2023;(97):2-10.
25. Naseralallah L, Stewart D, Price M, et al. Prevalence, contributing factors, and interventions to reduce medication errors in outpatient and ambulatory settings: a systematic review. *Int J ClinPharm.* 2023; 45(6):1359-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-023-01626-5>
26. Lindén LC, Kivivuori SM, Lehtonen L, et al. Implementing a new electronic health record system in a university hospital: the effect on reported medication errors. *Healthcare.* 2022;10:1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare10061020>
27. Quiroz-Flores CP. La gestión de equipo médico en los retos del Sistema Nacional de Salud: una revisión. *Rev Mex Ing Biomed.* 2020; 41(1):141-50.
28. Herrera-Huerta EV, Pacheco-Ramón LA, Escutia-Gutiérrez R, et al. Certificación de hospitales en México: estándares internacionales. *Rev Med Univ Costa Rica.* 2015;9(1):12-19.
29. Vera-Carrasco O. Uso racional de medicamentos y normas para las buenas prácticas de prescripción. *Rev Med La Paz.* 2020;26(2):78-93.
30. Rivas RE, Rivas LA, Bustos LM. Errores en prescripción y transcripción de medicamentos endovenosos en servicios pediátricos, Hospital Dr. Hernán Enríquez Aravena, Temuco, 2008-2009. *Rev Med Chile.* 2010;138(12):1524-9.
31. Rivas RE, Rivas LA, Bustos ML. Bioseguridad en la prescripción y

- transcripción de terapia medicamentosa endovenosa. Cienc Enferm. 2010;16(2):47-57.
32. Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, et al. Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico – Centro Hospitalario Pereira Rossell. Arch Pediatr Urug. 2018;89(4):242-50. Disponible en: <https://doi.org/10.31134/ap.89.4.3>
33. Grou-Volpe CR, Magalhães-de Melo EM, Barbosa-de Aguiar L, et al. Factores de riesgo para errores de medicación en la prescripción electrónica y manual. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0642.2742>
34. Kuitunen S, Niittynen I, Airaksinen M, et al. Systemic causes of in hospital intravenous medication errors: a systematic review. J Patient Saf. 2021;17(8):1660-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000632>
35. Lugo G, Maidana G, Acostan P, et al. Errores en las prescripciones de pacientes ambulatorios recibidos en la farmacia interna de un centro asistencial público. Rev Cs Farm Bioq. Disponible en: 2018; 6(2):51-62.
36. Fernández-Oliviera C, Martínez-Roca C, Ávila-Álvarez A, et al. Impacto de la implantación de la prescripción electrónica asistida en la seguridad del paciente pediátrico. An Pediatr. 2020;93(2):103-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.018>
37. Cassidy C, Boulos L, McConnell E, et al. E-prescribing and medication safety in community settings: a rapid scoping review. Explor Res Clin Soc Pharm. 2023;12:1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100365>
38. Um I, Clough A, Tan E. Dispensing error rates in pharmacy: a systematic review and meta-analysis. Res Social Adm Pharm. 2024;20(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.10.003>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Castañeda-Sánchez O, Barraza-Gómez L, Bajo-Insunza DS et al. Tránsito de la prescripción a la transcripción: errores frecuentes en el proceso de medicación de pacientes hospitalizados. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(1):e1561. doi: 10.5281/zenodo.18020296

Nelcy Martínez-Trujillo^{1a}, Sayly Sánchez-Moreira^{2b}, Tania Minerva Pérez-Valladares^{2c}, Yudaimi Borges-Camejo^{2d}

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), Subdirección de Ciencia y Tecnología. La Habana, Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Enfermería "Lidia Doce" (FELD), Departamento de Informática e Investigaciones. La Habana, Cuba

Doi: 10.5281/zenodo.18022977

Resumen

ORCID

0000-0001-8287-6759^a

0000-0003-1971-6351^b

0000-0003-0799-1495^c

0000-0001-8992-0804^d

Introducción: el desarrollo de investigaciones en políticas y sistemas de salud en el pregrado de enfermería requiere la definición de capacidades en tres niveles de acción.

Objetivo: describir las capacidades individuales, institucionales y nacionales que deben desarrollarse para la realización de investigaciones en políticas y sistemas de salud en la formación de pregrado de enfermería.

Metodología: estudio descriptivo cuyo propósito fue recabar la opinión de 40 profesionales de enfermería acerca de las capacidades individuales, institucionales y nacionales necesarias para el desarrollo de la investigación en políticas y sistemas de salud, mediante un instrumento diseñado y estructurado en tres secciones. Los resultados se presentan en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: se aprobó un total de 21 capacidades: 9 individuales, 8 institucionales y 4 nacionales. Capacidades individuales: comprensión para la enseñanza y de los modelos de relación entre investigación y política. Capacidades institucionales: generación de espacios de actualización sobre las IPSS y el establecimiento de vínculos con instituciones de salud. Capacidades nacionales: designación de recursos y creación de redes de trabajo.

Conclusiones: las capacidades propuestas contribuyen a la sostenibilidad del desarrollo de la investigación en políticas y sistemas de salud desde la formación de pregrado, en los tres niveles necesarios para este tipo de estudio. Asimismo, son aplicables en otras instituciones formativas y útiles para fortalecer el vínculo entre la formación y los servicios de salud.

Palabras clave (DeCS):

Investigación en Enfermería

Investigación en Evaluación
de Enfermería

Políticas, Planificación y
Administración en Salud

Creación de Capacidad
Estudiantes de Enfermería

Keywords (DeCS):

Nursing Research

Nursing Evaluation Research

Health Policy, Planning and
Management

Capacity Building

Students, Nursing

Abstract

Introduction: The development of research on health policies and systems in undergraduate nursing education requires the definition of capacities at three levels of action.

Objective: To describe the individual, institutional, and national capacities to be developed for conducting research on health policies and systems in undergraduate nursing education.

Methodology: A descriptive study was conducted to gather the opinions of 40 nursing professionals regarding individual, institutional, and national capacities for developing research in health policies and systems. A three-section instrument was used to collect data. Results are presented as absolute frequencies and percentages.

Results: A total of 21 capacities were approved: 9 individual, 8 institutional, and 4 national. Individual capacities included understanding the teaching and application of models relating research to policy. Institutional capacities included creating opportunities for professional development on health policy and systems and establishing links with health institutions. National capacities included allocating resources and creating working networks.

Conclusions: The proposed capabilities contribute to the sustainability of research development in health policies and systems, starting at the undergraduate level at all three levels required for this type of study. They are applicable in other educational institutions and useful for strengthening the link between education and health services.

Correspondencia:

Nelcy Martínez Trujillo

Correo electrónico:

nelcynan@gmail.com

Fecha de recepción:

02/07/2025

Fecha de aceptación:

22/11/2025

Introducción

Un sistema de salud es la “*suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población*”.¹ En un sentido más amplio, se considera como el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables de la conducción de los procesos relativos a la salud de la población, que se expresan en *organizaciones, normas y servicios*, y que tienen como objetivo alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad.²

Entre sus componentes se encuentran las políticas sanitarias y sus normas, enmarcadas en las grandes políticas sociales y de desarrollo económico que definen el Estado y la sociedad.³ Estas se definen como un conjunto de decisiones que se traducen en acciones, seleccionadas de forma estratégica entre diversas alternativas, conforme a una jerarquía de valores y preferencias de los interesados.⁴ Otros autores las consideran como una secuencia de acciones que conducen a una respuesta más o menos institucionalizada ante una situación juzgada como problemática.⁵ Estas propuestas implican la definición de la salud como un problema público, en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Asimismo, incorporan tres elementos importantes: las decisiones como base de toda política, las acciones que deben realizarse y el alcance de lo social o público.

La investigación en políticas y sistemas de salud (IPSS) es un campo investigativo que busca comprender y mejorar la forma en que las sociedades se organizan para alcanzar sus metas de salud, así como la manera en que los diferentes actores interactúan en el proceso de definición e implementación de políticas, con el fin de lograr resultados favorables. Es, por naturaleza, interdisciplinaria, ya que integra aportes de la economía, la sociología, la antropología, las ciencias políticas, la salud pública y la epidemiología, las cuales, en conjunto, permiten una visión integral de cómo los sistemas de salud responden y se adaptan a los cambios introducidos por las políticas de salud, y de cómo estas pueden incidir —y ser incididas— por los sistemas de salud y los determinantes de la salud.⁶

Este campo investigativo se inserta en la gestión de políticas de dos formas fundamentales. La primera, mediante la generación de conocimientos y evidencias para su definición; la segunda, como parte de su análisis, entendido este último como el conjunto de procedimientos dirigidos a comprender y valorar las políticas que afectan la salud colectiva, hayan sido o no originadas en el sec-

tor de los servicios de salud, considerando los diferentes aspectos relacionados con la política, desde sus orígenes hasta sus consecuencias, con la finalidad de contribuir a la optimización de los resultados.⁷

Entre sus temáticas se incluyen los estudios sobre calidad de la atención, evaluación de servicios de salud, satisfacción de usuarios y prestadores, costos de la atención, así como la evaluación e implementación de programas y políticas de salud.⁸ Para su consolidación se requieren capacidades en tres niveles: individual, institucional y nacional. De nada sirve contar con investigadores con habilidades para su realización si no están insertos en instituciones que incentiven su desarrollo y aplicación, o si no existen instancias gubernamentales que favorezcan su vinculación con la toma de decisiones y su financiamiento.⁹

El desarrollo de capacidades de investigación es el proceso mediante el cual los individuos, las organizaciones y las sociedades desarrollan habilidades y potencialidades para realizar la función investigativa de forma efectiva y sostenible, con la definición de objetivos y prioridades que permitan dar solución a los problemas identificados.¹⁰ Asimismo, se considera como cualquier esfuerzo orientado a incrementar las capacidades individuales e institucionales para realizar investigación de alta calidad, con la vinculación de actores clave en el proceso.¹¹

En Cuba, entre los años 2012 y 2015, se desarrolló un proyecto de investigación orientado a dar solución a la limitada realización de este tipo de estudios por parte de los profesionales de enfermería. Como resultado, se definieron las capacidades individuales e institucionales a desarrollar, así como la metodología para su implementación.¹² Los hallazgos evidenciaron la necesidad de incorporar esta temática desde el pregrado en la formación de enfermería; en ese sentido, el equipo de investigación llevó a cabo un segundo proyecto con énfasis en el pregrado y con la inclusión de estudiantes de enfermería.¹³

Durante la ejecución de las acciones se identificó que una de las limitaciones para la sostenibilidad del proceso radicaba en que los profesores no contaban con los conocimientos necesarios para la impartición de los aspectos teóricos y metodológicos relacionados con las IPSS; además, los programas no incluían este tipo de estudios y la institución formativa no visibilizaba las potencialidades de las IPSS para el futuro profesional de enfermería. La experiencia del equipo permitió concluir que la realización de investigaciones en políticas y sistemas de salud en el pregrado de enfermería demanda, en primera instancia, una clara definición de las capacidades a potenciar

en cada nivel, lo cual constituye el primer paso para su desarrollo, evaluación, seguimiento y sostenibilidad.

A partir de esta afirmación, el presente artículo tiene como objetivo describir la propuesta de capacidades a desarrollar para la consolidación de las IPSS en el pre grado de enfermería. En la actualidad, se trabaja en su implementación.

Metodología

Diseño metodológico

Se realizó un estudio descriptivo con 40 profesionales de enfermería que cursaron la maestría en Enfermería impartida en la Facultad de Enfermería “Lidia Doce” (FELD).

Se utilizó un muestreo no probabilístico por criterios de intención. Los participantes se seleccionaron con base en su vinculación con los tres niveles de atención del sistema nacional de salud cubano; además, debían poseer categoría docente y haber recibido, durante su formación como máster, contenidos relacionados con políticas y sistemas de salud, lo cual favoreció que su valoración de las propuestas de capacidades contara con un respaldo fundamentalizado en el conocimiento de la temática.

Participaron profesionales de enfermería del nivel primario de atención (9), nivel secundario (15), tercer nivel (12) y de instituciones formativas (4) de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Se describen las definiciones conceptual y operacional de los niveles de capacidad individual, institucional y nacional ([cuadro I](#)).

Para la consulta se diseñó un cuestionario con tres dimensiones, cuya aplicación se realizó mediante la plataforma MOODLE y el Aula Virtual de Salud de la Facultad de Enfermería “Lidia Doce”, en su categoría de estudios de posgrado ([anexo 1](#)).

En esta plataforma se utilizó la herramienta encuesta ([anexo 2](#)). Cada pregunta incluyó una escala de Likert para su medición, con cinco categorías de respuesta: muy de acuerdo (MA), de acuerdo (DA), ni de acuerdo ni en desacuerdo (NDND), en desacuerdo (D) y muy en desacuerdo (MD). https://aulavirtual.sld.cu/course/index.php?category_id=2666

La escala de Likert mide la intensidad de las opiniones de una persona sobre un tema específico. Se solicitó a los participantes que calificaran su grado de acuerdo o

desacuerdo con una serie de afirmaciones, cuyas respuestas varían desde una opción negativa hasta una positiva, con una opción neutra intermedia.

Las dimensiones del cuestionario se conformaron por nueve propuestas individuales, ocho institucionales y cuatro nacionales. Para la elaboración de las propuestas iniciales en cada nivel se consideraron los resultados de investigaciones previas, así como las líneas estratégicas emitidas por la Alianza para el Desarrollo de las IPSS.

En cada dimensión del cuestionario se incluyó una pregunta abierta, mediante la cual los participantes pudieron proponer otras capacidades a desarrollar. Para el análisis de los resultados, y ante la inexistencia de estudios previos para la definición de un estándar de aceptación, se estableció que serían consideradas válidas aquellas capacidades seleccionadas con más del 90% de aceptación.

La validez del instrumento se aseguró mediante la evaluación realizada por el equipo de investigación, orientada a determinar el grado en que las capacidades propuestas representan los niveles que se pretendía medir.

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa SPSS, versión 21. Los resultados se expresaron en valores absolutos y porcentajes.

Aspectos éticos

La investigación forma parte del proyecto “*Desarrollo de capacidades para las investigaciones en políticas y sistemas de salud en el pregrado de Enfermería 2020-2024*”, aprobado por el Consejo Científico y por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería “Lidia Doce”.

Se contó con el consentimiento informado de los participantes —en este caso, los maestrandos— y con la autorización de la decana de la institución para la realización de la indagación.

Resultados

Se aprobaron 21 capacidades con un 90% de aceptación. Las capacidades individuales (9) se refieren a la identificación de métodos novedosos para la impartición de los temas relacionados con las IPSS; entre ellas se incluyen la comprensión de las vías y formas de negociación para lograr la aplicación de los resultados, la integración de referentes de este campo con la enfermería y el trabajo en equipos inter y multidisciplinarios ([cuadro II](#)).

En cuanto a las capacidades institucionales, se aprobaron los criterios para la incorporación de la enseñanza

Cuadro I Niveles de capacidades individual

Capacidades	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Nivel Individual	<p>Conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y competencias que posee o desarrolla una persona y que le permiten desempeñar de forma efectiva funciones y roles específicos dentro de un contexto determinado.</p> <p>En el caso de la docencia en IPSS en el pregrado de enfermería, estas capacidades permiten al profesor integrar los conceptos teóricos y metodológicos propios de las IPSS en los procesos de enseñanza-aprendizaje, orientándolos a la comprensión, aplicación y análisis crítico de los sistemas y políticas de salud.</p>	<p>Grado en que un docente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplica conocimiento • Demuestra habilidades pedagógicas y metodológicas • Utiliza métodos pertinentes para la enseñanza de las IPSS • Trabaja de forma colaborativa con otros actores educativos y del sistema de salud e integra los contenidos de IPSS con los referentes disciplinares de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeño en el aula • Manejo de contenidos relacionados con las IPSS • Uso de estrategias didácticas para la enseñanza de las IPSS • Producción académica relacionada con las IPSS • Participación en actividades formativas y percepción de los estudiantes.
Nivel Institucional	<p>Conjunto de recursos, estructuras, procesos, conocimientos, cultura organizacional y mecanismos de gestión que poseen o desarrollan las instituciones formadoras de pregrado en enfermería para integrar de manera efectiva la enseñanza, práctica, investigación, producción, uso y transferencia de conocimientos en políticas y sistemas de salud (IPSS).</p> <p>Estas capacidades permiten que la institución genere un entorno académico sostenible que fomente la formación de profesionales con competencias para analizar, producir evidencia y contribuir a la toma de decisiones en los sistemas de salud.</p>	<p>Grado en que la institución:</p> <p>Dispone, implementa y evidencia mecanismos formales y verificables (planes, currículos, reglamentos, convenios, registros, indicadores, informes.) que demuestran la existencia, funcionamiento y resultados de acciones orientadas al desarrollo de la enseñanza, práctica y aplicación de las IPSS en el pregrado de enfermería.</p>	<p>Nivel de desarrollo de la capacidad</p> <p>Cada capacidad podrá medirse mediante escalas ordinales, por ejemplo:</p> <p>Inexistente Formalizada Implementada Evaluada con resultados demostrables</p> <p>También podrá medirse con valoración numérica, por ejemplo:</p> <p>0 = No existe la capacidad ni acciones relacionadas 1 = Existe intención o acciones informales, pero no documentos ni procesos formales 2 = La capacidad está formalizada (aparece en planes, políticas, documentos normativos), pero aún no implementada 3 = La capacidad está implementada parcial o totalmente, pero no se evidencian aún resultados evaluados 4 = La capacidad está implementada, evaluada y se observan resultados o mejoras comprobables</p>
Nivel Nacional	<p>Conjunto de condiciones, estructuras, recursos, alianzas, normativas y dinámicas de articulación presentes en el sistema de salud y el sistema educativo, que permiten promover, sostener y utilizar la investigación en políticas y sistemas de salud en la formación de pregrado en enfermería para mejorar la calidad, pertinencia e impacto de la educación y de los servicios de salud.</p>	<p>Grado en que el país cuenta:</p> <p>Con instituciones identificadas, redes articuladas, mecanismos de colaboración, recursos asignados y estructuras de gobernanza que facilitan la generación, enseñanza, aplicación y uso de la IPSS en los programas de pregrado en enfermería, observables mediante indicadores verificables a nivel de sistema educativo y de salud.</p>	<p>Nivel de desarrollo de la capacidad</p> <p>Para todas las capacidades se puede aplicar la misma escala cuantitativa descriptiva:</p> <p>0 = No existe 1 = Existe de forma preliminar o informal 2 = Existe formalmente, pero con alcance limitado 3 = Está implementada y con alcance funcional aceptable 4 = Altamente desarrollada, con impacto verificable 5 = Consolidada, sostenible e institucionalizada</p>

Fuente: elaboración propia

Cuadro II Opinión de profesionales de enfermería sobre las capacidades individuales para el desarrollo de las IPSS (*n* = 40)

Capacidades individuales	Escala de respuesta Likert				
	MA	DA	NAND	D	MD
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
• Identificar métodos, medios y formas novedosas de organización de la enseñanza para la impartición de los temas relacionados con las IPSS	18 (47.37)	19 (50.00)	0	1 (2.63)	
• Identificar fuentes de actualización de contenidos relacionados con IPSS	15 (39.47)	22 (57.89)	0	1 (2.63)	0
• Conocer y comprender los modelos de relación entre la investigación y la política para su enseñanza	17 (44.74)	20 (52.63)	0	1 (2.63)	0
• Conocer y comprender las vías y formas de negociación para lograr la aplicación de los resultados de las IPSS para su enseñanza	17 (44.74)	20 (52.63)	1 (2.63)	0	0
• Conocer los referentes históricos, teóricos, conceptuales y metodológicos de las IPSS.	17 (44.74)	20 (52.63)	1 (2.63)	0	0
• Identificar las diferentes líneas temáticas de las IPSS.	20 (52.63)	18 (47.37)	0	0	0
• Comprender los diferentes enfoques metodológicos (cuantitativos-cualitativos-mixtos) aplicables en la IPSS.	22 (57.89)	16 (42.11)	0	0	0
• Integrar los referentes teóricos de la enfermería y de las IPSS.	19 (50.00)	18 (47.37)	1 (2.63)	0	0
• Trabajar en equipos inter y multidisciplinarios.	27 (71.05)	11 (28.95)	0	0	0

MA: Muy de acuerdo; DA: De acuerdo; NDND: Ni de acuerdo-Ni en desacuerdo; D: En desacuerdo, MD: Muy en desacuerdo

Fuente: elaboración propia

de las IPSS en los espacios formativos, la vinculación de investigadores y directivos con los procesos de formación, el establecimiento de vínculos con instituciones de salud para el trabajo conjunto en la identificación de problemas, así como la incorporación de estudiantes en su solución a través de las IPSS. Asimismo, se aceptaron capacidades institucionales relacionadas con el incentivo para la realización de proyectos y la incorporación de las temáticas de las IPSS en las jornadas científicas estudiantiles ([cuadro III](#)).

Las capacidades nacionales incluyeron la asignación de recursos materiales a las instituciones docentes vinculadas con la enseñanza de las IPSS para su participación en proyectos conjuntos con instituciones de salud; la identificación de instituciones formativas; la generación de espacios de interacción entre las instituciones formativas (docentes) y los servicios de salud (directivos de los servicios de salud); así como la creación de redes de trabajo de docentes e investigadores de enfermería con experiencia en la enseñanza de las IPSS ([cuadro IV](#)).

Discusión

La propuesta de capacidades se encuentra en consonancia con lo planteado por la Alianza para las Investiga-

ciones en Políticas y Sistemas de Salud, en relación con la necesidad de realizar acciones orientadas a mejorar los resultados sanitarios. Dichas acciones incluyen facilitar el desarrollo de capacidades que permitan generar, difundir y utilizar conocimientos para fortalecer los sistemas de salud.¹⁴ Si bien no se identificaron estudios previos relacionados específicamente con las capacidades para las IPSS en el pregrado de enfermería, la propuesta obtenida presenta elementos generales que favorecen su análisis.

La selección de métodos novedosos para la impartición de una temática como las IPSS coincide con lo señalado por autores como Caicedo,¹⁵ quien enfatiza la incorporación de tecnologías educativas para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje, mejorar el compromiso de los estudiantes y enriquecer las dinámicas del aula al promover un entorno más inclusivo y participativo.¹⁶ Asimismo, destaca que el impacto de la tecnología educativa en el aprendizaje es significativo, ya que facilita la investigación y el autoaprendizaje.¹⁶

En este sentido, Piñera¹⁷ propone desarrollar capacidades de investigación mediante estrategias instruccionales que se articulen con las formas de enseñanza a través del uso de entornos virtuales de aprendizaje (EVA), de manera que dichas capacidades se integren a la formación de los estudiantes universitarios y, posteriormente,

Cuadro III Opinión de profesionales de enfermería sobre las capacidades institucionales para el desarrollo de las IPSS (*n* = 40)

Capacidades Institucionales	Escala de respuesta Likert				
	MA	DA	NAND	D	MD
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
• Incorporar la enseñanza de las IPSS en los programas formativos.	19 (54)	15 (43)	1 (3)	0	0
• Vincular a investigadores con experiencia en la realización de IPSS en los procesos de formación de los estudiantes.	19 (54)	15 (43)	0	1 (3)	0
• Vincular a directivos con experiencia en la aplicación de los resultados de IPSS en los procesos de formación de los estudiantes.	15 (43)	18 (51)	2 (6)	0	0
• Generar espacios de actualización y superación sobre IPSS para los docentes de la institución.	19 (54)	15 (43)	1 (3)	0	0
• Establecer vínculos con instituciones de salud para el trabajo conjunto en la identificación de problemas y la incorporación de estudiantes en su solución a través de IPSS.	20 (57)	15 (43)	0	0	0
• Crear registro institucional de proyectos estudiantiles relacionados con este tipo de investigación.	19 (54)	15 (43)	1 (2)	0	0
• Incentivar en los proyectos de investigación de los estudiantes la realización de las IPSS.	17 (49)	18 (51)	0	0	0
• Incorporar en las temáticas de la jornada científica estudiantiles las IPSS.	20 (57)	15 (43)	0	0	0

MA: Muy de acuerdo; DA: De acuerdo; NDND: Ni de acuerdo-Ni en desacuerdo; D: En desacuerdo, MD: Muy en desacuerdo

Fuente: elaboración propia

puedan aplicarse en estudios de posgrado y contribuir a la solución de problemas de la sociedad y su entorno.

En relación con la identificación de contenidos actualizados para la enseñanza de las IPSS, la Alianza para las Investigaciones en Políticas y Sistemas de Salud propone documentos metodológicos que promueven áreas de investigación innovadoras para fortalecer los sistemas de salud e incentivar el liderazgo participativo.¹⁸ De esta forma, se modela la realización de investigaciones en políticas y sistemas de salud que aseguren respuestas a las

necesidades de los responsables de formular y aplicar las políticas sanitarias.^{19,20,21}

La comprensión de los modelos de relación constituye una capacidad que permite al docente transmitir a los estudiantes los posibles escenarios a los que deberán enfrentarse durante la realización e implementación de los resultados de las IPSS. En particular, debe contribuir a la generación de estrategias de negociación que permitan disminuir la brecha entre investigadores y decisores; asimismo, comprender las diferencias de perspectiva entre

Cuadro IV Opinión de profesionales de enfermería sobre las capacidades nacionales para el desarrollo de las IPSS (*n* = 40)

Capacidades Nacionales	Escala de respuesta Likert				
	MA	DA	NAND	D	MD
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
• Identificar instituciones formativas con potencialidades para la formación en temas de IPSS en Enfermería.	21 (58)	14 (39)	0	1 (3)	0
• Generar espacios de interacción entre las instituciones formativas (docentes) y los servicios de salud (directivos de los servicios de salud).	17 (47)	17 (47)	1 (3)	1 (3)	0
• Asignación de recursos materiales a las instituciones docentes vinculadas con la enseñanza de las IPSS (para su participación en proyectos conjuntos con instituciones de salud)	21 (58)	14 (39)	0	1 (3)	0
• Crear red de trabajo de docentes e investigadores de enfermería con experiencia en la enseñanza de las IPSS.	24 (67)	12 (33)	0	0	0

MA: Muy de acuerdo; DA: De acuerdo; NDND: Ni de acuerdo-Ni en desacuerdo; D: En desacuerdo, MD: Muy en desacuerdo

Fuente: elaboración propia

ambos actores clave facilita la identificación de estrategias adecuadas para cerrarla.²²

Los diferentes enfoques metodológicos y su aplicabilidad en el desarrollo de las IPSS permiten, desde la formación de pregrado, ampliar el espectro de aproximación a las temáticas que propone este campo de investigación. Cabe señalar que, durante muchos años, la investigación estuvo predominantemente vinculada a la perspectiva cuantitativa; sin embargo, la incorporación de enfoques cualitativos y mixtos ha ampliado las fuentes de información para la generación de evidencias que contribuyen a la mejora de los sistemas de salud.

Los docentes deben desarrollar la capacidad de comprender las potencialidades que aporta cada perspectiva de investigación a las IPSS, con el fin de incidir en la selección de las propuestas metodológicas de los estudiantes.

Las capacidades institucionales son las que garantizan la sinergia entre los otros dos niveles (individual y nacional). En este sentido, el Ministerio de Salud Pública de Cuba, a través de su política de investigación en salud, promueve la realización de este tipo de estudios y, para ello, ha establecido el programa sectorial de Organización, Eficiencia y Calidad de los Servicios, el cual constituye un componente esencial para el fortalecimiento del desempeño institucional en el desarrollo de las IPSS.

El desarrollo de estrategias para realizar acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, de acuerdo con la situación de salud de las personas, en un contexto donde interactúan las necesidades de salud y los recursos disponibles, evidencia la necesidad de realizar IPSS que brinden información a los directivos para la toma de decisiones, ya sea para prevenir deficiencias y errores o para asegurar a cada paciente una atención sanitaria correcta y segura.^{23,24}

La experiencia acumulada por la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV) en el fortalecimiento de la investigación en el pregrado puede considerarse positiva. En esta institución se han conformado grupos de investigación multidisciplinarios para enfrentar tareas técnicas priorizadas, además de contar con la experiencia de las unidades docentes y el apoyo de las facultades. Asimismo, se ha trabajado en el desarrollo de estrategias interdisciplinarias para formar al estudiante en el ejercicio del trabajo científico, requiriendo que el profesor asuma la investigación como método de acción en su práctica docente.²⁵

Al respecto, López²⁶ plantea que la investigación debe establecerse de manera vivenciada, como una cultura in-

vestigativa integrada a la cotidianidad de la vida universitaria, en una lógica de construcción colectiva que demande acciones simultáneas y congruentes en los ámbitos subjetivo, intersubjetivo y objetivo. Ello requiere una planificación cuidadosa y progresiva de las formas en que los actores desarrollan la investigación, sobre la base de una pedagogía orientada a la formación de una actitud científica en los estudiantes; es decir, *aprender a interrogar, aprender a aprender, aprender a buscar información y aprender a cuestionar la propia experiencia de aprendizaje, en un proceso continuo y dinámico*.²⁶

En el año 2022, un equipo de investigadores uruguayos analizó la importancia de la función investigativa universitaria y su relación con los actores sociales de un territorio, a través del desarrollo de actitudes y competencias investigativas que contribuyan a dar respuesta a problemáticas existentes, con la participación activa de los actores sociales durante todo el proceso, desde el diagnóstico hasta la evaluación o devolución de resultados a la sociedad.²⁷

Si bien los estudios revisados no se centran específicamente en las investigaciones en políticas y sistemas de salud, permiten establecer un marco general de análisis sobre la importancia de la función investigativa desde la formación de pregrado. El rasgo distintivo de la propuesta presentada en este artículo es que trasciende el nivel individual y aporta una visión sistémica a un problema que, dadas las características de las IPSS, no puede resolverse únicamente mediante la vinculación del profesor a la enseñanza de este tipo de investigaciones.

Conclusiones

Las capacidades propuestas contribuyen a la sostenibilidad del desarrollo de las investigaciones en políticas y sistemas de salud desde la formación de pregrado, en tanto permiten al profesorado integrar los conceptos teóricos y metodológicos propios de las IPSS en los procesos de enseñanza-aprendizaje, orientándolos a la comprensión, aplicación y análisis crítico de los sistemas y políticas de salud.

En el nivel institucional, se favorece la generación de un entorno académico sostenible que promueve la formación de profesionales con competencias para analizar, producir evidencia y contribuir a la toma de decisiones en los sistemas de salud.

A nivel nacional, las capacidades propuestas permiten promover, sostener y utilizar la investigación en políticas y sistemas de salud en la formación de pregrado en enfer-

mería, con el propósito de mejorar la calidad, pertinencia e impacto de la educación y de los servicios de salud. Asimismo, son aplicables en otras instituciones formativas y constituyen una oportunidad inicial para fortalecer el vínculo entre las instituciones educativas y los servicios de salud.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones que

deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, se utilizó un instrumento de recolección de datos basado en una escala tipo Likert, lo cual implica que las respuestas se sustentan en la percepción subjetiva de los participantes. En segundo lugar, la construcción del cuestionario requirió la selección de capacidades en cada nivel; si bien se procuró asegurar la validez de contenido, es posible que algunos aspectos relevantes no hayan sido incluidos.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud, 2000. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>
- Lobato LVCL, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- Savigny D, Taghreed A, Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening / edited by Don de Savigny and Taghreed Adam. World Health Organization. 2009. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44204>
- Das Graças Rua M. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. Manuscrito, elaborado para el Programa de Apoyo a la Gerencia Social en Brasil. Banco Interamericano de Desarrollo: INDES. 2005.
- Naranjo G, Lopera J, Granada J. Las políticas públicas territoriales como redes de política pública y gobernanza local: la experiencia de diseño y formulación de las políticas públicas sobre desplazamiento forzado en el Departamento de Antioquia y la ciudad de Medellín. Estudios Políticos, 2009, vol 35 (pp. 81-105). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-51672009000200005
- Alliance for Health Policy and Systems Research (2011). What is HPSR? Overview. Geneva, World Health Organization. Disponible en [https://ahpsr.who.int/what-we-do/what-is-health-policy-and-systems-research-\(hpsr\)](https://ahpsr.who.int/what-we-do/what-is-health-policy-and-systems-research-(hpsr))
- Gómez-Arias RD, Rodríguez-Ospina FL, Martínez-Ruiz O, et al. Gestión de políticas públicas y salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2005;10:9-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309125498001>
- Gibson L. Health policy and systems research: a methodology reader. Switzerland, Geneva: WHO; 2012. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_reader.pdf
- Alliance for Health Policy and Systems Research. Strategy on health policy and systems research: changing mindsets. Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland; 2012. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf
- Alliance Health Policy and Systems Research. Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy, Geneva, Switzerland WHO; 2017. Disponible en: https://apps.who.int/bitstream/handle/10665/43744/9789241595902_eng.pdf?sequence=1
- Martínez N. Capacidades para la investigación en políticas y sistemas de salud en enfermería. Revista Cubana de Salud Pública. 2020;46(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466202000400009&lng=es&tlang=es .
- Martínez N. Metodología para desarrollo de capacidades de investigación en sistemas y servicios de salud en Enfermería. Educación Médica Superior, 2016;30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000100017&lng=es&tlang=es .
- Martínez N, Sánchez S, Borges Y, et al. Desarrollo de capacidades en estudiantes de enfermería para investigaciones en políticas y sistemas de salud. Educación Médica Superior. 2020;34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000100012&lng=es&tlang=es .
- OMS. Consejo Ejecutivo, 141 Alianzas acogidas: examen de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/273700>
- Caicedo-Ayovi L, Sánchez-Naranjo J, Londo-Yachambay F, et al. Impacto de la tecnología educativa en el aprendizaje: una revisión bibliográfica. Polo del Conocimiento. 2025;10(1):1090-1101. Doi: <https://doi.org/10.23857/pc.v10i1.8739>
- Zambrano IE, Chancay L. Impacto de las tecnologías digitales en el aprendizaje y la enseñanza en entornos educativos. Revista Qualitas. 2024;28(28):054-068. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.55867/qual28.04>
- Piñera HJ, Saborit A, Hernández OL, et al. Evaluación de la producción científica estudiantil en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Educación Médica Superior. 2022;36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412022000100007&lng=es&tlang=es .
- Loewenson R, et al. Participatory action research in health systems: a methods reader. TARSC, AHPSR, OMS, CIID Canadá: Equinet; 2014. Disponible en: <https://www.tarsc.org/publications/documents/Spanish%20PAR%20Reader%20March%20202015lfs.pdf>
- Peters D, et al. Implementation research in health: a practical guide. OMS, 2013. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf
- Savigny D, Taghreed A, Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening / edited by Don de Savigny and Taghreed Adam. World Health Organization. 2009 Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44204>
- World Health Organization. Strategy on health policy and systems

- research: changing the mindset. World Health Organization; 2012. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/77942>
22. Martínez N. Enfermería en las investigaciones en políticas y sistemas de salud. La Habana. Ecimed, 2024.
 23. Jara MI. El uso de la investigación en la gerencia de los servicios de salud: el reto de comunicación entre dos comunidades. Gerencia y Políticas de Salud, 2017;16(32):5–7. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolosal/article/view/19893>
 24. Lorenzo B, Beltrán BM, Endo J, et al. Las Investigaciones en Servicios y Sistemas de Salud, instrumento de gestión en la atención sanitaria. EDUMECENTRO, 2023;15 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742023000100071&lng=es&tlang=es.
 25. Gomara FE, Concepción DN, González E, et al. La investigación científica en la formación del estudiante universitario mediante el vínculo universidad -empresa. Revista Universidad y Sociedad, 2021;13(2):383-388. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202021000200383&lng=es

- &tlang=es
26. López JY, García M. Desarrollo de competencias investigativas en el pregrado. Aproximaciones teóricas. Referencia Pedagógica, 2022;10(2):34-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-30422022000200034&lng=es&tlang=es.
 27. Maldonado GE, Alfaro JI. La importancia de la función de investigación universitaria y su relación con los actores sociales de un territorio. LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades, 2022;3(2):795–804 Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v3i2.149>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Martínez-Trujillo N, Sánchez-Moreira S, Pérez-Valladares TM et al. Formación de pregrado de enfermería en Cuba: desarrollo de capacidades para la investigación en políticas y sistemas de salud. 2026;34(1):e1562. doi: 10.5281/zenodo.18022977

Anexo 1
Cuestionario para definición de capacidades
Facultad de Enfermería “Lidia Doce”

Estimado(a) profesional: Estamos realizando una investigación que da continuidad a un estudio anterior relacionado con el desarrollo de las investigaciones en políticas y sistemas de salud por los profesionales de enfermería.

En esta ocasión se vinculará al pregrado de enfermería. Su criterio, será muy útil. **Las respuestas serán anónimas** y solo serán utilizadas para los fines ya mencionados. Agradecemos de antemano su colaboración.

Instructivo para llenado.

El instrumento propone capacidades individuales, institucionales y nacionales.

- Individuales: aquellas que deben desarrollar o fortalecer en **los profesores** del pregrado de enfermería para la impartición de las IPSS en los programas de formación.
- Institucionales: aquellas que deben desarrollar o fortalecer en las **instituciones** de formación de pregrado en enfermería.
- Nacionales: aquellas que deben desarrollar o fortalecer a nivel de gobierno en **sistema de salud y sistema de educación** para consolidar de la enseñanza de las investigaciones en políticas y sistemas de salud en el pregrado de enfermería.

En cada nivel se emite una afirmación.

Usted deberá marcar con una cruz (X) en la casilla a partir de lo que considere en relación con la capacidad propuesta.

En cada sección y nivel de capacidad, puede incluir nuevas propuestas de capacidades que considere necesarias.

SECCIÓN- 1_CAPACIDADES INDIVIDUALES

Para la enseñanza de las investigaciones en políticas y sistemas de salud los profesores del pregrado de enfermería deben:					
CAPACIDADES INDIVIDUALES	MA	DA	NAND	D	MD
1. Identificar métodos, medios y formas novedosas de organización de la enseñanza para la impartición de los temas relacionados con las IPSS					
2. Identificar fuentes de actualización de contenidos relacionados con IPSS.					
3. Conocer y comprender los modelos de relación entre la investigación y la política para su enseñanza.					
4. Conocer y comprender las vías y formas de negociación para lograr la aplicación de los resultados de las IPSS para su enseñanza					
5. Conocer los referentes históricos, teóricos, conceptuales y metodológicos de las IPSS.					
6. Identificar las diferentes líneas temáticas de las IPSS					
7. Comprender los diferentes enfoques metodológicos (cuantitativos-cualitativos-mixtos) aplicables en la IPSS.					
8. Integrar los referentes teóricos de la enfermería y los de las IPSS.					
9. Trabajar en equipos inter y multidisciplinarios.					

SECCIÓN- 2_CAPACIDADES INSTITUCIONALES

Para lograr el fortalecimiento de las investigaciones en políticas y sistemas de salud en la formación de pregrado de enfermería las instituciones formativas deben:

CAPACIDADES INSTITUCIONALES	MA	DA	NAND	D	MD
1. Incorporar la enseñanza de las IPSS en los programas formativos.					
2. Vincular a investigadores con experiencia en la realización de IPSS en los procesos de formación de los estudiantes.					
3. Vincular a directivos con experiencia en la aplicación de los resultados de las IPSS en los procesos de formación de los estudiantes.					
4. Generar espacios de actualización y superación sobre IPSS para los docentes de la institución.					
5. Establecer vínculos con instituciones de salud para el trabajo conjunto en la identificación de problemas y la incorporación de estudiantes en su solución a través de IPSS.					
6. Crear registro institucional de proyectos estudiantiles relacionados con este tipo de investigación.					
7. Incentivar en los proyectos de investigación de los estudiantes la realización de las IPSS.					
8. Incorporar en las temáticas de la jornada científico estudiantil las IPSS.					

SECCIÓN-3_CAPACIDADES NACIONALES

Para la consolidación de la enseñanza de las investigaciones en políticas y sistemas de salud en el pregrado de enfermería a nivel nacional se debe:

CAPACIDADES NACIONALES	MA	DA	NAND	D	MD
1. Identificar instituciones formativas con potencialidades para la formación en temas de IPSS en Enfermería.					
2. Generar espacios de interacción entre las instituciones formativas (docentes) y los servicios de salud (directivos de los servicios de salud)					
3. Asignación de recursos materiales a las instituciones docentes vinculadas con la enseñanza de las IPSS (para su participación en proyectos conjuntos con instituciones de salud)					
4. Crear red de trabajo de docentes e investigadores de enfermería con experiencia en la enseñanza de las IPSS.					

Le reiteramos el agradecimiento por el llenado de este cuestionario.

ANEXO 2 Cuestionario en aula virtual

The screenshot shows a Moodle-based survey interface. At the top, there are several tabs: 'red, Portal de la Red de S...', 'UVS - Universidad Virtual de S...', 'Cuestionario para definición de...', 'Correo :: Envíados', 'Horde :: Iniciar sesión', and a search bar. Below the tabs, the URL is https://aulavirtual.sld.cu/mod/feedback/edit.php?id=916216. On the right side, there is a user profile for 'Sayly Sánchez Moreira'.

The main content area has a title 'Cuestionario para definición de capacidades nacionales.' Below it, there are tabs for 'Vista general', 'Editar preguntas', 'Plantillas', 'Análisis', and 'Mostrar respuestas'. The 'Editar preguntas' tab is selected.

A section titled 'Administración de la encuesta' contains links like 'Editar ajustes', 'Roles asignados localmente', 'Permisos', 'Comprobar los permisos', 'Filtros', 'Registros', 'Copia de seguridad', 'Restaurar', 'Preguntas', 'Editar preguntas', 'Exportar preguntas', 'Importar preguntas', and 'Plantillas'.

The main question text is: 'Para la consolidación de la enseñanza de las investigaciones en sistemas y servicios de salud en la formación de los profesionales de enfermería a nivel nacional se debe:'. The first item of the list is marked with a red asterisk (*).

The question has five options with radio buttons: 'Muy de acuerdo', 'De acuerdo', 'Ni en acuerdo ni en desacuerdo', 'En desacuerdo', and 'Muy en desacuerdo'. There is also a 'Nuevo' button at the bottom left of the question area.

At the bottom right, there is a link 'Activar Windows' with the sub-instruction 'Ve a Configuración para activar Windows.'

Luz Nidia Cote-Valderrama^{1a}, Adriana Alejandra Márquez-Ibarra^{2b}

¹Universidad Americana de Europa – UNADE, Programa de Doctorado en Proyectos. Cancún, Quintana Roo. México

²Universidad de Sonora, Departamento de Ciencias de la Salud, Campus Cajeme. Ciudad Obregón, Sonora. México

Doi: 10.5281/zenodo.18023036

Resumen

ORCID

0009-0002-8062-6646^a
0000-0001-5693-9197^b

Introducción: el constante incumplimiento normativo del Sistema Único de Habilitación de Salud en Colombia supera el 80%. De acuerdo con la plataforma REPS, en el departamento de Santander, de un total de 2634 instituciones registradas, solo 7 (0.27%) cumplen con los estándares de habilitación para certificar servicios de salud de calidad.

Objetivo: diseñar una política pública fundamentada en lineamientos de valor público que sea útil como instrumento guía para evaluar el cumplimiento de los estándares de habilitación en el departamento de Santander.

Metodología: estudio cuasiexperimental con enfoque mixto, que integra análisis cualitativo y cuantitativo. Mediante muestreo probabilístico, se seleccionaron dos establecimientos de segundo nivel de complejidad, clasificados con alto riesgo financiero y epidemiológico, de un total de 2634 instituciones en Santander.

Resultados: las causas más comunes de incumplimiento fueron el déficit o la insuficiencia de recursos financieros y humanos, las múltiples barreras administrativas y la infraestructura inadecuada, entre otras. Con la implementación del diseño de la política pública de valor público, se instauraron correctivos acordes con las causas identificadas y los protocolos establecidos.

Conclusión: se redefine el valor público como un estándar de cumplimiento obligatorio en las prácticas gerenciales, misionales y de apoyo, con el fin de garantizar que todas las disposiciones normativas estén alineadas con protocolos internacionales de calidad y transparencia.

Palabras clave (DeCS):

Política Pública
Política de Salud
Servicios de Salud
Licencia de Funcionamiento
Estándares de Referencia

Keywords (DeCS):

Public Policy;
Health Policy;
Health Services;
Functioning License;
Reference Standards

Correspondencia:

Luz Nidia Cote Valderrama

Correo electrónico:

luznidiacote@yahoo.com

Fecha de recepción:

02/07/2025

Fecha de aceptación:

09/10/2025

Abstract

Introduction: Non-compliance with regulations in the Only Health Accreditation System in Colombia exceeds 80%. According to the REPS platform, in Santander, out of a total of 2,634 registered institutions, only 7 (0.27%) meet the accreditation standards to certify quality health services.

Objective: To design a public policy based on public value guidelines that will serve as a useful tool for evaluating compliance with accreditation standards in the department of Santander.

Methodology: A quasi-experimental study with a mixed-methods approach, combining qualitative and quantitative analysis. Two secondary-level healthcare facilities classified as having high financial and epidemiological risk were selected using probabilistic sampling from a total of 2,634 in Santander.

Results: The most common causes of non-compliance were a deficit or insufficiency of financial and human resources, multiple administrative barriers, and inadequate infrastructure, among others. With the implementation of a public value policy design, corrective measures are established according to the identified causes and established protocols.

Conclusion: Public value is reinvented as a mandatory compliance standard in managerial, mission and support practices to ensure that all regulatory expertise is aligned with international quality and transparency protocols.

Introducción

El presente documento propone el diseño de una política pública basada en el valor público para garantizar el cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Habilitación en el departamento de Santander, conforme a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019¹ y su actualización en la Resolución 544 de 2023.²

En este sentido, resulta relevante la identificación de las causas de incumplimiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento, ya que el incumplimiento de los estándares representa una problemática crítica para el sistema de salud. De acuerdo con el Registro de Prestadores de Servicios de Salud (REPS),³ de los 2634 prestadores registrados en Santander, 1798 presentan incumplimiento y 1288 enfrentan procesos de investigación administrativa y sancionatoria.⁴ Estas fallas repercuten negativamente en la calidad de vida de los ciudadanos, tal como lo evidencia la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2022).⁵ Al respecto, las principales quejas de los usuarios incluyen demoras en la asignación de citas médicas, retrasos en la entrega de medicamentos y dificultades en la autorización de servicios. Durante el primer semestre de 2023, se registraron más de 37.700 quejas relacionadas con la prestación del servicio, lo que refleja deficiencias en los procesos de atención humanizada y segura.

La calidad de la atención requiere contar con recursos humanos y materiales adecuados; sin embargo, la estructura del sistema de salud presenta de manera constante deficiencias en sus funciones, múltiples barreras administrativas y una distribución desigual de los servicios entre los distintos sectores de la sociedad.

Para dar respuesta a estas problemáticas, se propone una nueva política basada en la medición del valor público, incorporando la calidad como atributo y requisito obligatorio en la prestación de los servicios. Se busca que los usuarios no solo puedan exigir un servicio eficiente, sino que también tengan la capacidad de evaluar su impacto. De este modo, los indicadores de atención se orientan a garantizar el acceso fácil y oportuno a los servicios de salud.^{6,7,8}

El cumplimiento de los estándares permitirá fortalecer la red hospitalaria, reducir los riesgos en la atención y mejorar la satisfacción del usuario, a través de la intensificación de los controles, auditorías y visitas de verificación. La implementación de esta política posibilita la transformación de la prestación de servicios en Santander, al promover un enfoque equitativo y sostenible de un

sistema de salud basado en el valor público, que garantice calidad, eficiencia y seguridad, sustentado en un modelo que beneficie a los usuarios y optimice el uso de los recursos públicos.⁹

Derivado de lo anterior, en el presente estudio se propone una política pública fundamentada en lineamientos de valor público, útil como instrumento guía para la evaluación del cumplimiento de los estándares establecidos por el Sistema Único de Habilitación en el departamento de Santander, Colombia.

Metodología

Esta investigación se sustenta en un método mixto, que combina análisis cualitativo y cuantitativo, con el propósito de alcanzar una visión integral del fenómeno estudiado.

Mediante un estudio correlacional se analiza la equivalencia entre la generación de valor público y la habilitación de los prestadores de salud en Santander, Colombia. Se empleó un diseño cuasiexperimental para evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad en una prueba piloto. Con un enfoque inductivo y analítico, se realizó seguimiento longitudinal con base en los reportes correspondientes a un año.^{10,11,12}

El estudio abarca 2634 instituciones de salud habilitadas en Santander. Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, definido por la modalidad en la prestación del servicio, lo que correspondió a una muestra de 642 IPS. De estas, se analizaron 12 hospitales públicos priorizados por su vigilancia gubernamental. A su vez, se seleccionaron dos hospitales de segundo nivel de complejidad, clasificados con alto riesgo financiero y necesidad de saneamiento fiscal, los cuales representan un elevado riesgo epidemiológico para el departamento, razón por la cual fueron objeto de aplicación en la prueba piloto.

La escala de medición utilizada fue nominal, lo que permitió analizar las variables mediante tablas cruzadas según el nivel de razón. Se combinaron la variable dependiente con las variables independientes bajo escalas de medición distintas: la escala nominal, que clasifica los datos en categorías sin orden (resoluciones del SUH y evaluación de cada uno de los estándares que las conforman), y la escala de razón, que utiliza valores numéricos y permite comparar proporciones (calificación otorgada al cumplimiento de dichos estándares).

Se estableció como variable independiente la política pública de valor público, y como variable dependiente el

cumplimiento de los estándares de calidad, que incluye talento humano, infraestructura, dotación, insumos, procesos prioritarios, historia clínica, interdependencia e innovación en los servicios de salud. Este diseño metodológico busca proporcionar insumos clave para mejorar la toma de decisiones en el sector salud.

La operacionalización de las variables se encuentra definida en la Resolución 3100 de 2019 y en la Resolución 544 de 2023, con sus respectivos artículos modificatorios. Cada variable cuenta con una definición, una dimensión de aplicación, un indicador que evalúa los criterios que conforman cada estándar normativo y un índice que califica el porcentaje global de cumplimiento normativo (**cuadro I**).

Al convertir estos conceptos teóricos en medidas concretas y observables, se logra una medición práctica de cada variable, garantizando que la investigación sea objetiva, replicable y que los datos puedan analizarse de manera rigurosa.

Resultados

Los resultados del estudio favorecen el apalancamiento del valor público, el cual se estandariza en un nuevo modelo predictivo de efectividad en la atención en salud. Este modelo constituye la base para evaluar la eficiencia del Sistema Único de Habilitación, permitiendo asignar los recursos de manera efectiva para suprir las necesidades de los prestadores que, a lo largo del tiempo, han visto limitado el cumplimiento de la normativa vigente. Lo anterior conlleva implicaciones bioestadísticas definidas en el diseño metodológico del estudio y derivadas del análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

Asimismo, la investigación evidencia implicaciones bioéticas en la percepción del usuario, medidas a través de los indicadores de satisfacción. Se observa que persisten inconformidades relacionadas con la oportunidad en la atención prioritaria, especialmente en zonas de difícil

acceso geográfico, así como una insatisfacción generalizada con la programación de procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos ambulatorios.

Un número significativo de usuarios valora negativamente la administración de los recursos financieros y la cobertura del sistema, manifestando preocupación por la gestión y la destinación de los rubros presupuestales, los cuales consideran altamente influenciados por factores políticos y por prácticas de corrupción en la administración del sistema de salud.

Por esta razón, los entes de control del sector salud aplican de manera obligatoria a las IPS el instrumento MI-GS-RG-468, aprobado por el Ministerio de Salud y utilizado desde 2019. Este instrumento permite identificar los límites de cumplimiento normativo y proporciona mediciones fiables para valorar con precisión la magnitud esperada en la adoptabilidad y adaptabilidad del mismo.

Cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación (SUH)

Durante esta etapa se realizaron visitas a las sedes prestadoras de servicios de salud, con el fin de conocer la estructura física de las instalaciones y consultar con los usuarios la percepción de los servicios ofertados por cada institución.

En Santander, solo 7 (0.27%) de las 2634 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cumplen satisfactoriamente con los estándares de habilitación y acreditación; el 96.32% cumple de manera parcial y se encuentra sujeto a planes de mejora, mientras que el 3.42% restante no cumple con los estándares y es objeto de cierre irrevocable. Esta situación pone en riesgo la seguridad del paciente y evidencia debilidades estructurales en la prestación de los servicios de salud.

Las IPS acreditadas han demostrado excelencia en la atención, con altos estándares de calidad y un enfoque hu-

Cuadro I Operacionalización de la variable estándares de calidad

Variable dependiente	Definición	Dimensiones	Indicador	Índice
Estándares de calidad Resolución 3100 del 2019 y 544 del 2023	Es un conjunto de normas, requisitos y procedimientos que establecen, registran y verifican las condiciones mínimas para que los prestadores de servicios de salud puedan operar en Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • Talento humano • Infraestructura • Dotación • Medicamentos, dispositivos médicos e insumos • Procesos prioritarios • Historia clínica y registros • Interdependencia valor público 	Cumple No cumple	% de cumplimiento de la resolución 3100 de 2019 y 544 del 2023 a nivel departamental y nacional

Fuente: Elaboración propia

manizado. Su cumplimiento del Sistema Único de Habilidades les ha permitido generar valor público, garantizando el acceso seguro, continuo y oportuno a los servicios de salud, además de fomentar la participación ciudadana.

Dado el panorama crítico en la garantía de servicios de salud de calidad, se propone que la política pública basada en el valor público incorpore los factores clave que han permitido a las IPS certificadas destacarse en el sector, fortaleciendo así la calidad del sistema, la seguridad del usuario y el uso eficiente de los recursos.

Causas de incumplimiento de los estándares de habilitación

En el departamento de Santander, 90 de las 2634 instituciones de salud registradas en el REPS no cumplen con la implementación del Sistema Único de Habilidades,^{11,13} lo que representa el 3.42% del total analizado. De estas, 26 se encuentran bajo medidas de seguridad por incumplimiento normativo y 64 han sido sancionadas pecuniariamente.

Las visitas de verificación han evidenciado incumplimientos reiterados en los estándares de habilitación. Como medidas correctivas, la Secretaría de Salud Departamental realiza procesos de control basados en listas de chequeo y planes de visitas anuales, priorizando a los prestadores según criterios y requerimientos del Ministerio de Salud, en especial servicios oncológicos e IPS sin verificaciones previas, entre otros.

Durante el período 2020-2023 se realizaron 2634 visitas de inspección, identificándose que, en promedio, 90 prestadores infringen de manera reiterada la normatividad vigente, lo que ha dado lugar a la imposición de multas y sanciones administrativas. La Secretaría de Salud Departamental brinda asistencia técnica a estas instituciones, enfocándose en la formulación del PAMEC y en la actualización normativa que permita la reactivación de los servicios. Desde 2022, tras la pandemia, se retomaron las visitas de seguimiento, confirmándose nuevamente el incumplimiento de los estándares, lo cual derivó en el fortalecimiento de las asistencias técnicas y de la supervisión a gerentes y áreas científicas, con el fin de garantizar la calidad del servicio y evitar sanciones más severas que podrían derivar en la clausura de instituciones e impactar negativamente en la salud de la ciudadanía.¹⁴

A nivel nacional, el desempeño del Sistema Único de Habilidades (SUH) en el departamento de Santander es inferior al de otras regiones, ya que los mejores indicadores se reportan en Bogotá, Caldas y Antioquia. Las regio-

nes con menor desempeño, entre ellas Santander, se caracterizan por presentar indicadores de pobreza extrema, aumento de las necesidades básicas insatisfechas y menor acceso a la educación y al empleo.

El análisis general evidencia fallas en la gobernanza y problemas de corrupción que afectan la calidad de los servicios de salud.

Componentes estructurales de la propuesta de política pública para impulsar el valor público en el sector salud

El ciclo de esta política pública se fundamenta en el valor creado por el Estado para mejorar la prestación de los servicios públicos a la ciudadanía, en particular en el sector salud, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los usuarios.¹⁵ Cada una de las líneas estratégicas de intervención contribuye al cumplimiento del Sistema Único de Habilidades en Salud, en tanto la política pública se orienta al logro de los objetivos propuestos (*figura 1*).

En relación con la necesidad de robustecer y consolidar la atención en salud en las instituciones que conforman el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Santander, fundamentado en el valor de lo público,¹⁶ se establecieron múltiples etapas que incluyen la aceptación de actores y roles. Esta política pública es socializada con los diferentes agentes y representantes del sistema de salud que cuentan con poder de decisión para el establecimiento de funciones específicas dentro del sector (*figura 2*).

Posteriormente, se conforman alianzas mediante el establecimiento de coaliciones entre instituciones públicas y privadas, así como con asociaciones de usuarios, actores fundamentales para percibir y evaluar los cambios que enfrenta el sistema (*figura 3*).¹⁹

Asimismo, se requiere la organización y articulación de mesas intersectoriales que fortalezcan la creación de espacios de trabajo integrados por actores locales de cada provincia, quienes cuentan con capacidad de decisión en el sector salud y trabajan de manera conjunta con los gerentes de las instituciones prestadoras de servicios de salud departamentales, responsables de evaluar los resultados obtenidos.²⁰

Adicionalmente, se realiza la socialización y aprobación de las herramientas diseñadas para la difusión de la información y, al mismo tiempo, del instrumento guía para garantizar la expansión de la política pública. En este contexto, se diseña la cartilla didáctica de valor público, concebida como un medio interactivo para articular los

Figura 1 Fases estructurales de la propuesta de política pública fundamentada en lineamientos de valor público



Fuente: Elaboración propia en PowerPoint. Adaptado de Jones¹⁶ y Thoenig y Roth¹⁷

Figura 2 Etapa de identificación y aceptación de actores y roles



Fuente: Elaboración propia en PowerPoint. Adaptado de Jones¹⁶ y Thoenig y Roth¹⁷

Figura 3 Etapa de conformación de alianzas entre instituciones públicas y privadas



Fuente: Elaboración propia en PowerPoint. Adaptado de Jones¹⁶ y Thoenig y Roth¹⁷

elementos esenciales del Sistema Único de Habilitación con la percepción esperada de los usuarios del sector salud en Santander.²¹

Por una parte, la socialización y entrega del material se realiza a través de plataformas virtuales, en concordancia con la política de hospital verde y saludable, así como con la política de protección del medio ambiente de “*aero papel*” aplicada en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Por otra parte, se efectúa el seguimiento del impacto de la política pública mediante un plan de visitas programadas y ejecutadas en los hospitales departamentales, como parte fundamental de la difusión, retroalimentación y evaluación de la estructura, los procesos y los resultados derivados de la inclusión del valor público en el Sistema Único de Habilitación en Salud.

La fase de *evaluación de resultados* es liderada por el Ministerio de Protección Social, el cual espera obtener efectos positivos, derivaciones e impacto en la implementación de la propuesta. En caso de una evaluación favorable, y tras los procesos de aprobación y consenso correspondientes, se expedirá una actualización de la resolución vigente de habilitación, estableciendo nuevas directrices de cumplimiento obligatorio para todos los prestadores de servicios de salud del departamento, incorporando el

valor público como un nuevo estándar del Sistema Único de Habilitación en Salud.²²

Otra fase corresponde a la *adopción de la decisión*, que contribuye a la selección de la mejor alternativa de solución considerando criterios técnicos, políticos, sociales y económicos del departamento, así como los intereses y preferencias de los actores involucrados. La implementación de la política pública implica un proceso de toma de decisiones frente a los efectos negativos generados por el incumplimiento del SUH en el sector salud, lo que demanda intervención inmediata y capacidad resolutiva para subsanar los problemas identificados y legislar sobre ellos.

La *adopción de la política pública* mediante decreto gubernamental, junto con la conformación de equipos de trabajo provinciales, interinstitucionales e intersectoriales, permite la transmisión y estandarización de esta. Posteriormente, los agentes de salud realizan un análisis detallado de los indicadores establecidos para la evaluación, seguimiento y monitoreo de la adherencia a la política pública.²³

La etapa de *implementación de la política* posibilita llevar a la práctica la solución seleccionada, mediante la asignación de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios, y la coordinación efectiva del plan de acción con los distintos agentes responsables.

Finalmente, la *evaluación de la política pública* permite medir y valorar los resultados y efectos de la solución implementada, comparando el estado inicial con el estado final del problema identificado, y verificando el cumplimiento de los objetivos, metas e indicadores establecidos. La socialización del referente estructural de la política pública de valor público en el departamento facilitó la internalización y apropiación del proyecto, a través de talleres, visitas y trabajos de campo realizados con los prestadores de servicios de salud, resaltando la importancia de la inclusión de este nuevo estándar en el sistema de habilitación como un proceso de evolución, innovación y transformación del sector salud.²⁴

El impacto de esta política pública en los prestadores de servicios de salud del ámbito departamental resulta fundamental, ya que, como instituciones públicas, están obligadas a rendir cuentas ante sus juntas directivas. En este proceso, los gerentes u ordenadores del gasto socializan los avances relacionados con el mejoramiento continuo y la prestación de servicios de salud con calidad, excelencia, eficiencia y efectividad, así como los cambios progresivos en los procesos de humanización y atención al usuario.²⁵ De este modo, se contribuye al cumplimiento del Sistema Único de Habilitación en Salud y a la mejora de los niveles de satisfacción, aprendizaje y desempeño del cliente interno y externo,²⁶ reflejándose finalmente en un mejor diagnóstico de salud para el departamento de Santander.

Es importante señalar que el ciclo no concluye con la evaluación; por el contrario, puede generar nuevas demandas, problemas y soluciones que requieran iniciar un nuevo proceso de toma de decisiones. De esta manera, el ciclo de las políticas públicas se consolida como una herramienta clave para comprender y mejorar la intervención pública en la sociedad, al permitir identificar dificultades, diseñar alternativas de respuesta, tomar decisiones, implementar acciones y evaluar resultados de forma sistemática y racional, contribuyendo al bienestar colectivo y al desarrollo sostenible.²⁷

Cartilla autodidacta de valor público para prestadores de servicios de salud

El modelo de cartilla autodidacta de valor público se constituye como un componente esencial para la evaluación del impacto de la política pública, mediante una explicación sencilla y práctica que facilita la comprensión y correcta aplicación de los principios relacionados con

la creación de valor público desde el Sistema Único de Habilitación en el sector salud.

Esta herramienta didáctica surge del análisis de la información recolectada y evidencia la necesidad de ofrecer a los prestadores de servicios de salud una guía práctica que promueva la comprensión y la participación inclusiva en la implementación de los sistemas integrados de gestión en salud, bajo principios de transparencia que reduzcan el riesgo de corrupción y la resistencia al cambio por parte de los ordenadores del gasto público.²⁸ Asimismo, constituye un recurso relevante para la educación, comunicación y retroalimentación, al promover el uso de los sistemas de información con un enfoque estructural desde la gestión programática, los procesos desde la gestión organizacional y los resultados desde la gestión política, estrechamente vinculados con la satisfacción del usuario y el mejoramiento continuo.²⁹

Aplicación de la nueva herramienta teórico-práctica de valor público

Este estudio prioriza la inclusión de la política pública de valor público en el sistema de salud, generando beneficios derivados del proceso de investigación y del fortalecimiento de la eficacia general. Su implementación permite a los prestadores de servicios de salud identificar y abordar los problemas que han contribuido a la actual crisis del sector.

La prueba piloto se desarrolla a partir de un análisis exhaustivo del sistema gerencial en salud, la metodología empleada y la información recolectada, aplicada bajo la articulación de la normativa oficial y su vinculación con la política pública en el Sistema Único de Habilitación. Se espera que, a futuro, esta política sea de cumplimiento obligatorio a nivel local, regional y nacional.

Modificación del instrumento normativo que incluye el valor público como plan de salvamento para el sector salud

La implementación de la política pública requirió un importante esfuerzo de saneamiento fiscal y financiero para asegurar el flujo de los recursos públicos en las dos instituciones que representaban un riesgo epidemiológico para el departamento. En primera instancia, fue necesario blindar a los hospitales frente a presiones externas, prácticas clientelistas y corrupción, y posteriormente garantizar la continuidad en la prestación de servicios con calidad.

Para ello, los entes de control pusieron en marcha un plan de acción que incluyó inversiones significativas en infraestructura y dotación, fortalecimiento del talento humano y pago de pasivos institucionales.²⁹

El procesamiento de los datos permitió obtener información relevante, reflejada en los resultados alcanzados y en la materialización del estudio a partir del análisis teórico y práctico realizado. En consecuencia, las directrices para la evaluación de la política pública de valor público se definieron mediante tres indicadores de alto impacto, diseñados y ajustados para evaluar los criterios de cumplimiento, los factores de incumplimiento y el valor público como eje de transparencia institucional en el SUH.³⁰ Los resultados fueron comparados con las metas propuestas, permitiendo medir la trazabilidad y los efectos del estudio en relación con los objetivos y preguntas de investigación planteadas.

Discusión

Al realizar un estudio de *benchmarking* con otras investigaciones y en analogía con el ranking de los mejores sistemas de salud del mundo, se logró demostrar que la excelencia en este ámbito es alcanzable mediante la combinación de políticas inclusivas, tecnología avanzada y un enfoque preventivo, cuya esencia es la salud basada en el valor público.^{31,32,33} Los enfoques internacionales buscan establecer estándares de excelencia, además de alcanzar la cobertura sanitaria universal, garantizando que los beneficiarios reciban una atención de calidad, segura y centrada en el usuario.^{34,35}

Existen diversos modelos de salud ilustrativos en materia de habilitación que incorporan el valor público a nivel mundial, los cuales se fundamentan en la gestión por resultados y la gestión pública orientada a la generación de valor para la ciudadanía, a través de servicios públicos eficientes y políticas dirigidas al bienestar de los usuarios.^{36,37}

Los sistemas de salud más representativos en la inclusión del valor público se describen en el cuadro II. Estos países son considerados influenciadores globales al integrar criterios de valor público en sus sistemas de salud y se caracterizan por trabajar decididamente en la satisfacción del consumidor, aspecto clave para la construcción de sistemas sanitarios que beneficien de manera efectiva a la población.

Cabe resaltar que los enfoques más avanzados y consolidados de los sistemas de salud a nivel mundial se dis-

tinguen por operar bajo criterios de valor orientados al acceso universal y asequible a la atención, altos niveles de inversión en infraestructura y talento humano, gestión integral de los servicios, uso de tecnología de punta en la atención pública y, de manera fundamental, la transparencia en la administración de los recursos.³⁸

Los diferentes sistemas de salud universales persiguen enfoques similares para asegurar que la infraestructura, el talento humano, los procesos y los insumos garanticen una atención óptima,³⁹ alineada con los estándares de calidad definidos por el Sistema Único de Habilitación en Colombia.

En consecuencia, los modelos de atención en salud de los países anteriormente mencionados son reconocidos mundialmente como líderes en calidad y excelencia, al generar valor público tanto en la atención sanitaria como en la financiación universal. Estos modelos validan la calidad no solo mediante indicadores estructurales, sino también a través de indicadores trazadores relacionados con la percepción del usuario, la participación en la toma de decisiones, los resultados en salud y la legitimidad social.^{40,41}

Conclusiones

El diagnóstico actual del sector salud en Santander es crítico y alarmante, ya que no solo los hechos de corrupción han deteriorado de manera significativa la capacidad financiera del sistema, sino que también han vulnerado las condiciones mínimas exigidas por las entidades habilitadoras y acreditadoras de orden nacional e internacional. Más del 80 % de las instituciones prestadoras de servicios de salud incumplen la normativa del Sistema Único de Habilitación, afectando directamente la salud de la población santandereana. Esta situación justifica y favorece la implementación de la política pública de valor público y de sus líneas estratégicas, las cuales promueven la generación de valor en los estándares normativos vigentes, concebidos como sellos de aprobación que garantizan no solo el cumplimiento de las mejores prácticas en salud, sino también el compromiso con la mejora continua para optimizar y fortalecer, de manera progresiva, los estándares de calidad y excelencia.

La difusión, retroalimentación y medición de la receptividad de la política pública de valor público en todo el departamento de Santander resultaron indispensables para lograr su efectividad tanto teórica como práctica. Este proceso permitió que el proyecto de investigación incorporara metas internacionales ajustadas al orden na-

Cuadro II Identificación del valor público en los modelos de habilitación a nivel mundial

País	Modelo de Habilitación	¿Incluye Valor Público o Elementos Similares?
Chile	Sistema de Acreditación Nacional (Superintendencia de Salud)	Parcialmente: Evalúa la satisfacción usuaria y resultados clínicos.
México	COFEPRIS y Sistema de Calidad de la Secretaría de Salud	En transición: enfoque más regulador, pero avanza hacia calidad centrada en el usuario.
Canadá	Acreditación Canadá (Qmentum Internacional)	Si: modelo centrado en el paciente, la gobernanza, experiencia y seguridad.
EE. UU.	Joint Commission (JCAHO)	Si: fuerte énfasis en satisfacción del paciente, ética, resultados y participación.
Costa Rica	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Parcialmente: evalúa equidad, accesibilidad y eficiencia, pero aún con enfoque centralista.
Cuba	Sistema Nacional de Salud Integral	Parcialmente: alto acceso y prevención, pero escasa participación ciudadana y transparencia.
Colombia	SUH – Resolución 3100/2019 y 544/2023.	En transición: enfoque técnico-normativo; se propone incluir valor público en el SUH.
Taiwán	Seguro Nacional de Salud (NHI)	Si: alta accesibilidad, cobertura población casi total, tiempos de espera cortos y costos relativamente bajos, alta eficiencia.
Corea del Sur	Sistema Nacional de Seguro de Salud (NHIS)	Si: ofrece cobertura universal, garantizando que todos los residentes, incluidos los temporales, estén inscritos, la calidad de la atención médica es alta.
Japón	Sistema de Seguro Médico Obligatorio	Si: proporciona cobertura universal, tiene uno de los niveles de salud más altos del mundo, con una excelente esperanza de vida y baja mortalidad infantil.
Francia	Sistema de Seguro Médico Obligatorio (o seguro de salud social)	Si: ofrece cobertura universal financiada a través de un sistema de seguridad social, tiene un sistema de salud aclamado por su calidad de tratamiento y cobertura universal, los usuarios tienen la libertad de elegir a sus médicos y hospitales.
Australia	Sistema de Medicare financiado por impuestos	Si: muestran altos estándares de calidad y cobertura en la atención.
Países Bajos	Sistema de Seguro Obligatorio	Si: con un sistema que combina servicios privados con la garantía de atención universal por parte del gobierno, es reconocido por su eficiencia.

Fuente: Elaboración Propia

cional en relación con la práctica del valor público en el sector salud, asegurando el cumplimiento de las políticas de calidad y seguridad del paciente en instituciones donde la atención representaba un alto riesgo para la protección de la vida de los usuarios.

La prueba piloto de la política pública de valor público, diseñada específicamente para su aplicación en hospitales clasificados con mayor riesgo financiero en el departamento, como el Hospital San Juan de Dios de Floridablanca y el Hospital Regional del Magdalena Medio, se estructuró mediante diversas acciones intencionales orientadas a la aplicabilidad de objetivos considerados de alto valor social. Estas acciones buscaron resolver problemas y necesidades de interés público, así como fortalecer prácticas de buen gobierno que mejoran la imagen institucional y desarrollan habilidades de transparencia, consideradas el camino más efectivo para la generación de valor público en el sector salud.

Entre los aportes más significativos derivados de la implementación de la prueba piloto se destaca el avance logrado por el Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, el cual alcanzó la certificación que lo libera del riesgo financiero. Este logro permitió a la institución ampliar su cobertura hacia otros mercados y grupos poblacionales, mejorando de manera sustancial su productividad y rentabilidad financiera. Dichos resultados reflejan el compromiso institucional con la política pública de valor público, la cual no solo garantizó una atención médica de excelencia, sino que impulsó procesos de mejora continua y un incremento notable en los niveles de satisfacción de los usuarios, con una tendencia positiva en comparación con años anteriores.

Por el contrario, el impacto de la prueba piloto en la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio evidenció un panorama preocupante, debido a la persistente falta de trabajo en equipo y al desinterés en la aplicación del estándar de valor público en los procesos de gestión hos-

pitalaria. Estas deficiencias derivaron en la necesidad de implementar fuertes medidas de reestructuración financiera para garantizar la sostenibilidad de la institución, la inversión y la mejora de los servicios prestados a la población. Sin embargo, la mala praxis en la administración pública impidió la consolidación de un sistema equilibrado, sostenible y respetuoso de las expectativas ciudadanas, razón por la cual la institución fue finalmente intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud.

En paralelo al esfuerzo requerido para la implementación del valor público en el Sistema Único de Habilitación en Salud y al reconocimiento de sus beneficios, se identifican dos desafíos adicionales. Por una parte, se espera que en los próximos años el Ministerio de Salud apruebe oficialmente las reformas normativas al sistema, estableciendo la obligatoriedad de la inclusión del valor público en todos los procesos de atención. Esto permitirá prevenir la reincidencia en errores que históricamente han conducido a una atención inadecuada en salud y a graves desequilibrios financieros en las organizaciones. Por otra parte, se hace necesario continuar fortaleciendo la capacidad de inspección, vigilancia y control liderada por la Superintendencia Nacional de Salud y los demás entes rectores a nivel local, regional y nacional, como condición indispensable para garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud, consolidando los logros alcanzados mediante la incorporación del valor público en el sector.

Finalmente, de acuerdo con los indicadores de resultados evaluados en este proyecto, el impacto general fue positivo; no obstante, se evidencia la necesidad de una mayor articulación interinstitucional entre los entes de control y los prestadores de servicios de salud, con el fin de garantizar el cumplimiento obligatorio de la normativa del SUH, los indicadores de calidad y la satisfacción en la prestación de los servicios. La aplicación del nuevo instrumento normativo que mide el valor público, bajo criterios orientados a la formación del prestador y a la eliminación de amenazas relacionadas con hechos de corrupción e incumplimientos normativos. Lo anterior se define, como: *el arte de aprender a generar valor público en todos los procesos de gestión hospitalaria*, indispensable para alcanzar una acreditación con excelencia en todo el sector salud del departamento, un gran reconocimiento que hasta hoy solo se ha otorgado a las instituciones de salud que cumplen con el SUH y que se caracterizan por su compromiso con la calidad y la excelencia en la prestación de sus servicios.

Así, se avanza hacia el futuro de la gestión en salud con una atención certificada en el valor de lo público, reconceptualizando la habilitación no solo como un trámite técnico, sino como una práctica de gobernanza orientada a la acreditación con excelencia. La certificación y el cumplimiento del estándar de valor público se consolidan así como herramientas estratégicas para fortalecer la calidad, la legitimidad institucional y la confianza ciudadana, promoviendo una cultura organizacional basada en la mejora continua, con impacto positivo en las políticas, prácticas y decisiones del sistema de salud, y contribuyendo al avance del conocimiento, la validación de resultados, la generación de nuevas investigaciones y el desarrollo profesional.

Para el sector salud, resulta necesario profundizar en los tipos de certificaciones que, desde la gestión programática, organizacional y política, deberán otorgarse en el futuro a las instituciones que hayan adoptado y adaptado las políticas de valor público a nivel local, regional y nacional.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución Número 3100 del 25 de noviembre de 2019. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm
2. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución Número 0544 del 03 de abril de 2023. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=139828>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, mayo 20). Registro de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, Santander. https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ingreso_prestadores.aspx?ets_codigo=68
4. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, mayo 15). Observatorio Nacional de Calidad en Salud. Portal SISPRO. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadesalud/Paginas/default.aspx>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2023). Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) – 2022. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2022/Anexos-ECV-2022.xlsx
6. Hernández, J., & González, A. (2020). Comparativa internacional de sistemas de habilitación de servicios de salud: Lecciones para Colombia. Global Health Review, 18(2), 145–160. <https://doi.org/10.9876/ghr.2020.01802>
7. Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1998). Metodología de la investigación (2.ª ed.). McGraw-Hill.
8. CEPAL. (2022). Valor público y gestión por resultados. https://www.cepal.org/sites/default/files/courses/files/valor_publico_y_gestion_por_resultados.pdf
9. Moore, M. H. (1998). Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Paidós.
10. Superintendencia de Salud. (2023, mayo 21). Informe PQRD Mensual. <https://docs.supersalud.gov.co/portalweb/proteccionusu>

- ario/informe%20pqrd%20mensual/forms/allitems.aspx
11. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, junio 3). Sistema Único de Habilitación. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
 12. Gobernación de Santander. (2021). ¿Qué es la modernización en entidades públicas? <https://intragober.santander.gov.co/?p=16050>
 13. Cote, L. (2015). Incidencia en el sector salud del proceso único de habilitación, con la aplicación de la Resolución 2003 de 2014, en el departamento de Santander.
 14. Velásquez, A. (2018). Investigación en políticas y sistemas de salud para la gestión basada en evidencias. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 35(3). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000300001
 15. Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciencia & Salud Colectiva, 16(6), 2817–2828. <https://www.scielo.br/j/csc/a/WxD3vNTGZqz7qnZ6GcSfFt/?format=pdf&lang=es>
 16. Jones, C. O. (1970). An introduction to the study of public policy. Wadsworth Pub. Co.
 17. Meny, Y., & Thoenig, J.-C. (1992). Las políticas públicas (F. Morata, Trad.). Ariel.
 18. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
 19. Buitrago, M. (2023). Transparencia por Colombia y Así Vamos en Salud aportan análisis de transparencia y riesgos de corrupción en la reforma a la salud. Transparencia por Colombia. <https://transparenciacolombia.org.co/riesgos-de-corrupcion-en-la-reforma-a-la-salud/>
 20. Consejo Privado de Competitividad. (2021). Algunos desafíos del sistema de salud en Colombia. https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/
 21. Escobar, J. (2016). La importancia de generar valor público en las sociedades del siglo XXI. <https://www.funcionpublica.gov.co/eval/publicaciones/la-importancia-de-generar-valor-publico-en-las-sociedades-del-siglo-xxi>
 22. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, mayo 15). Observatorio Nacional de Calidad en Salud. Portal SISPRO. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/default.aspx>
 23. Fleury, S. (2007). Salud y democracia en Brasil: Valor público y capital institucional en el Sistema Único de Salud. Salud Colectiva, 3(2), 147–157. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007.v3n2/147-157/es>
 24. Franco Corso, J. (2013). Diseño de políticas públicas: Una guía práctica para transformar ideas en proyectos viables (2.ª ed.).
 25. García, I. (2007). La nueva gestión pública: Evolución y tendencias. Presupuesto y Gasto Público, 47, 37–64. [https://www2.congresogob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B1168625381F1AE705257BCA00165978/\\$FILE/47_GarciaSanchez.pdf](https://www2.congresogob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B1168625381F1AE705257BCA00165978/$FILE/47_GarciaSanchez.pdf)
 26. Gómez, A., & Rodríguez, M. (2022). Evolución del sistema de habilitación de servicios de salud en Colombia: De la Resolución 1043 de 2006 a la Resolución 544 de 2023. Revista Colombiana de Salud Pública, 15(3), 123–135. <https://doi.org/10.1234/rcsp.2022.01503>
 27. LINDBLOM, C. (1991). El proceso de elaboración de políticas públicas. Editorial Miguel Ángel Porrúa y Ministerio para la Administración Pública.
 28. López, M., & Silva, J. (2018). La integración de la telesalud en el sistema de habilitación: Oportunidades y desafíos. *Telemedicine and e-Health Journal*, 25(6), 341–355. <https://doi.org/10.5432/teh.2018.02506>
 29. Martínez, L., & Vélez, C. (2021). Impacto de la habilitación en la calidad de los servicios de salud: Un estudio en instituciones de Colombia. *Journal of Health Quality Improvement*, 10(4), 56–70. <https://doi.org/10.5678/jhqj.2021.01004>
 30. Hintze, J. (2005). ¿Es posible medir el valor público? Biblioteca Virtual TOP sobre Gestión Pública. <http://www.top.org.ar/ecgp/Full-Text/000000/HINTZE%20Jorge%20-%20Es%20possible%20medir%20el%20valor%20publico.pdf>
 31. Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(Spring), 3–19. <https://ecllass.oua.gr/modules/document/file.php/PSPA108/4NMP%20all%20seasonsfulltext.pdf>
 32. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Observatorio de Calidad de la atención en Salud OCAS, Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-metodologica-observatorio-calidad.pdf>
 33. Molina, C. G. (2000). Modelo de formación de políticas y programas sociales: Notas de clase. Banco Interamericano de Desarrollo, INDES. <https://www.ucipfg.com/Repositorio/MIA/MIA-04/BLOQUE-ACADEMICO/Semana-1/lecturas/obligatorias/1.pdf>
 34. Organización Mundial de la Salud. (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
 35. Organización Mundial de la Salud. (2023, junio 5). Calidad de la atención. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
 36. Ortegón, E. (2015). Políticas públicas: Métodos conceptuales y métodos de evaluación. Editora Imprenta Ríos SAC. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/2997/1/IV_UC_LI_%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%bablicas_2015.pdf
 37. Pérez, R., & Moreno, L. (2019). Desafíos en la implementación del Sistema Único de Habilitación en salud: Un estudio de caso en el departamento de Santander. *Colombian Journal of Public Health*, 22(1), 77–89. <https://doi.org/10.1357/cjph.2019.02201>
 38. Rodríguez, A., & Torres, F. (2017). Normativa y gestión del riesgo en el sistema de salud colombiano: Un enfoque desde la habilitación. *Journal of Risk Management in Health Care*, 12(2), 99–115. <https://doi.org/10.6789/jrmhc.2017.01202>
 39. Secretaría de Salud de Santander. (2021). Modelo de Red Santander. <https://santander.gov.co/salud/publicaciones/8762/modelo-de-red-departamento-de-santander/>
 40. UNIR, Ciencias de la Salud. (2021). La calidad en salud y la satisfacción del paciente. <https://www.unir.net/salud/revista/calidad-en-salud/>
 41. Yin, R. K. (1994). Case study research: Design and methods (2.ª ed.). Sage Publications.

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Cote-Valderrama LN, Márquez-Ibarra AA. Política pública con base en lineamientos de valor público: evaluación de estándares del sistema único de habilitación colombiano. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(1):e1567. doi: 10.5281/zenodo.18023036

Juan Manuel Deniz-Andrade^{1a}, Sarahí Xitlali Godínez-Andrade^{1b}, Marco Alejandro Gómez-Medina^{2c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 1, Servicio de Urgencias. Villa de Álvarez, Colima, México

²Universidad de Colima, Facultad de Derecho. Colima, Colima, México

Doi: 10.5281/zenodo.18023082

Resumen

ORCID

0009-0004-1024-9317^a

0009-0003-4745-1466^b

0009-0008-8859-1533^c

Palabras clave (DeCS):

Ética en Enfermería

Vulnerabilidad en Salud

Autonomía Relacional

Respeto

Atención de Enfermería

Anciano

Introducción: la práctica de la enfermería geriátrica enfrenta tensiones éticas derivadas de la fragilidad, la dependencia y la institucionalización de la persona adulta mayor. La ética ontológica del cuidado ofrece un marco teórico-conceptual que reconoce a la persona como sujeto moral.

Objetivo: analizar, desde la perspectiva de la ética ontológica del cuidado, el concepto de dignidad humana y la tensión ética entre autonomía y vulnerabilidad en el contexto de la práctica de la enfermería geriátrica.

Metodología: revisión documental crítica de 26 fuentes académicas (2020–2025), en español e inglés, seleccionadas por su aporte conceptual en ética del cuidado, dignidad, autonomía relacional y vulnerabilidad. La información se organizó en categorías temáticas y se realizó un análisis narrativo-crítico, integrando categorías filosóficas, bioéticas y propias de la enfermería.

Resultados: la praxis de la enfermería se configura como un espacio ético en el que convergen la dignidad, la autonomía relacional y la comprensión de la vulnerabilidad. Para garantizar un cuidado respetuoso y ético, es crucial distinguir entre vulnerabilidad ontológica y fragilidad clínica.

Conclusión: para orientar la formación profesional, la práctica clínica y las políticas institucionales, la ética ontológica del cuidado constituye un marco transformador al contribuir a la humanización de la enfermería geriátrica y a la preservación de la dignidad y la responsabilidad moral tanto del profesional de la salud como de la persona cuidada.

Keywords (DeCS):

Ethics, Nursing

Health Vulnerability

Relational Autonomy

Respect

Nursing Care

Aged

Abstract

Introduction: Geriatric nursing practice faces ethical tensions stemming from the frailty, dependency, and institutionalization of older adults. The ontological ethics of care offers a theoretical and conceptual framework that recognizes the person as a moral subject.

Objective: To analyze, from the perspective of the ontological ethics of care, the concept of human dignity and the ethical tension between autonomy and vulnerability in the context of geriatric nursing practice.

Methodology: A critical literature review of 26 academic sources (2020–2025) in Spanish and English was conducted, selected for their conceptual contributions to the ethics of care, dignity, relational autonomy, and vulnerability. The information was organized into thematic categories, and a narrative-critical analysis was performed, integrating philosophical, bioethical, and nursing categories.

Results: Nursing practice is configured as an ethical space, characterized by dignity, relational autonomy, and an understanding of vulnerability. To guarantee respectful and ethical care, it is crucial to distinguish between ontological vulnerability and clinical frailty.

Conclusion: To guide professional training, clinical practice, and institutional policies, the ontological ethics of care constitutes a transformative framework for humanizing geriatric nursing practice and preserving the dignity and moral responsibility of both the healthcare professional and the patient.

Correspondencia:

Juan Manuel Deniz Andrade

Correos electrónicos:

jdeniz4@proton.me

manueldeniz.and@gmail.com

Fecha de recepción:

24/07/2025

Fecha de aceptación:

20/10/2025

Introducción

La práctica clínica en geriatría implica el acto de cuidar, el cual suele verse tensionado entre el cumplimiento de protocolos institucionales y la atención de personas con trayectorias de vida complejas, cuerpos frágiles y voces que con frecuencia son suplantadas por el cuidador principal. En este contexto, conceptos como dignidad humana, autonomía y vulnerabilidad no constituyen abstracciones teóricas, sino desafíos éticos concretos que interpelan a los profesionales de enfermería en su ejercicio cotidiano del cuidado. No obstante, las aproximaciones normativas o técnicas que predominan en la atención geriátrica suelen reducir al paciente a un objeto de intervención, invisibilizando su condición de sujeto moral, es decir, de persona capaz de discernir entre el bien y el mal.

El presente artículo propone una reflexión crítica desde la ética ontológica del cuidado, entendida como una perspectiva que reconoce al ser humano como un ser relational, vulnerable y digno por el solo hecho de existir. El objetivo central es realizar un análisis constructivo de cómo este enfoque ético ofrece fundamentos más sólidos y humanizados para la práctica de enfermería en geriatría, especialmente en contextos sanitarios como el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A diferencia de los enfoques que abordan de manera separada la autonomía, la dignidad o la vulnerabilidad, esta investigación propone una articulación conceptual integrada, anclada en la experiencia real del cuidado. Desde esta base, se plantea una relectura de la persona adulta mayor como sujeto moral activo, capaz de decidir y merecedor de un cuidado ético que lo reconozca como tal, incluso en contextos de alta dependencia o fragilidad. La pregunta de fondo que guía esta reflexión es: ¿Cómo puede la práctica de enfermería sostener la dignidad del paciente cuando los contextos institucionales tienden a reducirlo a un cuerpo funcional?

A través de una revisión crítica de la literatura bioética, filosófica y disciplinar en enfermería, se articula un marco conceptual que resignifica el cuidado geriátrico no solo como una práctica técnica, sino como un encuentro ético con el otro.

La propuesta aspira a incidir en la formación profesional, en las prácticas cotidianas de cuidado y en los marcos institucionales que las condicionan. Diversos estudios han explorado la dignidad, la autonomía y la ética del cuidado en geriatría; en particular, la ética del cuidado enfatiza

la responsabilidad, la atención y la respuesta frente a la vulnerabilidad del otro, así como la importancia de reconocer la dignidad inherente de las personas mayores.¹ En este sentido, Pérez Fuentes² subraya que la autonomía debe comprenderse desde una perspectiva relacional, especialmente en pacientes con dependencia, donde el cuidado ético se convierte en un pilar fundamental.

Por otra parte, la ética del cuidado transpersonal ha sido reivindicada como una vía para humanizar la atención a las personas adultas mayores, promoviendo la empatía y la conexión auténtica.³ Sin embargo, en el contexto institucional mexicano, la práctica de enfermería suele estar mediada por protocolos que limitan una visión integral de la atención al paciente, restringiendo su reconocimiento como sujeto moral activo.⁴

Con base en lo expuesto, el presente trabajo reflexiona, desde la perspectiva de la ética ontológica del cuidado, sobre el concepto de dignidad humana y la tensión ética entre autonomía y vulnerabilidad en el contexto de la práctica de enfermería geriátrica.

Metodología

El estudio se desarrolló como una revisión documental de la literatura. Con base en criterios de selección previamente definidos, se incluyeron publicaciones académicas revisadas por pares y libros especializados que abordaran al menos dos de los siguientes conceptos clave: ética ontológica, cuidado, dignidad humana, autonomía, vulnerabilidad, paciente geriátrico y enfermería. Se consideraron textos publicados entre 2020 y 2025, en idioma español o inglés, que ofrecieran un enfoque conceptual, filosófico, bioético o disciplinar.

Se excluyeron los documentos duplicados o no accesibles en texto completo, publicaciones sin fundamento conceptual o con información anecdótica no verificable, así como fuentes estrictamente empíricas sin aporte teórico relevante para el análisis ético del cuidado.

Proceso de búsqueda

Se delimitaron textos publicados entre 2020 y 2025, en español e inglés, que abordaran al menos dos de los conceptos clave desde una perspectiva ética, filosófica o teórica. La búsqueda se realizó en bases de datos científicas y académicas, entre ellas PubMed, SciELO, Scopus, Redalyc y Dialnet. Se utilizaron combinaciones de descriptores mediante operadores booleanos (AND/OR):

ética ontológica, cuidado, dignidad humana, autonomía, vulnerabilidad, paciente geriátrico y enfermería.

Selección y análisis de la información

Inicialmente se identificaron más de 60 documentos, de los cuales se seleccionaron 26 por su relevancia temática, nivel académico y actualidad. La información se organizó en fichas digitales de análisis documental, lo que permitió agrupar los contenidos en las siguientes categorías temáticas: *fundamentos éticos del cuidado, concepciones del sujeto, autonomía relacional, dignidad, enfoque ontológico y contexto geriátrico institucional* (figura 1).

Rigor y calidad de las fuentes

Para garantizar la validez académica, se aplicaron criterios adaptados del *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) para estudios teóricos, evaluando la coherencia argumentativa, la fundamentación conceptual, la pertinencia ética y la contextualización del análisis. No se aplicó una puntuación formal, pero se realizó una valoración sistemática y rigurosa de cada fuente.

Análisis y síntesis

El análisis se llevó a cabo de manera narrativa y crítica, identificando convergencias, divergencias y vacíos en

la literatura. Este enfoque permitió elaborar una síntesis conceptual sólida que sustenta el debate sobre la ética del cuidado en enfermería geriátrica, sin recurrir a datos empíricos ni a población humana.

Consideraciones éticas

Se respetaron los principios de integridad académica, autoría intelectual y uso adecuado de las fuentes. Al no involucrar sujetos humanos ni datos sensibles, el estudio no requirió evaluación por un comité de ética. Se reconoce como limitación la ausencia de validación empírica directa; no obstante, el valor principal del estudio radica en su aporte teórico y filosófico para orientar la práctica de enfermería hacia la preservación de la dignidad humana en contextos de vulnerabilidad.

Resultados

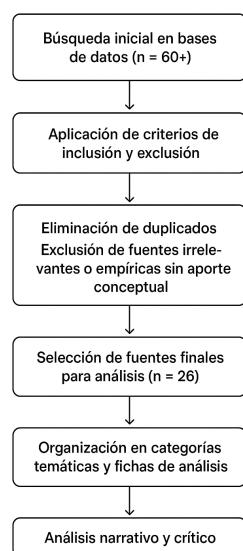
Categoría 1. Fundamentos filosóficos del cuidado

La enfermería es la ciencia del cuidado y de la presencia auténtica con el otro; su práctica trasciende la técnica o la mera obligación moral abstracta. Desde la ontología del cuidado, inspirada en la fenomenología existencial de Heidegger, el ser humano es concebido como un *ser-en-relación* (*Dasein*), cuya existencia se configura por su apertura al mundo y a los otros. Heidegger afirma que la estructura del *ser-en-el-mundo* del *Dasein* es el cuidado (*Sorge*) y que el estar-en-el-mundo es esencialmente cuidado.⁵ Este cuidado no se limita a ocuparse de algo como objeto, sino que define la forma de relacionarse con los demás y con el entorno, evidenciando que la existencia humana es siempre interdependiente.

En palabras de Emmanuel Levinas, “*la esencia de la ética es la responsabilidad infinita frente al rostro del otro*”.⁶ La persona en situación de vulnerabilidad constituye un llamado ético ineludible que desplaza la primacía del sujeto autosuficiente hacia la responsabilidad por el otro. De este modo, la relación con el otro se problematiza desde un enfoque ético radical: en el encuentro con el rostro del otro se instaura una responsabilidad infinita que precede a la acción o al conocimiento.

Esta perspectiva sitúa la práctica enfermera como un proceso ético de escucha, reconocimiento y *acompañamiento de la historia del otro*, y no únicamente como una técnica. Paul Ricoeur señala que “*comprendemos nuestra propia identidad*”

Figura 1 Diagrama de selección de literatura



Fuente: elaboración propia

dad contando la historia de nuestra vida; de tal forma que nuestra identidad siempre está vinculada a los otros.⁷

Autores clásicos como Mayeroff subrayan que el acto de cuidar es un proceso de crecimiento mutuo, ya que, al facilitar el desarrollo del otro, el cuidador también se transforma.³ En esta línea, Jean Watson conceptualiza el cuidado como una relación transpersonal que transforma simultáneamente a quien cuida y a quien recibe el cuidado, enfatizando las dimensiones ética, afectiva y relacional del acompañamiento.⁷ Así, comprender el cuidar no consiste en intervenir sobre un cuerpo, sino en acompañar a un sujeto concreto con su historia, fragilidad y dignidad.

Categoría 2. La dignidad humana como núcleo del cuidado ético

La *dignidad humana* constituye el principio ontológico central de la enfermería ética. De acuerdo con Kant, la dignidad se asocia con la autonomía racional y con el imperativo de que el ser humano debe ser tratado siempre como un fin y nunca como un medio; sin embargo, esta perspectiva resulta limitada en contextos clínicos donde la autonomía funcional puede encontrarse disminuida, como ocurre en la geriatría.⁸ En contraste, Levinas concibe la dignidad como inherente a la vulnerabilidad del otro, mientras que Ricoeur y Nussbaum enfatizan su dimensión relacional, integrando el reconocimiento mutuo, la justicia y el desarrollo humano. De este modo, la dignidad no depende exclusivamente de la autonomía racional, sino de la relación ética con el otro y de la responsabilidad activa de sostener su valor intrínseco, aun en condiciones de fragilidad.

En el contexto de la práctica geriátrica, donde la edad avanzada suele asociarse a pérdidas y dependencia, la dignidad puede ser invisibilizada o reducida a un objeto de cuidado técnico. Tratar al paciente como objeto, infantilizarlo o excluirlo de los procesos de decisión constituye una amenaza directa a su dignidad.⁸ Por lo tanto, el cuidado ético implica sostener la dignidad del otro incluso cuando su capacidad de autocuidado es limitada.^{9,10} En la práctica cotidiana de enfermería, esto se traduce en preservar la dignidad mediante acciones concretas como: *la escucha activa, el respeto, la validación de los deseos y el reconocimiento del sufrimiento*.

Categoría 3. Autonomía: hacia una comprensión relacional

La *autonomía* ha sido entendida tradicionalmente, des-

de un enfoque liberal, como independencia absoluta y capacidad de elección racional. Esta visión clásica, centrada en un sujeto autónomo y autosuficiente, tiende a excluir a quienes, debido a su deterioro físico, cognitivo o emocional, no se ajustan a los estándares racionalistas de autodeterminación. En el ámbito clínico, esta limitación se traduce en prácticas que invisibilizan la voluntad de las personas mayores y niegan su derecho a participar en decisiones que afectan directamente su existencia.

Desde la perspectiva de la bioética contemporánea, autoras como Pérez López¹¹ y Rodríguez Garat¹² han desarrollado el concepto de autonomía relacional o situada, la cual se construye en relaciones interdependientes de apoyo, cuidado, comunicación y reconocimiento. Esta comprensión permite afirmar que la autonomía no desaparece ante la fragilidad, sino que se reconfigura; es decir, se expresa en la medida en que las personas reciben apoyo para deliberar, comunicarse y ejercer su voluntad de forma contextualizada.

Aplicada al campo de la enfermería geriátrica, esta noción exige una transformación del rol profesional, que implica transitar del mero informar o ejecutar decisiones hacia la facilitación de la participación del paciente, la promoción de su agencia a partir de sus capacidades reales y el respeto por su biografía, valores y proyectos de vida. La *autonomía relacional* no se opone al cuidado, sino que lo presupone desde la noción de *cuidar bien*, lo cual implica sostener la autonomía posible y no sustituirla. Este paradigma reconoce que la dignidad se preserva cuando el sujeto, aun en la vulnerabilidad, mantiene un rol significativo en el proceso de toma de decisiones.

Categoría 4. Consentimiento informado en la persona adulta mayor

El *consentimiento informado* constituye una de las expresiones más tangibles del principio de autonomía en el ámbito sanitario. Se trata de un proceso ético y legal mediante el cual el paciente puede tomar decisiones libres y voluntarias respecto a su tratamiento y cuidado, tras recibir información suficiente, clara y comprensible sobre su estado de salud, las alternativas terapéuticas y las posibles consecuencias.^{13,14} Este proceso no concluye con el inicio del tratamiento, sino que debe acompañar de manera continua toda la atención sanitaria.

El profesional de enfermería desempeña un papel central en la correcta implementación del consentimiento informado, especialmente en personas adultas mayores,

ya que este derecho puede verse vulnerado por prácticas como la denominada “*conspiración del silencio*”, en la cual se oculta información bajo el argumento de “*no preocupar al paciente*”. Estas conductas reproducen formas de edadismo y paternalismo clínico que reducen al adulto mayor a un sujeto pasivo, negando su agencia y autonomía.

Desde una perspectiva ética ontológica, basada en la fenomenología y en la dignidad relacional, estas prácticas resultan inaceptables. Incluso en situaciones de fragilidad, la persona adulta mayor mantiene su dignidad y su derecho a decidir. La ética ontológica enfatiza la relación mediante la presencia y el reconocimiento del otro como interlocutor válido, lo que sitúa a la enfermera o al enfermero en un rol de acompañamiento y garante del proceso de consentimiento informado. En esta lógica, la ética deontológica o normativa aporta elementos esenciales relacionados con los deberes, normas y obligaciones profesionales que aseguran el respeto legal y ético de los derechos del paciente. Ambas perspectivas no son excluyentes: la ética ontológica orienta hacia la presencia, el cuidado y la sensibilidad frente a la vulnerabilidad del paciente, mientras que la ética deontológica garantiza que dichas acciones se desarrollen conforme a los estándares legales y profesionales.

La integración de ambas perspectivas en la práctica clínica permite que el consentimiento informado se constituya como un acto ético auténtico, en el que la persona adulta mayor es escuchada, informada y respetada, aun cuando su capacidad comunicativa se encuentre limitada por la enfermedad o la edad. El Código de Ética para las Enfermeras y los Enfermeros en México establece que la enfermera o el enfermero debe “*respetar la voluntad del paciente, brindándole información comprensible y suficiente para la toma de decisiones*”.¹⁵ Esta articulación entre normas y presencia ética consolida un modelo de atención que reconoce al adulto mayor como sujeto de derechos, agente de su propio cuidado y protagonista de su experiencia vital.

Categoría 5. Discernimiento ético entre vulnerabilidad y fragilidad para la práctica de enfermería

La vida humana es inherentemente vulnerable, y en la vejez esta condición se hace más visible y acentuada. Sin embargo, la vulnerabilidad no debe entenderse como debilidad o déficit, sino como una característica ontológica del ser humano que fundamenta la interdependencia y la responsabilidad mutua. Desde la ontología del cuidado, inspirada en Heidegger, todo *Dasein* se encuentra en el

mundo y *con los otros*, abierto a afectos, riesgos y demandas, lo cual constituye la base de la responsabilidad ética.¹⁶

Por su parte, la fragilidad es una condición clínicamente evaluable, vinculada al deterioro funcional, cognitivo o emocional que limita la capacidad de respuesta del individuo en la vida cotidiana. Un paciente frágil no es menos digno; requiere, más bien, una atención especializada y sensible. Confundir vulnerabilidad y fragilidad puede derivar en prácticas paternalistas que anulan la autonomía de la persona adulta mayor.¹⁷ Una comprensión ética del cuidado exige distinguir filosóficamente ambos conceptos, ya que, aunque suelen emplearse como sinónimos, poseen significados éticos distintos. Esta distinción orienta la práctica clínica y garantiza un trato respetuoso hacia la persona mayor.

La *vulnerabilidad*, en su sentido ontológico, está presente en todo ser humano. Implica apertura al otro, posibilidad de ser herido y necesidad de cuidado. Autores como Dos Santos¹⁸ y Rendón¹⁹ la conciben como un rasgo esencial de la existencia y no como un déficit. Toda persona es vulnerable por el solo hecho de convivir con otros; esta condición constituye la base ética del cuidado y nos hace responsables unos de otros.

En esta línea, Emmanuel Levinas profundiza en la noción de vulnerabilidad al señalar que la dependencia y el rostro del otro instauran una obligación ética infinita que precede a la elección o al conocimiento, comprendiendo que “*la vulnerabilidad nos convoca a responder y a reconocer al otro como sujeto moral*”. Asimismo, Paul Ricoeur enfatiza la dimensión narrativa de la vulnerabilidad, destacando que “*la identidad y la autonomía se construyen y sostienen en la relación con los otros, a través de la interdependencia del cuidado y el reconocimiento*”¹⁷.

La *fragilidad*, en cambio, es una condición situada y evaluable clínicamente que se sitúa en el plano de lo situacional y contingente; aunque puede implicar dependencia temporal o parcial, no disminuye la dignidad del sujeto ni su capacidad de ser acompañado con respeto.

Confundir fragilidad con vulnerabilidad puede tener consecuencias éticas graves, si se toma la fragilidad como sinónimo de vulnerabilidad moral, como negar la autonomía del paciente, infantilizarlo o excluirlo de decisiones que le competen.

Comprender que la vulnerabilidad es constitutiva del *estar-en-el-mundo* y del *estar-con-otros*²⁰ permite, en la práctica de enfermería, ejercer un discernimiento ético constante. Mientras que reconocer la vulnerabilidad implica asumir al otro como sujeto moral y corresponsable, atender la

fragilidad supone brindar apoyo especializado sin anular la autonomía del paciente. Una ética fundada en la ontología permite reconocer a la persona adulta mayor, aun en condiciones de alta dependencia, como alguien capaz de decidir, sentir y ser acompañado con respeto.

Categoría 6. El sujeto del acto moral en el sistema de salud

Subcategoría 6.1. Reconfiguración del sujeto adulto mayor en el ámbito institucional

El modelo biomédico tradicional tiende a definir al paciente senil en términos de funcionalidad residual, a partir de aquello que ya no puede hacer, recordar o decidir. Este reduccionismo niega la subjetividad de la persona adulta mayor y contribuye a formas de exclusión simbólica.²¹

Desde una perspectiva ontológica, la persona adulta mayor es reconocida como un sujeto relacional, con historia, emociones, identidad y derechos. Pérez de Lara²² sostiene que el cuidado no es mera asistencia, sino un acto que dignifica al otro cuando lo reconoce como persona. Para quienes ejercen la enfermería, resulta pertinente cuestionar la práctica profesional y preguntarse: *¿Considera a la persona adulta mayor como sujeto ético o como un cuerpo en decadencia?*

El ejercicio profesional de la enfermería implica compromiso y conciencia, orientados al reconocimiento del ser personal e individual de quien recibe los cuidados. Cuando el paciente expresa un reclamo o solicita asistencia, lo hace porque reconoce en el profesional un rostro capaz de aliviar, acompañar, escuchar y transformar la experiencia de la enfermedad en una vivencia de cuidado y esperanza.

Subcategoría 6.2. El cuidado ético en contextos institucionales

La ética ontológica del cuidado ofrece una base sólida para una práctica de enfermería humanista; no obstante, su implementación enfrenta obstáculos reales relacionados con la saturación del sistema sanitario debido a la alta demanda poblacional, que supera la capacidad de respuesta del sistema público y genera desgaste profesional, como el síndrome de burnout entre los trabajadores de la salud.²³ Asimismo, la cultura de la prevención resulta limitada y poco promovida; por ejemplo, se atiende prio-

ritariamente la urgencia médica, mientras que rara vez se interconsulta a servicios de psicología para abordar la salud mental y emocional en problemas como la obesidad, cuyo tratamiento requiere un enfoque integral para alcanzar el bienestar.²⁴

A esta situación se suman estrategias de prevención insuficientes en el primer y segundo nivel de atención, que con frecuencia se reducen a la entrega de folletos, el cumplimiento de metas institucionales y charlas generales que no sustentan una atención integral.

Los ritmos de trabajo, la carga administrativa y la cultura hospitalaria dificultan el establecimiento de un cuidado relacional profundo.²⁵ En la práctica clínica, se observan decisiones que excluyen al paciente geriátrico de los procesos de cuidado, basadas en supuestos de incapacidad y sin mediación de diálogo o acompañamiento. Este contraste entre el ideal ético y la realidad institucional refuerza la necesidad de formar profesionales capaces de sostener la dignidad del otro, incluso en contextos adversos.

Subcategoría 6.3. La ética ontológica del cuidado y la práctica clínica de enfermería

La ética ontológica del cuidado reconoce al ser humano como un agente moral autónomo, constitutivamente relacional, vulnerable y digno. Este enfoque no se limita a prescripciones normativas ni a principios universales abstractos, sino que emerge en la relación concreta entre cuidador y paciente, donde cada gesto, palabra, silencio o decisión posee una carga ética intrínseca.³

Desde la perspectiva de Heidegger, el *Dasein* se encuentra siempre en el mundo y con los otros, y su existencia se manifiesta a través del cuidado (*Sorge*), que configura la apertura hacia las necesidades y demandas de los demás. En consecuencia, ninguna acción clínica es neutral: toda intervención u omisión comunica reconocimiento o negación del ser del otro.

Emmanuel Levinas profundiza esta noción al afirmar que la vulnerabilidad del otro instaura una responsabilidad infinita que precede a la acción o al conocimiento; *la ética comienza con el rostro del otro*, que interpela al cuidador más allá de normas o reglas preestablecidas.¹⁶ Desde este marco filosófico, cada gesto clínico —desde la administración de un medicamento hasta una palabra de acompañamiento— constituye una elección ética que puede confirmar o vulnerar la dignidad del paciente.

El énfasis en la dimensión narrativa y relacional de la

ética reconoce que la identidad tanto del paciente como del cuidador se construye en la interacción, en la escucha, en la interpretación de las necesidades y en la respuesta responsable.^{18,19} En la práctica cotidiana, la enfermera o el enfermero no puede disociar la responsabilidad moral del cuidado, el cual se configura como una praxis de reconocimiento y respeto mutuo.

Desde esta perspectiva, la práctica de enfermería no es neutral: toda acción u omisión expresa una forma de reconocer o negar al otro. Cuidar desde una ética ontológica implica estar presente ante la vulnerabilidad del paciente, acompañarlo sin suplantararlo, respetar su individualidad y sostener su dignidad como persona. Esta comprensión transforma profundamente el rol enfermero, posicionándolo como un agente moral activo en el ámbito clínico. En este sentido, Ruiz Pérez²⁴ enfatiza que la ética del cuidado supone una relación intersubjetiva que transforma tanto al cuidador como al paciente, destacando la relevancia de la empatía, la presencia auténtica y la responsabilidad compartida en el proceso de cuidado clínico.

Categoría 7. Implicaciones éticas y formativas del enfoque teórico del cuidado

Este marco teórico se plantea como una propuesta transformadora para la acción profesional, que va más allá de constituirse únicamente como una referencia académica. Este enfoque ético ofrece una vía para resistir la indiferencia, humanizar la atención y recuperar el sentido moral del acto de cuidar en escenarios clínicos donde predominan la presión institucional, la rigidez de los protocolos y la despersonalización del cuidado. Asimismo, implica una exigencia formativa orientada a transformar la conciencia personal del profesional de enfermería y a promover la capacidad de pensar éticamente, escuchar sin prejuicios y reconocer la dignidad de la persona adulta mayor, incluso allí donde el sistema tiende a invisibilizarla.²⁶

Estas reflexiones bioéticas, deliberadas desde la práctica de la enfermería geriátrica, obligan a resignificar las prácticas de cuidado a partir de cuestionamientos fundamentales, tales como: ¿La persona (paciente) es reconocida como sujeto ético?, ¿Durante el proceso de atención su existencia se reduce a su condición de dependencia?

Se hace necesario comprender la dignidad humana como un atributo ontológico que la enfermería reconoce en la persona, y no como una cualidad otorgada por el profesional o por la institución; sin embargo, ambas pueden fortalecerla y procurarla.²⁶ Por lo tanto, las institucio-

nes educativas y los servicios de salud deben repensar sus políticas de vinculación y articulación entre la formación y el trabajo (teoría-práctica), así como los modelos de atención y evaluación situados en los contextos, incorporando criterios éticos que reconozcan a las personas como sujetos morales activos y a los profesionales como prestadores de servicios reflexivos.

Discusión

La revisión crítica de la literatura científica y filosófica permitió identificar hallazgos clave que reflejan la tensión ética central en la práctica de la enfermería geriátrica y replantean la necesidad de sostener la dignidad y la autonomía de la persona adulta mayor en contextos institucionales caracterizados por la sobrecarga, la fragmentación y la despersonalización del cuidado. Estos hallazgos se articulan directamente con los marcos filosóficos presentados, en diálogo con la teoría y la práctica, orientados hacia la comprensión de la ética ontológica del cuidado.

Los estudios revisados coinciden en que la *vulnerabilidad* no debe interpretarse como un déficit, sino como una característica constitutiva de la existencia humana, tal como es conceptualizada por Heidegger a través del “*ser-en-el-mundo*” y por Levinas como la responsabilidad infinita frente al rostro del otro. Estas concepciones ontológicas guían la resignificación de la práctica de enfermería, en la cual cada gesto, palabra o ausencia de acción adquiere una dimensión ética capaz de sostener o lesionar la dignidad del paciente. Tal como lo proponen Watson y Mayeroff, la despersonalización y el tratamiento del paciente geriátrico como objeto asistencial constituyen una amenaza directa a su dignidad; por ello, resulta evidente la relevancia de un enfoque de cuidado que priorice la presencia, el reconocimiento y la escucha activa.

Los hallazgos confirmán que la *autonomía clásica*, entendida como independencia absoluta, resulta insuficiente para el cuidado de la persona adulta mayor. En contraste, se evidencia que la *autonomía relacional*, sustentada en relaciones de apoyo y reconocimiento, emerge como la forma ética de respetar la voluntad del paciente incluso en situaciones de fragilidad. Este enfoque se articula con la propuesta de Ricoeur, quien enfatiza la dimensión narrativa de la identidad, y con Nussbaum, quien integra los principios de justicia, reconocimiento y desarrollo humano. De este modo, cuando el consentimiento informado se implementa en la práctica con sensibilidad ética y relacional,

no solo se cumple un requisito normativo, sino que se convierte en un acto de reafirmación de la dignidad y la agencia de la persona adulta mayor.

La confusión conceptual entre vulnerabilidad y fragilidad deriva en prácticas paternalistas que niegan la participación del paciente. Se enfatiza que la *fragilidad* es una condición clínica evaluable, mientras que la *vulnerabilidad ontológica* es constitutiva del ser humano y fundamento ético del cuidado. Este discernimiento conceptual, respaldado por los marcos filosóficos, orienta la práctica de enfermería hacia una atención respetuosa que reconoce al paciente como sujeto moral, capaz de decidir y de ser acompañado sin ser infantilizado ni reducido a su dependencia.

Por otra parte, la saturación del sistema sanitario, la carga administrativa y el *burnout* afectan directamente la sensibilidad ética del personal de enfermería. No obstante, analizados a la luz de la ética ontológica, estos fenómenos no solo representan problemáticas laborales, sino síntomas de una desconexión ética estructural mediada por la fragmentación institucional y la priorización de la eficiencia por encima de la dignidad del paciente. Este hallazgo dialoga con los marcos filosóficos y evidencia que la responsabilidad ética del profesional no puede reducirse a la mera ejecución de protocolos, sino que exige presencia, reconocimiento y compromiso moral, incluso en contextos adversos.

Si bien la ética deontológica normativa resulta necesaria, es insuficiente para abordar los dilemas cotidianos en contextos de alta vulnerabilidad. En contraste, la ética ontológica permite comprender la práctica clínica como un acto moral situado. Se evidencian los retos institucionales, la fragilidad del paciente y la sobrecarga profesional, los cuales deben ser considerados dentro de una red de diálogo que conciba el cuidado como una relación ética de reconocimiento mutuo y de sostenimiento de la dignidad de las personas.

La ética del cuidado, entendida desde una perspectiva ontológica, no constituye un complemento opcional, sino el fundamento moral de la práctica de la enfermería geriátrica. Cada gesto clínico se convierte en un acto ético que sostiene la dignidad, reconoce la vulnerabilidad y promueve la autonomía relacional, integrando la teoría y la práctica en un diálogo filosófico-ético que fortalece la profesión. En este sentido, se proponen las siguientes líneas de acción:

to moral, así como formular políticas y protocolos que integren la autonomía relacional y reconozcan la dignidad como eje central del cuidado de la persona adulta mayor.

- Crear espacios de reflexión ética en los entornos clínicos para abordar dilemas cotidianos y resignificar fenómenos como el *burnout* desde una perspectiva ética y psicológica.
- Promover indicadores de calidad en enfermería éticamente inclusivos, que consideren tanto la experiencia profesional como al profesional en su condición de sujeto moral, y que sitúen la dignidad del paciente como núcleo de la práctica clínica.

Conclusiones

- El análisis sistemático de la literatura científica y filosófica evidencia que la ética del cuidado, comprendida desde una perspectiva ontológica, constituye un marco epistemológico y normativo capaz de reconfigurar el ejercicio de la enfermería geriátrica.
- Esta perspectiva reconoce que la práctica clínica no es neutral ni meramente técnica, sino un espacio de interacción ética, donde la vulnerabilidad y la dignidad de la persona adulta mayor se convierten en principios orientadores de cada acción.
- Tal como lo plantean Heidegger y Levinas, el cuidado emerge de la existencia relacional del ser humano y de la responsabilidad infinita frente al otro, mientras que autores como Ricoeur y Nussbaum amplían esta comprensión al situar la identidad, la narrativa y la justicia en el núcleo del vínculo entre paciente y profesional.
- Los hallazgos muestran que la ética deontológica, centrada en normas y obligaciones, resulta insuficiente para abordar las complejidades de la atención geriátrica en contextos institucionales saturados y fragmentados. En contraste, la ética ontológica permite visibilizar la dimensión moral de la práctica enfermera, transformando gestos cotidianos en actos de reconocimiento y acompañamiento que sostienen la dignidad del paciente, aun en situaciones de fragilidad o dependencia.²³ Investigadoras como Jean Watson, Mayeroff, Parse, Reed y Newman contribuyen a esta perspectiva al conceptualizar el cuidado como un proceso relacional, transformador y profundamente ético, en el que el profesional y el paciente co-construyen sentido, identidad y bienestar.
- Se identifica que fenómenos como el *burnout* o la so-

brecarga institucional no constituyen únicamente expresiones de agotamiento físico o psicológico, sino manifestaciones de una desafección ética estructural que emerge de sistemas biomédicos centrados en la eficiencia y la objetivación. Comprender estos procesos desde la ética ontológica implica situar al profesional como agente moral activo, capaz de resistir la despersonalización y de sostener la humanidad del otro mediante la presencia, la escucha y el reconocimiento. Este enfoque filosófico y ético ofrece un marco analítico para repensar la formación y las políticas de enfermería, orientando la praxis hacia la integración de la técnica, la reflexión ética y la sensibilidad frente a la vulnerabilidad de la persona adulta mayor.

- Finalmente, se proponen tres líneas de desarrollo teórico-práctico: en primer lugar, la consolidación de

modelos formativos que integren la ética ontológica del cuidado y la reflexión crítica sobre los dilemas cotidianos de la práctica geriátrica; en segundo lugar, la evaluación de las estructuras institucionales que facilitan o inhiben la praxis ética, y, en tercer lugar, la generación de indicadores cualitativos que trasciendan la medición técnica del cuidado, permitiendo valorar su dimensión ética, relacional y humana. De este modo, la ética ontológica del cuidado se configura como un referente teórico-conceptual dentro de un marco filosófico-práctico que cuestiona la tendencia actual de desontologización de la práctica biomédica y orienta la enfermería hacia una praxis consciente, relacional y profundamente comprometida con la dignidad de la persona adulta mayor, su familia y la comunidad.

Referencias

1. Durán JE. El cuidado y los cuidadores de las personas mayores. Fundación Saldarriaga Concha; 2023 [consultado 02 jul 2025]. Disponible en: <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2023/11/MCE-04-Cuidado-Octubre12-2023.pdf>
2. Domínguez-Alcón C, Busquets Surribas M, Cuxart Ainaud N, Ramió Jofre A, coordinadores. Cuidado y ética del cuidado: necesidades y evidencias para investigar y avanzar. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2023 [consultado 25 jun 2025]. Disponible en: https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/5645095/COLECTIU_MINERVA_2023_web.pdf d89875fa-4610-443c-3fd3-76d3fae5d739?t=1695380187504
3. Guerrero-Castañeda RF, Chávez-Urías RA. Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera y persona cuidada: reflexión en Watson [Internet]. Cultura de los Cuidados. 2020; 24(58):1-16 [consultado 25 jun 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.02>
4. De León FC. Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud [Internet]. Revista Información Científica. 2022;97(1):115-24 [consultado 30 jun 2025]. Disponible en: https://pure.udem.edu.mx/files/73656871/LIBRO_ADULTO_MAYOR_Y_ENVEJECIMIENTO_2022.pdf
5. Macías BCA. Explorando el cuidado desde una perspectiva fenomenológica [Internet]. San Rafael: Universidad Técnica de Babahoyo; 2023 [consultado 25 jun 2025]. Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/3110>
6. Saldías-Alvear B. Comprendiendo el cuidado de enfermería desde el pensamiento filosófico de Martin Heidegger [Internet]. Enfermería Global. 2022;21(1):1-9 [consultado 25 jun 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962022000400009&script=sci_arttext
7. Vargas PJV. Espiritualidad y relación médico-paciente: un estudio de bioética narrativa en cuidados paliativos [Internet]. Revista de Bioética. 2024;32(1):1-10 [consultado 25 jun 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1270/127081605009/127081605009.pdf>
8. García L. La ética de la virtud para lograr la excelencia en el cuidado enfermero [Internet]. Cultura de los Cuidados. 2021;20(60):1-9 [consultado 28 mayo 2025]. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2021-n60-La-%C3%A9tica-de-la-virtud-para-lograr-la-excelencia-en-el-/PDF>
9. González-Alonso E. Reflexiones sobre el concepto de la dignidad humana en el cuidado de enfermería [Internet]. Revista de Bioética. 2021;26(1):1-10 [consultado 25 jun 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-60112021000100017&script=sci_arttext
10. Lúcio Henriques LV, Carvalho Pereira de Melo RC, Correia de Azevedo D'Espiney LM. Cuidar con respeto la dignidad humana de las personas mayores institucionalizadas: un protocolo de revisión exploratoria [Internet]. Enf Actual Costa Rica. 2020;(40) [consultado 15 de jul 2025]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/43243>
11. Pérez López E. Autonomía y vulnerabilidad en la bioética contemporánea. Madrid: Editorial Trotta; 2021.
12. Rodríguez-Garat C. Feminismo y autonomía relacional: un análisis argumental [Internet]. PhilArchive; 2025 [consultado 17 jul 2025]. Disponible en: <https://philarchive.org/archive/RODFYA-2>
13. Rodríguez-Herrera R, Víctor-Mora E, Rodríguez-Ocampo S, Marín-Mora A. Evaluación de la calidad del consentimiento informado en las cirugías mayores de 27 establecimientos de atención de la salud de la seguridad social costarricense en el año 2019. Rev Ter. 2022;16(1):86-95. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/358193033_Evaluacion_de_la_calidad_del_consentimiento_informado_en_las_cirugias_mayores_de_27_establecimientos_de_atencion_de_la_salud_de_la_seguridad_social_costarricense_en_el_ano_2019
14. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 2012 Ago 15 [consultado 27 jun 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5274085&fecha=15/08/2012
15. Consejo Nacional de Salud. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. 2020 [consultado 25 jun 2025]. Disponible en: <https://amdeu.com.mx/images/codigo.pdf>

16. CampillayCampillay M, YáñezCorrales C, DubóAraya P, SanjinésRodríguez I, PizcoyaAngeles P, ChávarryYsla P. Vulnerabilidad y cuidado desde la perspectiva de enfermería: una revisión integrada de la literatura. *Acta Bioethica*. 2023;29(2):219–28 [consultado 30 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v29n2/1726-569X-abioeth-29-02-219.pdf>
17. Acosta-Benito MÁ. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022;57(6):358-65. [consultado 30 mayo 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9198324/>
18. Dos SantosNeco KK, BatistaAraújode Oliveira LP, Paivade Menezes RM, Medeiros SM, RodriguesFeijão A. Atención de enfermería a adolescentes en situación de vulnerabilidad al VIH/SIDA. *Enfermería Global*. 2023;22(1):45–55 [consultado 03 jul 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412023000100019&script=sci_arttext
19. Rendón E. Vulnerabilidad, justicia y cuidado en la ética contemporánea. Editorial Universitaria; 2020.
20. VTQ Cocha. Ética en enfermería, percepción de los receptores de cuidado. *Revista Científica Salud UIS*. 2023;15(2):45–54 [consultado 25 jun 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9585757.pdf>
21. Echeverría de Rada MT. Nuevas tecnologías y derechos de las personas mayores en el ámbito sanitario. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*. 2025;22:134–75. [consultado 24 jun 2025]. Disponible en: https://revista-aji.com/wp-content/uploads/2025/03/AJ122_Artic_04.pdf
22. Pérez de Lara M. Ética del cuidado y dignidad en la enfermería geriátrica. México: Editorial Médica Panamericana; 2022.
23. Deniz Andrade JM. Impacto del burnout en el actuar ético de la enfermería: un análisis de la literatura. *Emergentes - Rev Científica*. 2025;5(1):996-1012. [consultado 16 jun 2025]. Disponible en: <https://revistaemergentes.org/index.php/cts/article/view/384/475>
24. Ruiz Pérez LC, Santana Mondragón RA, Fonseca Castaño S, Flores González EJ, Benítez López MX. Salud en México: calidad de la atención. Secretaría de Salud; 2025 [consultado 25 jun 2025]. Disponible en: https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_segunda_edicion.pdf
25. Domínguez-Alcón C, Busquets Surribas M, Cuxart Ainaud N, Ramíó Jofre A, coordinadores. Ética del cuidado, innovación inclusiva y calidad asistencial. Col·legi Oficial d'Infermers i Infermers de Barcelona; 2020.
26. Grace PJ, Uveges MK, editors. *Nursing ethics and professional responsibility in advanced practice*. 4.^a ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2023.

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Deniz-Andrade JM, Godínez-Andrade SX, Gómez-Medina MA. Ética ontológica del cuidado: dignidad humana, autonomía y vulnerabilidad de la persona adulta mayor en contexto de enfermería geriátrica. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(1):e1575 doi: 10.5281/zenodo.18023082

Eduardo Alberto García-Pulido^{1a}, Iria Yanet Zúñiga-Mendiola^{2b}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 33, Unidad de Cuidados Intensivos. Bahía de Banderas, Nayarit, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No.33, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Bahía de Banderas, Nayarit, México

Doi: 10.5281/zenodo.18023111

Resumen

ORCID

0000-0002-6113-784X^a
0000-0002-7318-271X^b

Introducción: el cáncer de mama es la primera causa de muerte en la mujer; en México, representa un problema de salud pública. El pronóstico de las pacientes con este padecimiento depende de la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado.

Objetivo: diseñar la nemotecnia «Ámate» como una propuesta de acciones para la detección y prevención del cáncer de mama.

Desarrollo: la nemotecnia «Ámate» fue diseñada para educar a las mujeres acerca de los signos y síntomas del cáncer de mama, sensibilizar y concientizar sobre la adopción de estilos de vida saludables, así como resaltar la importancia de la detección y el tratamiento oportunos. La finalidad es fortalecer los vínculos de confianza entre la comunidad profesional de la salud y la comunidad de mujeres.

Conclusión: la implementación de la nemotecnia "Ámate" en la práctica cotidiana representa una oportunidad para contribuir a la disminución del número de casos de cáncer de mama y mejorar las probabilidades de supervivencia, a través de la detección temprana y el apego a un estilo de vida saludable.

Palabras clave (DeCS):

Neplasias de la mama
Detección Precoz del Cáncer
Salud de la Mujer

Keywords (DeCS):

Breast Neoplasms
Early Detection of Cancer
Women's Health

Abstract

Introduction: Breast cancer is the leading cause of death in women in Mexico and represents a significant public health problem. The prognosis for patients with this disease depends on early detection, timely diagnosis, and appropriate treatment.

Objective: To design the mnemonic "love yourself" as a proposed set of actions for the detection and prevention of breast cancer.

Development: The mnemonic "Love yourself" was designed to educate women about the signs and symptoms of breast cancer, raise awareness about adopting healthy lifestyles, and emphasize the importance of timely detection and treatment. The aim is to strengthen the bonds of trust between the healthcare professional community and the women's community.

Conclusion: Implementing the mnemonic "Love yourself" in daily practice offers an opportunity to contribute to reducing the number of breast cancer cases and improving survival rates through early detection and adherence to a healthy lifestyle.

Correspondencia:

Eduardo Alberto García Pulido

Correo electrónico:

zourtsel21@hotmail.com

Fecha de recepción:

20/06/2025

Fecha de aceptación:

10/10/2025

Introducción

El papiro de Edwin Smith, el cual es una copia de un documento médico egipcio que data del año 3000 a. C., es el primer referente escrito de ocho casos de tumores o úlceras de mama que fueron removidos a través de cauterización, aunque se consideraba una enfermedad para la cual no había tratamiento.¹

En la actualidad, el cáncer de mama es la neoplasia con mayor prevalencia y mortalidad en mujeres, y aún es poco frecuente en hombres. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2022 se diagnosticaron 2.3 millones de casos y se registraron 670,000 muertes por este padecimiento,² el cual repercute en el entorno social y psicológico de las mujeres, además de generar una carga económica para los sistemas de salud.³

Con este panorama epidemiológico se denota la reducción de la mortalidad en países desarrollados mediante la implementación de estrategias como la detección oportuna a través del tamizaje por mastografía y sistemas de detección estandarizados. En el caso particular de México, la mortalidad de mujeres por cáncer de mama en 2021 ascendió a 7973; en 2022 fue de 7888, y en 2023 de 8034 defunciones. Por cada 100,000 mujeres de 20 años y más, la tasa de mortalidad por cáncer de mama fue de 17.9, con mayor afectación en Sonora (27.5), Chihuahua (25.2) y Coahuila (24).^{4,5,6}

De acuerdo con la OMS, entre el 30 % y el 50 % de los casos de cáncer de mama son evitables;⁷ asimismo, Harbeck *et al.* señalan que el cáncer de mama es curable en el 70 % al 80 % de las mujeres con enfermedad no metastásica en etapa temprana.⁸ Cabe señalar que la mayoría de las mujeres no experimenta síntomas en las fases tempranas del cáncer de mama; en ello radica la relevancia de la detección precoz y de las estrategias de prevención para incidir en la reducción de defunciones causadas por este padecimiento.

Las nemotecnias son un recurso didáctico de utilidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que las personas se interesan y se entusiasman por aprender algo nuevo a través de estrategias diferentes y amenas.⁹ Las mnemotecnias sirven para facilitar la memorización y el recuerdo de información compleja, creando asociaciones mentales sencillas, como palabras, frases, acrónimos, rimas o imágenes, que conectan datos nuevos con conocimientos previamente adquiridos de forma más eficiente. En la vida cotidiana, permiten recordar nombres, números telefónicos, direcciones, citas o listas de compras. En el ámbito profesio-

sional, por ejemplo, se utilizan para recordar síntomas o pasos diagnósticos, como la sigla ALICIA para el dolor.¹⁰

Bajo esta lógica, una función profesional de enfermería es la educación para la salud en relación con los factores protectores, los factores de riesgo y la demostración de la técnica de autoexploración de mama. Por lo anterior, el objetivo de la presente propuesta fue el diseño de la nemotecnia "Ámate", compuesta por acciones orientadas a detectar y prevenir el cáncer de mama.

Desarrollo

Un aspecto fundamental para el diseño de la propuesta de la nemotecnia «Ámate» es el *amor propio* de la persona, el cual radica en su capacidad de valorar su estado de salud ante cualquier circunstancia. La nemotecnia, como instrumento que consiste en una palabra corta, facilita el recuerdo de información a través de una serie de pasos que guían el camino hacia la prevención.

Como resultado, se presenta la nemotecnia «Ámate» con el propósito de facilitar el acceso a la información para todas las mujeres, independientemente de su rol como madres, esposas, hijas o hermanas. La nemotecnia «Ámate» representa una posibilidad de mantenerse saludable; es un ingrediente principal en la vida, una palabra que inspira, motiva y enseña. El amarse constituye un pase al autocuidado que se formaliza en acciones concretas capaces de cambiar historias y sociedades, al promover una cultura de bienestar. Cada letra de la nemotecnia «Ámate» atañe a un cuidado específico ([figura 1](#)).

• Análisis visual

¿Alguna vez has considerado lo siguiente?: ¿Cuando te levantas por las mañanas te ves sin verte en el espejo?, ¿Cuántos análisis haces sin empezar por el propio? Frente al espejo tenemos un compromiso mayor que solo acicalarnos para el día a día. ¡No dejes para mañana el análisis visual que deberías hacer hoy! La finalidad es la detección y el diagnóstico precoz, y se aconseja que se realice después de los 20 años, entre el séptimo y décimo día del inicio de la menstruación, debido a que los nódulos aparecen durante esta fase premenstrual. En la mujer posmenopáusica o con histerectomía puede realizarse en un día fijo establecido por ella.¹¹

De modo que la mujer debe pararse frente a un espejo, con el pecho desnudo y colocar los brazos a lo largo de su cuerpo; a continuación, observará. En caso de visualizar

Figura 1 Composición de la nemotecnia "Ámate"



Fuente: elaboración propia

hallazgos anormales, como secreción del pezón, hoyuelos cutáneos (piel de naranja), úlcera y/o eccema del pezón, venas crecientes, retracción o fijación del pezón, cambios en el color de la piel o asimetría mamaria, se debe acudir de inmediato a una unidad médica para la realización de una exploración clínica de mamas.⁷ Recordemos que la detección temprana puede salvar vidas.

• Mastografía

Cuando programamos unas vacaciones, un proyecto o degustar un platillo en un nuevo restaurante lo hacemos porque es parte de nuestro desarrollo personal y social, ¿Lo ejecutamos con la convicción de que será bueno para nuestras vidas?

En analogía, la convicción de que será bueno para nuestra vida es visitar un espacio donde se realice la mastografía, como una de las bondades de la tecnología en la medicina y, como seres racionales, ocuparnos de planear y vivir determinadas etapas de nuestra vida. La mastografía periódica marca la diferencia en la detección temprana del cáncer de mama y reduce la tasa de mortalidad. En referencia a dicha tasa, se estima una reducción del 24 % en Estados Unidos, del 50 % en un estudio italiano y del 39 % en un estudio sueco.^{12,13}

¿Qué es la mastografía? Consiste en la obtención de una imagen de la mama a través de rayos X, la cual permite detectar tumores pequeños que no se pueden palpar, es decir, identifica cambios en las mamas de mujeres que no muestran signos de cáncer. Posee una sensibilidad diagnóstica del 61.5 al 86.6% y puede variar de acuerdo con la densidad mamaria; es importante subrayar que no todos los resultados anormales significan cáncer, ya que también identifica padecimientos benignos. Dicho procedimiento se ejecuta en unidades de salud fijas o móviles.^{7,11,14}

Por esta razón, la mastografía debe realizarse en mujeres en quienes, durante la exploración clínica, se identifiquen hallazgos anormales, y promoverse en mujeres de 40 a 69 años que no se hayan realizado una mastografía en los últimos dos años. Esto permite la detección precoz e incrementa las posibilidades de curación con tratamientos menos agresivos y de menor costo.^{7,11}

La mastografía es un aliado en la lucha contra el cáncer de mama.

Análisis clínico

La exploración clínica de mama con periodicidad anual se recomienda para toda mujer mayor de 25 años. La evidencia científica señala que el riesgo de mortalidad por cáncer de mama disminuye en un 30 % en los grupos poblacionales que participan de forma sistemática en campañas de detección.¹⁵ Cabe señalar la importancia de enseñar a las mujeres, a partir de los 20 años, la técnica correcta de autoexploración mamaria por parte del personal de enfermería.

La exploración clínica consiste en la inspección visual y palpación de las mamas por un profesional de la salud, en condiciones que garanticen el respeto y la privacidad de la mujer. Previa solicitud de consentimiento informado, se lleva a cabo la exploración en presencia de un familiar o de otro profesional de la salud. El procedimiento debe realizarse sin guantes, ya que su uso disminuye la sensibilidad. Se realiza un interrogatorio para identificar factores de riesgo y, finalmente, se brinda consejería en salud a mujeres con alto riesgo.^{11,16}

En caso de que durante la exploración se identifiquen anomalías, como tumoración palpable, úlcera y/o eccema del pezón, salida de secreción por el pezón, retracción o fijación del pezón, ganglios axilares o supraclaviculares palpables, piel de naranja, asimetría en el tamaño de las mamas, cambios en el color de la piel o retracción cutánea, se solicitarán estudios complementarios.¹⁶ Prioriza tu

salud, realízate el análisis clínico para prevenir el cáncer de mama o diagnosticarlo en etapas tempranas.

Test corporal

Posterior al análisis visual, se debe realizar la autoexploración mamaria, la cual consiste en colocarse de pie, levantar el brazo izquierdo y poner la mano en la nuca; a continuación, con la yema de los dedos de la mano derecha, examinar la mama izquierda de forma firme y escrupulosa. Se debe presionar lo más profundo del seno, realizar pequeños círculos de adentro hacia afuera en el sentido de las manecillas del reloj; después, oprimir suavemente el pezón y observar si hay salida de secreción. Finalmente, se ejecuta el mismo procedimiento con la mama derecha. En la exploración de ambas axilas, se debe palpar con la yema de los dedos y con movimientos circulares.⁷

En el 30% de las mujeres con cáncer de mama se observa una masa palpable.¹⁷ Si se identifican hallazgos como mastalgia, adenopatía, masas firmes y de bordes irregulares palpables, comúnmente no dolorosas, se debe acudir de inmediato a un centro de salud para solicitar una exploración clínica de mamas.

¡Tócate para que no te toque! La autoexploración de mamas es clave para la detección temprana; esto salva vidas.

Estilo de vida saludable

Amarte es decidir ser partícipe activo de tu vida con el propósito de proteger tu salud.

El cáncer de mama es de origen multifactorial; su origen se relaciona con la predisposición genética, el estilo de vida y el ambiente que nos rodea. Por lo tanto, el riesgo de presentar cáncer en la mujer es una combinación de estos factores. El riesgo se incrementa conforme aumenta la edad, así como en presencia de antecedentes familiares (abuela, madre o hermana).^{16,18} Dado que la predisposición genética no se puede modificar, es posible gestionar el entorno y optar por estilos de vida saludables para disminuir la morbilidad y mortalidad provocadas por esta neoplasia.

En este sentido, es una necesidad imperiosa inculcar hábitos saludables en los hijos desde edades tempranas, ya que las niñas y los niños son más receptivos y aceptan con mayor facilidad un estilo de vida saludable que se acentúa en la adolescencia y se consolida en la edad adulta.

Entre los *factores protectores* destaca la actividad física, ya que retrasa la aparición de la menarquia; cuando esta ocurre antes de los 11 años, el riesgo de cáncer de mama es mayor (10 al 12%). En la mujer adulta, la actividad física propicia que la menopausia se presente entre los 45 y 53 años; en contraste, la falta de ejercicio se asocia con una menopausia más tardía, lo que duplica el riesgo de padecer cáncer de mama.¹⁹

Otro factor protector es tener varios hijos y quedar embarazada antes de los 30 años. Las mujeres que tienen su primer hijo a término después de los 35 años presentan un riesgo similar al de las nulíparas. Por cada año de lactancia materna, el riesgo de padecer la enfermedad disminuye en un 4.3 %.^{19,20} El consumo de una dieta rica en frutas, vegetales y antioxidantes reduce el riesgo de cáncer de mama; por el contrario, una dieta alta en grasas de origen animal y kilocalorías incrementa dicho riesgo.¹⁹

En cuanto a los *factores de riesgo*, el uso de la píldora anticonceptiva presenta más ventajas que desventajas; sin embargo, se recomienda su consumo después de los 20 años, ya que se estima un riesgo relativo de 1.24 de padecer cáncer de mama en mujeres que la consumen, en comparación con quienes no la utilizan.¹⁹ Otro factor de riesgo es el uso de terapias hormonales sustitutivas, ya que la evidencia científica señala que la terapia de reemplazo hormonal incrementa el riesgo de cáncer de mama al ejercer un efecto similar al de la menopausia tardía.¹⁹ Asimismo, el consumo de alcohol incrementa el riesgo, pues se estima que es responsable del 4% de estas neoplasias. De forma semejante, el consumo de tabaco se asocia con un mayor riesgo, debido a que el humo del cigarrillo contiene aproximadamente 4700 sustancias químicas, de las cuales al menos 43 son reconocidas como carcinógenas.¹⁹

En el grupo de mujeres sedentarias, obesas y con actividades profesionales que disminuyen la actividad física, el riesgo de padecer cáncer de mama es tres veces mayor en comparación con las mujeres que realizan actividad física durante toda la semana y tienen una complexión delgada. Al respecto, se recomienda realizar de 30 a 60 minutos de actividad física al día. Finalmente, se recomienda evitar la exposición a radiaciones ionizantes, la mala calidad del agua, la polución del aire y cocinar con leche.²⁰

Conclusión

El cáncer de mama es un problema de salud pública; cada 19 de octubre, *Día Internacional de la Lucha contra el*

Cáncer de Mama, representa una oportunidad para reflexionar acerca de la importancia de sensibilizar y concientizar sobre las acciones de prevención dirigidas a las mujeres en riesgo, así como sobre el fortalecimiento de las redes de apoyo para aquellas que padecen esta enfermedad.

De la misma forma, representa un compromiso profesional, institucional y social de la enfermería. La implementación de la propuesta de la nemotecnia "Ámate" en

la práctica cotidiana constituye una estrategia de enseñanza que permitirá aproximarse a los grupos de mujeres en riesgo y/o que padecen la enfermedad, sensibilizando sobre el amor propio, el apego a un régimen saludable y la importancia de la detección y el tratamiento precoz.

Querida mujer, tu salud es lo más importante; te invitamos a utilizar la nemotecnia "Ámate" como un acto de amor propio que puede marcar la diferencia.

Referencias

1. López E. Salamanca F. Cáncer de mama. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2020; 58 Supl 1: S1-3.
2. World Health Organization. Breast cancer. Gineva: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
3. Palmero J. Lassard J. Juárez L.A. Medina C.A. Cáncer de mama: una visión general. Acta Médica Grupo Ángeles 2021; 19 (3): 354-360.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre). Ciudad de México: INEGI; 2022. . Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_CANMAMA22.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre). Ciudad de México: INEGI; 2023. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_CMAMA23.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre). Ciudad de México: INEGI; 2024. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_LuchaCMama24.pdf
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Protocolo de atención integral: cáncer de mama. Ciudad de México: IMSS; 2023.
8. Harbeck N. Penault F. Cortes J. Gnant M. Houssami N. Poortmans P. Ruddy K. Tsang J. Cardoso F. Breast cancer. Nat Rev Dis Primers. 2019;5(1):66.
9. Beltrán H. Ruiz N.J. Propuesta investigativa: mnemotecnicas para la enseñanza- aprendizaje del SNP, pares craneales. 2023; 14 (Extra): 371-377.
10. Correa M. Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama: primeras reacciones emocionales. Index Enferm. 2017;26 (4):299-302
11. Centro Nacional de Equidad Genero y Salud Reproductiva. Modelo para la detención, diagnóstico y referencia del cáncer de mama. Secretaría de Salud: México; 2011.
12. Instituto Nacional del Cáncer. Prevención del cáncer de seno (mama) (PDQ®)-Versión para pacientes. 2023. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/prevencion-seno-pdq>
13. Lara M.C. Tapia A.X. Quiroz L.Y. Integración de la imagen en la patología mamaria. Gaceta Mexicana de Oncología. 2013; 12(2): 116-123.
14. Buchberger W. Geiger-Gritsch S. Knapp R. Gautsch K. Oberaigner W. Combined screening with mammography and ultrasound in a population-based screening program. Eur J Radiol. 2018; 101:24-29.
15. Sollozo I. Galván H.A. Castillo J.P. Benítez E.O. Rocha S.L. Villaseñor Y. Impacto de la pandemia de Covid-19 en el tamizaje de cáncer de mama y algunas estrategias para actuar pronto y seguro. Salud Pública de México. 2022; 64 (3): 333-339.
16. Sánchez M.P.M. Álvarez C.J. Durán C. La técnica correcta para la exploración de mama. Rev. Fac. Med. (Méx.). 2018; 61(2): 44-50.
17. Watkins E.J. Overview of breast cancer. JAAPA. 2019;32(10):13-17.
18. Gava R.R. Corte M.G. Vizoso F. Rodríguez J.C. Vázquez J. Lamelas M.L. Sánchez M.T. Martín A. Alonso L. Idelfonso C. García J. L. Abad M. Importancia de la edad como factor pronóstico determinante de la variabilidad de las características clínico-patológicas de las pacientes con cáncer de mama. Medifam [Internet]. 2002;12(6): 29-40.
19. Castaño E. Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama. Revista hacia la promoción de la salud. 2006; (11): 11-19.
20. Oikonomou G. Bothou A. Eirini O. Daglas M. Iliadou M. Antoniou E. Palaska E. Breastfeeding and its Association with Breast Cancer: a Systematic Review of the Literature. Maedica (Bucur). 2024;19 (1):106-115.

Cómo citar este artículo/To reference this article:

García-Pulido EA, Zúñiga-Mendiola IY. Nemotecnia "Ámate": propuesta de acciones para la detección y prevención del cáncer de mama. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(1):e1555. doi: 10.5281/zenodo.18023111

Comentario al artículo: “*Diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en estudiantes de licenciatura de enfermería con obesidad*”

Comment on article: “*Nursing diagnosis, outcomes, and interventions in obese nursing students*”

Marlon Kaled Ochoa-Martel^{1a}

¹Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería. Huánuco, Perú

Correspondencia: Marlon Kaled Ochoa Martel

Correo electrónico: 20222210386@udh.edu.pe

ORCID:0009-0007-8727-1581^a

En el presente estudio se brinda una amplia perspectiva sobre el proceso de atención de enfermería aplicable para personas con obesidad y los efectos o consecuencias en sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Cabe señalar que sienta la base de conocimiento útil para su continuidad y abordaje de esta problemática en otros niveles de investigación con enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto. No obstante, para futuras investigaciones, se recomienda realizar una búsqueda exhaustiva de la literatura a fin de garantizar el sustento y congruencia conceptual y metodológica.

Palabras claves (DeCS): Proceso de Enfermería; Terminología Normalizada de Enfermería; Estudiantes de Enfermería; Obesidad

This study provides a broad perspective on the nursing care process applicable to individuals with obesity and its effects or consequences on their physical, psychological, social, and spiritual dimensions. It should be noted that this study establishes a useful knowledge base for further research and addressing this issue at other levels of investigation using quantitative, qualitative, or mixed methods approaches. However, for future research, a thorough literature review is recommended to ensure conceptual and methodological consistency and coherence.

Keywords (DeCS): Nursing Process; Standardized Nursing Terminology; Nursing Students; Obesity

Acerca del artículo de investigación “*Diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en estudiantes de licenciatura de enfermería con obesidad*”, publicado por Marisol Velasco Araújo y Daniel de Jesús Torres Gaspar, con la finalidad de implementar el plan de cuidados de enfermería (PLACE) en jóvenes estudiantes con obesidad y evaluar sus efectos.¹

Posterior a la lectura crítica, expongo los siguientes puntos:

1. El presente estudio brinda una amplia perspectiva sobre el proceso de atención de enfermería aplicable a personas con obesidad y los efectos o consecuencias en sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Tal aporte merece un reconocimiento a los autores, ya que sienta las bases de conocimiento útil para su continuidad y abordaje de esta problemática en otros niveles de investigación, con enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto.
2. Para futuras investigaciones, se recomienda realizar una búsqueda exhaustiva de la literatura, a fin de garantizar el sustento y la congruencia conceptual y metodológica entre todas las etapas del estudio, desde el planteamiento del problema y los objetivos afines al tipo de estudio, hasta el diseño metodológico que detalle con precisión la población, la muestra, los criterios de selección, las técnicas de recolección de datos, los posibles sesgos de ejecución y los instrumentos válidos y confiables para la medición del fenómeno de estudio.
3. Mediante un estudio descriptivo, los autores abordan las alteraciones en la autopercepción y el estado nutricional de los estudiantes de licenciatura, así como la importancia de problemáticas como la desnutrición, la malnutrición y la adopción de estilos de vida saludables, para hacer frente a las preocupantes cifras de personas con sobrepeso y obesidad reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial en los últimos años.²
4. No obstante, se identificó que no se expone de forma clara cuál fue el problema abordado y, por ende, existe una debilidad en los antecedentes investigativos; ambos elementos son indispensables para brindar un contexto sobre el tema, tanto para el investigador como para el lector.³
5. Tal omisión puede conducir a problemas en la elaboración de los objetivos.⁴ Según el número de mediciones sobre la variable de estudio, el objetivo sugiere el desarrollo de un estudio longitudinal,⁵ ya que primero plantea la implementación del PLACE y, posteriormente, la evaluación de la efectividad en la disminución del grado de obesidad en los estudiantes. Cabe señalar que dicha evaluación no se presenta en los resultados y, en consecuencia, se asume una ejecución inconclusa del trabajo de campo y de la aplicación del proceso de atención de enfermería. En la lógica de un estudio longitudinal, se conlleva el análisis del progreso de la situación de salud

del individuo a lo largo del tiempo y, en este sentido, la presentación de resultados de la etapa de evaluación.^{5,6} Respecto al análisis estadístico, se hace uso de pruebas estadísticas para medir la asociación entre el género, el grado de obesidad y la respuesta humana afectada.⁷ Debido a que no se especificó cuál fue el enfoque de la investigación, con la presentación de frecuencias, modas, medianas y pruebas estadísticas, se entiende que el enfoque fue cuantitativo,⁸ lo cual exige el empleo de técnicas de recolección cuantitativas, criterio que no cumple la entrevista como técnica cualitativa de recolección de datos.⁹

6. En referencia a la población y la muestra del estudio, no se indica cuál es la población de donde proviene la muestra ni la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra (30 estudiantes). Es pertinente argumentar el porqué y el para qué de incluir un número reducido de estudiantes; por ejemplo, la decisión de solo incluir a estudiantes con edad máxima de 25 años y que cursen otros semestres de la carrera de enfermería. Lo anterior fortalece la obtención de resultados representativos, confiables y útiles para futuras investigaciones que busquen estudiar las mismas variables.¹⁰

Referencias

1. Velasco-Aragón M, Torres-Gaspar DJ. Diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en estudiantes de licenciatura de enfermería con obesidad. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(4):e1492. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17048399>
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Ginebra, Suiza: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Ciudad de México, México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A.; 2018. 28-29.
4. Vincenzo R, Tapia A, Vélez M. Proceso de enfermería. Herramienta esencial del cuidado en la atención sanitaria. RECIMUNDO. 2023;7(4):187-94. doi: [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.187-194](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.187-194)
5. Corona L, Fonseca M. ¿Mi estudio es transversal o longitudinal? *Rev Cienc Médicas Cienfuegos.* 2023;21(4):931-934. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5633/4122>
6. Von E, Altman D, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2008;61(4):344-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
7. Vizcaíno P, Cedeño R, Maldonado I. Metodología de la investigación: guía práctica. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip.* 2023;7(4):9723-62.
8. Aguilar J, Chariguamán N, Moscoso M, et al. La Estadística como una Herramienta en la Metodología Científica. Riobamba, Ecuador: Índice Científico Editorial; 2022. Disponible en: <http://cimogsys.espoch.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2023-01-18-130629-L2022-005.pdf>
9. Universidad de Castilla-La Mancha. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2021. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/fdf77886-6075-453a-b7cc-731232b56e77/content>
10. Pantoja M, Arciniegas O, Álvarez S del R. Desarrollo de una investigación a través de un plan de estudio. *Rev Pedagógica Univ Cienfuegos.* 2022;18(S3):165-171. Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2649>

Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658/11619>

8. Aguilar J, Chariguamán N, Moscoso M, et al. La Estadística como una Herramienta en la Metodología Científica. Riobamba, Ecuador: Índice Científico Editorial; 2022. Disponible en: <http://cimogsys.espoch.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2023-01-18-130629-L2022-005.pdf>
9. Universidad de Castilla-La Mancha. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2021. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/fdf77886-6075-453a-b7cc-731232b56e77/content>
10. Pantoja M, Arciniegas O, Álvarez S del R. Desarrollo de una investigación a través de un plan de estudio. *Rev Pedagógica Univ Cienfuegos.* 2022;18(S3):165-171. Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2649>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Ochoa-Martel MK. Comentario al artículo: Diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en estudiantes de licenciatura de enfermería con obesidad. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(1):e1590. doi: 10.5281/zenodo.18023130



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Seguridad y Solidaridad Social

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación en Salud
Coordinación de Investigación en Salud