



***Experiencia de innovación educativa:
simulación virtual para desarrollar el
razonamiento clínico en estudiantes
de postgrado de enfermería***

Educational innovation experience: virtual
simulation to develop clinical reasoning
in postgraduate nursing students

Vanessa Jara-Jara *et. al.*

Editorial



¿Enfermería hoy? El cuidado
como acto científico-político
Ramiro Altamira-Camacho

Revisión



Enfermería traslacional: revisión sistemática
de los determinantes conductuales y el control
glucémico en adultos con diabetes tipo 2
Starlin Javier Martínez-García *et al.*

Investigación



Autoevaluación reflexiva de personal de
enfermería para mejorar las competencias
clínicas en la valoración de mujeres con
preeclampsia
Wendy Jiménez-López *et al.*

Experiencias de la práctica



Escala ALMA: desarrollo y validación
inicial para la identificación de la
negativa materna hacia la lactancia
Gloria Consuelo Ramos-López *et al.*

Investigación



Aceptación de la vacuna del VPH para
varones con relación al conocimiento
y creencias de los padres de familia
Eduardo Alexis Rocha-Corral *et al.*

Vol 34 | Núm 4 | Octubre-diciembre
2026

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

octubre-diciembre 2026 vol. 34 núm. 4

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 Alfonso

DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Rodolfo Rivas Ruiz

ÁREA DE PROCESOS EDITORIALES

Alejandro Moctezuma Paz

EDITORA

Laura Cecilia Bonifaz Alfonso

EDITORA EJECUTIVA

María Antonieta Castañeda Hernández

EDITORA 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

María 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 4, octubre-diciembre 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. Licitud de Título No. 11896 y Licitud 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, BIBLAT, Periódica, CUIDEN, Google Académico

e-ISSN: 2448-8062 ISSN: 0188-431X

Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(4).

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

octubre-diciembre 2026 vol. 34 núm. 4



Diseño de portada:

Ilustración

Imagen:

Elaboración propia

Editorial



e1701 ¿Enfermería hoy? El cuidado como acto científico-político
Nursing Today? Care as a Scientific-Political Act

Ramiro Altamira-Camacho

Investigación



e1581 Cuidado de enfermería: Compasión hacia los demás y experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria
Nursing care: Compassion for others and the patient experience during their hospital stay

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

Investigación



e1601 Autoevaluación reflexiva de personal de enfermería para mejorar las competencias clínicas en la valoración de mujeres con preeclampsia
Reflective self-assessment by nursing staff to improve clinical competencies in the assessment of women with preeclampsia

Wendy Jiménez-López, Eduardo Velázquez-Moreno, Luvia Velázquez-López, Graciela González-Juárez, María Juana Montes-Martínez

Investigación



e1608 Aceptación de la vacuna del VPH para varones con relación al conocimiento y creencias de los padres de familia
HPV vaccine acceptance among males in relation to parents' knowledge and beliefs

Eduardo Alexis Rocha-Corral, Gregorio Peña-Rodriguez, Maricela Vidafña-Santos, Karen Liliana Hinojosa-Esparza, Nancy Adriana Reyes-Ramírez, Nadia Gissel Manriquez-Valles

Investigación



e1610 Barreras de conocimiento, culturales y de acceso en mujeres de 25 a 64 años para la detección de cáncer cervicouterino
Knowledge, cultural, and access barriers to cervical cancer screening among women aged 25 to 64

Cecilia Lizeth Ibarra-Campos, Alma Benita Lazcano-Castellanos, Laura Patricia Limón-Toledo, Ricardo Gutiérrez-Jauregui, Diana Laura Franco-Curiel

Investigación



e1611 Autoevaluación y percepción del grado de importancia de las competencias gerenciales del personal directivo de enfermería
Self-assessment and perceived importance of managerial competencies among nursing leadership personnel

Fabiola Meza-Juárez, Maricarmen Moreno-Tochihuitl

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

octubre-diciembre 2026 vol. 34 núm. 4

Investigación



e1613 Percepción del personal de enfermería sobre las dimensiones y prácticas de cultura de seguridad del paciente
Nursing staff perceptions of patient safety culture dimensions and practices

Adela Vázquez-Díaz, Martha Leticia Villanueva-Romero, Luis Flores-Padilla

Investigación



e1623 Dimensiones del cuidado humanizado por profesionales de enfermería percibido por los pacientes en la unidad de cuidados intensivos
Dimensions of humanized care provided by nursing professionals as perceived by patients in the intensive care unit

Beatriz Adriana Dominguez-Majata, Luis Enrique Trujillo-López, Beatriz Racilla-Solano, Mario Germán Montes-Osorio, Dora María Estrada-Durán

Revisión



e1604 Frecuencia recomendada de la aspiración de secreciones para pacientes adultos sedados en estado crítico: revisión de alcance
Recommended frequency of secretion suctioning for critically sedated adults: Scoping review

Diana Adela Xicohténcatl-Mena, Nayeli Guadalupe Legorreta-Rodríguez, Elizabeth Barrios-Guevara, Jeber Zuriel Matamoros-Martínez, Erick Alberto Landeros-Olvera

Revisión



e1616 Enfermería traslacional: revisión sistemática de los determinantes conductuales y el control glucémico en adultos con diabetes tipo 2
Translational nursing: a systematic review of behavioral determinants and glycemic control in adults with type 2 diabetes

Starlin Javier Martínez-García, Enmanuel Liriano-Parra, Fausto Antonio Suriel-Rosario

Revisión



e1628 La ética silenciada del cuidado: la vulnerabilidad expectante del paciente moderno en contextos clínicos
The Silenced Ethics of Care: The Expectant Vulnerability of the Modern Patient in Clinical Contexts

Juan Manuel Deniz-Andrade, Sarahi Xitlali Godínez-Andrade, Adriana Elizabeth Margalli-Mancilla, Hilda Romero-Zepeda

Experiencia
de la práctica



e1594 Plan de atención de enfermería para un paciente pediátrico con infección por el virus Cocksackie
Nursing care plan for a pediatric patient with Cocksackievirus infection

Yamileth Ataly Carreón-Vásquez, Marisol Velasco-Aragón

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

octubre-diciembre 2026 vol. 34 núm. 4

Experiencia
de la práctica



e1612 *Experiencia de innovación educativa: simulación virtual para desarrollar el razonamiento clínico en estudiantes de postgrado de enfermería*
Educational innovation experience: virtual simulation to develop clinical reasoning in postgraduate nursing students
Vanessa Jara-Jara, Johanna Castro-Sandoval, Paola Carrasco-Aldunate

Experiencia
de la práctica



e1618 *Escala ALMA: desarrollo y validación inicial para la identificación de la negativa materna hacia la lactancia*
ALMA Scale: development and initial validation for identifying maternal refusal of breastfeeding
Gloria Consuelo Ramos-López

Ramiro Altamira-Camacho^{1a}

¹Fundación Índex, Área de Documentación, Grupo Nodal Transdisciplinario para la Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología (G-NTISCyT Lab). Granada, España

Doi: 10.5281/zenodo.23165380

ORCID

0000-0003-3403-6901^a

Palabras clave (DeCS):

Enfermería
Cuidado de la Salud
Justicia Social
Autonomía Profesional
Investigación en Enfermería

Keywords (DeCS):

Nursing
Health Care
Social Justice
Professional Autonomy
Nursing Research

Correspondencia:

Ramiro Altamira Camacho

Correo electrónico:

ramiroaltamira@correo.ugr.es

Fecha de recepción:

21/08/2026

Fecha de aceptación:

01/09/2026

Resumen

La enfermería contemporánea ha alcanzado una importante consolidación como disciplina científica y profesión del cuidado. Sin embargo, esta consolidación no resuelve por sí misma una cuestión más profunda: qué significa ejercer autonomía cuando los problemas de salud, las instituciones y las prácticas de cuidado se encuentran cada vez más mediados por tecnologías, protocolos, indicadores y modelos de conocimiento producidos en contextos diversos. Este editorial propone comprender la autonomía de la enfermería como capacidad para formular preguntas propias, producir conocimiento, ejercer juicio y participar en las decisiones que afectan al cuidado.

La vigilancia epistémica permite interrogar críticamente los conocimientos que se presentan como universales y recuperar la importancia del contexto, la experiencia y los saberes históricamente marginados. El cuidado adquiere así una dimensión científico-política: científica, porque requiere conocimiento disciplinar y juicio profesional; política, porque se relaciona con la dignidad, la vulnerabilidad, los derechos y las condiciones sociales en las que transcurre la vida. Se plantea, finalmente, que el desafío contemporáneo consiste en impedir que la tecnologización y la cientificidad de la evidencia determinen por sí mismas qué puede ser reconocido como cuidado.

Abstract

Contemporary nursing has achieved significant consolidation as a scientific discipline and a caring profession. Yet this consolidation does not by itself resolve a deeper question: what does autonomy mean when health problems, institutions, and caring practices are increasingly mediated by technologies, protocols, indicators, and knowledge models produced in diverse contexts? This editorial proposes understanding nursing autonomy not merely as professional independence, but as the capacity to formulate its own questions, produce knowledge, exercise judgment, and participate in decisions affecting care.

Epistemic vigilance makes it possible to critically examine knowledge presented as universal and to recover the importance of context, experience, and historically marginalized forms of knowledge. Care thus acquires a scientific-political dimension: scientific because it requires disciplinary knowledge and professional judgment; political because it is connected to dignity, vulnerability, rights, and the social conditions in which life unfolds. Finally, the editorial argues that the contemporary challenge is not to reject technology or evidence, but to prevent them from determining by themselves what may be recognized as care.

¿Qué significa ser enfermería hoy?

Quizá una de las preguntas más difíciles que puede formularse una disciplina es aquella que, a primera vista, parece innecesaria: ¿qué somos? La enfermería lleva décadas construyendo respuestas a esta interrogante. Ha desarrollado teorías, modelos conceptuales, programas de investigación, formación doctoral, revistas especializadas y espacios propios de producción científica. Ha dejado de ser entendida exclusivamente como una actividad auxiliar para reconocerse como disciplina y profesión, con un campo de conocimiento relacionado con el cuidado humano.^{1,2,3,4}

Sin embargo, la consolidación institucional de una disciplina no equivale necesariamente a su autonomía. Una profesión puede disponer de universidades, revistas, programas doctorales y cuerpos académicos, y, al mismo tiempo, continuar utilizando categorías que otros han definido para interpretar su realidad. Puede producir investigación y, sin embargo, investigar predominantemente las preguntas que ya han sido formuladas desde otros lugares. Puede contar con protocolos y tecnologías cada vez más sofisticadas y, paradójicamente, tener menos capacidad para decidir qué aspectos del cuidado no pueden reducirse a un protocolo.

Por ello, preguntar por la *enfermería hoy* exige algo más que enumerar los avances alcanzados; obliga a interrogar sobre el conocimiento que se produce, desde dónde se produce y para qué se utiliza. Así, la cuestión de la autonomía deja de ser exclusivamente profesional y se convierte también en una cuestión científica, epistemológica y política. Por supuesto, la enfermería necesita conocimientos provenientes de otras disciplinas; de otro modo, el cuidado de la salud sería difícilmente comprensible sin la contribución de las ciencias biológicas, sociales, humanas y tecnológicas.

El problema no reside en esta interdependencia. Una disciplina madura no es aquella que se aísla, sino aquella capaz de dialogar con otros saberes sin perder la capacidad de formular sus propias preguntas. Por tanto, la autonomía científica no consiste en reclamar un territorio intelectual impermeable, sino en poder decidir qué problemas del cuidado merecen ser pensados, investigados y transformados desde la perspectiva disciplinar de la enfermería.^{2,3} Con esto, es importante reconocer, con humildad, que la enfermería no es ni la “*ciencia del cuidado*” ni “*la profesión más antigua e importante de la historia*”.

Aquí es donde adquiere sentido una distinción que puede parecer terminológica, pero que encierra una cues-

tión de fondo: *no es exactamente lo mismo hablar de una “enfermería científica” que de una “ciencia de enfermería”*. La primera expresión describe una práctica que incorpora resultados producidos por la ciencia; la segunda plantea la existencia de una disciplina capaz de generar conocimiento acerca de fenómenos que reconoce como propios.¹

La diferencia no es menor; en el primer caso, la enfermería aparece principalmente como usuaria competente del conocimiento disponible; en el segundo, como sujeto productor de conocimiento. Por ejemplo, la investigación clínica se presenta como un conocimiento que emerge de la ciencia básica de enfermería y se retroalimenta en la ciencia aplicada. La pregunta por la autonomía comienza precisamente ahí.

Producir conocimiento para poder decidir

La autonomía disciplinar no se alcanza proclamándola. Requiere instituciones, investigadores, teorías, comunidades académicas y espacios donde el conocimiento pueda ser discutido y legitimado. Las teorías de enfermería han constituido una de las principales expresiones históricas de este esfuerzo por construir una mirada propia sobre el cuidado.^{3,4} No significa que todas las teorías deban ser exclusivas de la enfermería, ni que el conocimiento disciplinar pueda desarrollarse al margen de otras ciencias. Significa que la disciplina necesita conservar la capacidad de construir conceptos y explicaciones que permitan interpretar problemas que no quedan suficientemente representados cuando el sujeto es reducido a un diagnóstico (o etiqueta), un órgano o un resultado clínico.

Esta cuestión adquiere una relevancia singular en la formación de posgrados. El crecimiento de los programas de doctorado en enfermería en Iberoamérica representa una oportunidad para fortalecer la investigación y la capacidad de liderazgo académico, pero su existencia no garantiza por sí misma una mayor autonomía.⁵ Un doctorado puede reproducir preguntas, categorías y modelos de investigación ya establecidos o puede convertirse en un espacio para interrogar críticamente aquello que la disciplina ha aceptado como dado. La diferencia es sustancial.

La formación doctoral tiene valor disciplinar cuando, además de construir investigadores expertos en aplicar métodos, también permite problematizar los objetos de conocimiento. La autonomía científica comienza antes de la elección del método: comienza cuando una comunidad disciplinar puede decidir qué pregunta merece ser formulada. En este sentido, producir conocimiento propio no

significa rechazar el conocimiento producido en otros campos, sino dejar de asumir que todo problema del cuidado debe ser definido desde categorías externas.^{5,6} Observemos, por un lado, que la enfermería se ha emancipado de estructuras disciplinares objetivadoras biomédicas; por el otro, desubjetiva los procesos psíquicos repitiendo estructuras de la psicología. Pensemos: ¿cuáles han sido los problemas reales de la sociedad a los que se han dado respuesta desde los programas de doctorado? De los cuales hay cada vez más egresados de estos posgrados.

Esta capacidad también tiene consecuencias profesionales. El juicio enfermero difícilmente puede ser plenamente autónomo cuando las categorías mediante las cuales se interpreta la realidad, los criterios con los que se considera válida una evidencia y los problemas que merecen investigación han sido establecidos sin la participación suficiente de quienes cuidan (que no son solamente enfermeras). La implementación de evidencias muestra, precisamente, que entre producir conocimiento e incorporarlo a la práctica existe una distancia que no puede resolverse mediante la simple transferencia de resultados.⁷ El conocimiento adquiere significado cuando entra en relación con contextos, personas, instituciones y decisiones concretas.

Por ello, la autonomía científica no debería confundirse con una aspiración corporativa o institucional. Su finalidad no es que la enfermería se contemple a sí misma, sino que pueda participar en mejores condiciones en las decisiones que afectan al cuidado.

La necesidad de una vigilancia epistémica

Pero producir conocimiento no basta; también es necesario aprender a sospechar de él. Toda disciplina corre el riesgo de convertir sus conceptos en certezas y sus modelos en universales; *la enfermería no es una excepción*. Una parte importante de sus marcos conceptuales, terminologías y modelos educativos se han construido en contextos históricos y culturales determinados, los cuales han circulado como si su validez pudiera trasladarse sin mediación a cualquier realidad. La cuestión no es rechazar todo aquello que procede de otros contextos, sino preguntarse qué ocurre cuando un conocimiento situado se transforma en norma universal.

A esta capacidad crítica se le puede denominar vigilancia epistémica, como la disposición permanente a examinar los supuestos desde los cuales conocemos, investigamos y actuamos.^{6,7} No significa desconfiar de todo

conocimiento; supone interrogar las condiciones que hicieron posible que determinado conocimiento llegara a ser considerado válido, legítimo o universal.

Esta vigilancia resulta particularmente necesaria cuando se examinan las relaciones entre enfermería y colonialidad. Con este enfoque, la *violencia epistémica* no siempre adopta la forma evidente de una prohibición; también puede manifestarse cuando determinados saberes son considerados secundarios, cuando ciertas experiencias son excluidas de la producción científica o cuando una lengua (o idioma), metodología o teoría adquiere una posición de autoridad que otras formas de conocimiento difícilmente pueden disputar.⁸

Pensemos, por ejemplo, en el lugar que ocupan las múltiples formas de saberes cuando las enfermeras adoptan acríticamente la llamada evidencia científica, frecuentemente promovida por farmacéuticas y/o laboratorios. Desde esta perspectiva, recuperar saberes populares y experiencias históricamente invisibilizadas no supone idealizarlos ni convertirlos automáticamente en conocimiento científico. Significa reconocer que existen dimensiones de la experiencia del cuidado que pueden quedar fuera de los marcos institucionales de producción del conocimiento y que merecen ser interrogadas.⁹

La *transdisciplinariedad* puede contribuir a este propósito cuando no se limita a sumar disciplinas; más bien, permite cuestionar las fronteras desde las cuales se define qué cuenta como conocimiento.¹⁰ Esta cuestión resulta especialmente relevante para las enfermería latinoamericanas, cuando se habla de las epistemologías del sur y de las experiencias situadas en Abya Yala, ya que permite desplazar la mirada hacia las condiciones históricas y culturales en las que las enfermeras viven, cuidan y producen conocimiento.¹¹

Pero hacerlo críticamente exige evitar otra simplificación: *el sur no es*, por definición, epistemológicamente emancipador, del mismo modo que *el norte no es*, por definición, epistemológicamente opresor. El problema aparece cuando cualquier conocimiento es descontextualizado y presentado como universal, sin reconocer las condiciones históricas que lo produjeron. La *autonomía epistemológica* no consiste, entonces, en sustituir una hegemonía por otra, sino en adquirir la capacidad de elegir, dialogar, adaptar, cuestionar y producir. Si la autonomía científica permite a la enfermería producir conocimiento, la dimensión política del cuidado permite comprender para qué se produce.

Cuidar nunca ocurre en el vacío; ocurre en hogares, hospitales, comunidades, instituciones y territorios atra-

vesados por desigualdades y desventajas. Cuidar se manifiesta cuando existen recursos suficientes y cuando escasean. Acontece ante la vulnerabilidad, la enfermedad, la dependencia, el envejecimiento y la muerte. Por ello, aunque el cuidado tenga una dimensión íntima y relacional, sus condiciones de posibilidad son también sociales.

Decir que el cuidado es político no significa convertir la enfermería en una actividad partidista. Significa reconocer que toda práctica de cuidado se desarrolla dentro de relaciones sociales en las que algunas necesidades son visibles y otras permanecen ocultas; en las que determinados problemas reciben recursos y otros esperan; en las que ciertas voces tienen capacidad para definir prioridades y otras apenas son escuchadas. Desde esta perspectiva, la autonomía profesional adquiere una dimensión pública. Una enfermera que ejerce juicio sobre el cuidado no está solamente ejecutando una competencia técnica; está participando, dentro de los límites de su responsabilidad profesional, en decisiones que afectan la dignidad, la seguridad y la vida de otra persona.

Esta dimensión política se vuelve especialmente evidente en contextos de desigualdad. El cuidado de quienes viven en condiciones de vulnerabilidad no puede comprenderse exclusivamente mediante variables clínicas. Requiere reconocer las condiciones sociales, culturales y materiales que producen o agravan esa vulnerabilidad. En este punto, la enfermería tiene una responsabilidad que excede la ejecución correcta de procedimientos: debe ser capaz de reconocer aquello que los procedimientos no alcanzan a nombrar.

Aquí es donde aparece la dimensión doméstica del cuidado. Antes de convertirse en profesión institucionalizada, buena parte de las prácticas de cuidado se desarrollaron en el ámbito cotidiano de los hogares. Recuperar esta dimensión no significa romantizar el trabajo doméstico ni desconocer su histórica distribución desigual. Significa recordar que el cuidado profesional no agotó el significado del cuidar. La experiencia cotidiana conserva conocimientos, prácticas y formas de relación que permiten comprender aquello que sucede cuando el cuidado deja de ser o no puede ser una tarea institucional y vuelve a la vida concreta de las personas.¹²

La cuestión política del cuidado comienza, quizás, cuando preguntamos quién sostiene la vida y en qué condiciones.

Cuando la tecnología empieza a definir el cuidado

La enfermería contemporánea enfrenta una paradoja. Nunca había dispuesto de tantas técnicas y herramientas para observar, registrar, predecir, protocolizar y decidir; y, al mismo tiempo, nunca había sido tan necesario preguntarse qué dimensiones del cuidado pueden perderse cuando aquello que no puede medirse comienza a considerarse menos relevante.

La *tecnología* y la *técnica* no son el enemigo del cuidado. Tampoco lo es la evidencia científica. La técnica forma parte del cuidado porque todo cuidar implica un saber hacer. La tecnología amplía las posibilidades de ese hacer. El problema comienza cuando la racionalidad tecnológica deja de estar al servicio del cuidado y empieza a determinar qué entendemos por él. Los protocolos pueden mejorar la seguridad y las tecnologías pueden ampliar las posibilidades diagnósticas, terapéuticas y comunicativas.

El cuidado no puede reducirse completamente a aquello que puede convertirse en indicador. Una relación humana no pierde su valor porque una parte de ella no pueda ser cuantificada; del mismo modo, la incertidumbre clínica no desaparece porque exista un algoritmo capaz de procesar miles de variables. La experiencia profesional tampoco se vuelve irrelevante porque exista evidencia científica disponible. Es importante, ante todo, considerar las experiencias y los contextos. Esto significa reconocer que la decisión de cuidar ocurre en un espacio donde convergen conocimiento científico, contexto, experiencia, valores, preferencias y juicio profesional.

La pregunta, por tanto, no debería ser si la enfermería debe ser tecnológica o humanista, si el cuidado se deshumaniza o se debe humanizar (el cuidado siempre es y será humano). Esa oposición resulta tan insuficiente como la antigua separación entre ciencia y cuidado. La cuestión es otra: ¿Quién decide para qué se utiliza la tecnología y qué dimensiones del cuidado quedan fuera de aquello que la tecnología puede reconocer?

La respuesta tiene consecuencias epistemológicas y políticas. Si un protocolo determina de manera absoluta qué constituye una práctica correcta, el profesional corre el riesgo de convertirse en ejecutor de una racionalidad que ya no puede interrogar; del mismo modo, si un indicador define el valor de una intervención, aquello que no puede registrarse puede terminar desapareciendo de la consideración institucional. En consecuencia, si un algoritmo participa en una decisión clínica, la autonomía profesional exige comprender, además del resultado, también sus límites.

El desafío, entonces, es utilizar la *tecnología* sin permitir que la racionalidad tecnológica determine el significado del cuidado. Quizá la *autonomía de la enfermería* no deba medirse solamente por cuánto ha conseguido diferenciarse de otras profesiones; tal vez podría medirse por su capacidad para interrogarse a sí misma. Preguntarse por el conocimiento que produce, los conceptos que utiliza, las voces que escucha y las experiencias que deja fuera. También por los problemas que considera relevantes, los modelos que acepta como universales, el lugar que concede al contexto, su concepción de la evidencia y el papel que reserva al juicio profesional. Finalmente, por el significado de cuidar en un contexto donde las instituciones tienden a transformar la complejidad humana en categorías administrables.

La enfermería requiere una ciencia capaz de dialogar con otras ciencias sin desaparecer en ellas. También requiere de profesionales capaces de utilizar evidencia sin convertirse en meros ejecutores de evidencias, así como tecnologías que amplíen las posibilidades del cuidado sin sustituir la relación que da sentido a ese cuidado. A ello se suma una formación doctoral orientada a producir investigadores, pero también intelectuales capaces de interrogar los fundamentos de aquello que investigan, y sobre todo, conservar la capacidad de reconocer que cuidar es una práctica situada.

Por eso, la pregunta “¿Enfermería hoy?” no puede responderse únicamente señalando cuánto hemos avanzado. También exige examinar qué hemos dejado atrás, qué hemos incorporado sin suficiente examen y qué todavía no hemos aprendido a nombrar.

La autonomía que reclama la enfermería no es aislamiento; es la capacidad de diálogo sin subordinación. Tampoco es rechazo del conocimiento externo; es la capacidad crítica para incorporarlo, transformarlo o cues-

tionarlo. No es oposición a la tecnología; más bien, es una decisión sobre sus fines. Por lo tanto, no implica abandono de la evidencia, sino comprensión de sus alcances y límites.

En último término, una enfermería autónoma no será aquella que tenga todas las respuestas. Será, en todo caso, la que pueda formular sus propias preguntas y sostenerlas con conocimiento, juicio y responsabilidad.

El cuidado, entonces, puede ser entendido como un acto científico-político porque cuidar supone producir conocimiento sobre la vida y actuar dentro de las condiciones que hacen posible o dificultan esa vida. La ciencia aporta herramientas para comprender; la ética orienta las decisiones; la política determina, en buena medida, las condiciones en las que esas decisiones pueden realizarse. Entre esas dimensiones se encuentra la enfermería.

Y, entonces, quizás ahí reside la pregunta que sigue abierta: ¿qué significa ser enfermería hoy cuando producir conocimiento, cuidar y ejercer autonomía son también actos políticos?

Nota del autor:

Para fines de una mejor comprensión y reflexión del texto en torno a la práctica de enfermería hoy, considerar los siguientes términos como:

- *Técnica*: Saber hacer; procedimiento; habilidad; forma concreta de realizar una acción
- *Tecnología*: Sistema de conocimientos, técnicas, dispositivos y procedimientos para intervenir y organizar la realidad
- *Racionalidad tecnológica*: Forma de comprender y organizar la realidad bajo criterios de eficiencia, control, cálculo, medición, previsibilidad y disponibilidad

Referencias

1. Altamira-Camacho R. Definición de Enfermería: repensar la disciplina desde los márgenes. *Index Enferm.* 2025;34(2). DOI: <https://doi.org/10.58807/indexenferm20257608>
2. Watson J. Opinion Paper: What is Nursing Science? Ontological – Epistemological Disciplinary Questions. *Adv Nurs Sci.* 2025;48(4). DOI: 10.1097/ANS.0000000000000587
3. Barrett EAM. What Is Nursing Science? *Nurs Sci Q.* 2002;15(1):51-60. DOI: 10.1177/089431840201500109
4. Im EO. Nursing Theories in the Current Sociopolitical Contexts of Nursing. *Adv Nurs Sci.* 2026. Ahead of print. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000624
5. Guedes dos Santos JL, Rodríguez-López JI, Ortiz-Anaya Y, Aponte Franco SM, Rodríguez-Martín D, Galbany-Estragués P, et al. Doctoral Education in Nursing in Ibero-America: An Analysis of Its Evolution and Perspectives for the Future. *J Adv Nurs.* 2025;0:1–10. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.70422>
6. Altamira Camacho, R. Epistemología de la enfermería: de las visiones del mundo y su adecuación al método científico. *Temperamentvm.* 2023;19:e14221. DOI: <https://doi.org/10.58807/tmptvm20235776>
7. Rumbo Prieto JM, Martínez Ques AA, Sobrido Prieto M, Raña Lama CD, Vázquez Campo M, Braña Marcos B. Implementar evi-

- dencias e investigar en implementación: dos realidades diferentes y prioritarias. *Enferm Clin.* 2016;26(6):381-386. DOI: 10.1016/j.enfcli.2016.10.002
8. Mijangos-Fuentes KI. Violencia epistémica: una realidad en la cotidianidad del profesional de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(1):e1527. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14366797>
 9. Herrera Justicia S. Recuperación y revitalización de los saberes populares en salud en la Andalucía rural contemporánea. *Revista PH.* 2026; 118: 356-358. DOI: <https://doi.org/10.33349/2026.118.6098>
 10. Peñuela Velásquez LA. La transdisciplinariedad más allá de los conceptos, la dialéctica. *Andamios.* 2005;1(2):43-77. <https://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v1n2/v1n2a3.pdf>
 11. Suárez-Baquero DFM. Nursing Epistemologies From the South: The Lived Experience of Nurses in Abya Yala Through Dussel's Lens. *Adv Nurs Sci.* 2025. Ahead of print. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000608
 12. Herrera Justicia S. El arte de cuidar en el hogar como acto de resistencia y autonomía *Cul Cuid.* 2026;30(72):1-4. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.30378>
-
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**
- Altamira-Camacho R. ¿Enfermería hoy? El cuidado como acto científico-político. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(4):e1701. doi: 10.5281/zenodo.23165380

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

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades No. 25, Dirección de Educación e Investigación en Salud. Monterrey, Nuevo León, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades No. 25, Dirección de Enfermería. Monterrey, Nuevo León, México

Número de Registro del Comité Local de Investigación en Salud 1901: R-2024-1901-035

Doi: 10.5281/zenodo.23165456

ORCID

0000-0002-4839-2598^a

0009-0004-2573-5158^b

0000-0001-7185-3252^c

Palabras clave (DeCS):

Empatía

Atención de Enfermería

Satisfacción del Paciente

Keywords (DeCS):

Empathy

Nursing Care

Patient Satisfaction

Correspondencia:

José Emeterio Burgos Jiménez

Correo electrónico:

jose.burgosj@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

18/08/2025

Fecha de aceptación:

14/01/2026

Resumen

Introducción: el *cuidado compasivo* es un proceso dinámico a lo largo de la trayectoria de la atención, mediante el cual se reconoce la singularidad del otro individuo y la voluntad de entrar en una relación en la que el conocimiento, las emociones, las fortalezas, las intuiciones, el sufrimiento del paciente y el profesional de la salud están involucrados.

Objetivo: determinar la relación entre la compasión hacia los demás por el personal de enfermería y la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria.

Metodología: estudio transversal analítico correlacional. Tamaño de muestra para correlación simple (IC95%), personal de enfermería (38) y pacientes (38). Se utilizó la escala de *Compasión hacia los demás* ($\alpha .8$) para personal de enfermería y la escala de *Atención compasiva* del Centro Schwartz ($\alpha .91$) para pacientes. Estadística descriptiva y correlación de Pearson.

Resultados: la edad promedio del personal de enfermería fue 35.8 años, género femenino 68%. La media de edad de los pacientes fue 45 años, promedio estancia hospitalaria 6 días. La autopercepción de la compasión por los demás se promedió en 73.04 y la atención compasiva percibida por los pacientes fue de 83.8. Correlación positiva débil ($r = 0.38$).

Conclusiones: la autopercepción del personal de enfermería respecto a la compasión por los demás se correlaciona positivamente con la experiencia percibida por el paciente durante la estancia hospitalaria.

Abstract

Introduction: Compassionate care is a dynamic process throughout the trajectory of care, through which the uniqueness of the other individual is recognized and the willingness to enter into a relationship in which the knowledge, emotions, strengths, intuitions, suffering of the patient and the health professional are involved.

Objective: Determine the relationship between compassion towards others by nursing staff and the patient's experience during their hospital stay.

Methodology: Cross-sectional analytical correlational study. Sample size for simple correlation (95%CI), nursing staff (38) and patients (38). The compassion towards others scale ($\alpha .8$) was used for nursing staff and the Schwartz Center compassionate care scale ($\alpha .91$) for patients. Descriptive statistics and Pearson correlation.

Results: The average age of the nursing staff was 35.8 years, female 68%. The average age of the patients was 45 years, average hospital stay 6 days. Self-perceived compassion for others averaged 73.04 and patient-perceived compassionate care was 83.8. Weak positive correlation ($r = 0.38$).

Conclusions: The self-perception of nursing staff regarding compassion for others is positively correlated with the experience perceived by the patient during the hospital stay.

Introducción

La enfermería es considerada como un acto de cuidar, en el cual el reconocimiento del otro y su dignidad humana fundamentan el cuidado como toda acción que contribuye a la ayuda ante la necesidad del otro. Es en esta interacción donde los valores humanos, éticos y científicos orientan el cuidado hacia la humanización y la compasión ante la fragilidad que representa la persona enferma. Tanto la empatía como la compasión son elementos esenciales para una atención de enfermería de calidad, respetando la dignidad humana; asimismo, la compasión en el cuidado ha sido relacionada con la confianza, la satisfacción y la pronta recuperación de los pacientes.¹

La compasión es la cualidad humana de entender o ser consciente del sufrimiento de los demás, acompañada del deseo de actuar para remediarlo mediante intervenciones culturalmente apropiadas y aceptables.² Ser compasivo es un estado afectivo que surge ante la percepción del sufrimiento, ya sea propio o ajeno, pero que va más allá del sentimiento empático e involucra el deseo de actuar para aliviar ese sufrimiento.³ Se manifiesta mediante acciones compasivas, como actos benevolentes, la amabilidad, el alivio del sufrimiento ajeno y la búsqueda del bienestar de los demás.⁴

En la práctica de la enfermería, la compasión es esencial para el cuidado, basado en tres factores principales: ser consciente de las emociones y sentimientos del otro, desarrollar una respuesta al sufrimiento y las experiencias, y estar motivado para aliviar ese sufrimiento.⁵ Así, el *cuidado compasivo* es un proceso dinámico a lo largo de la trayectoria de la atención, mediante el cual se reconoce la singularidad del otro individuo y la voluntad de entrar en una relación en la que el conocimiento, las emociones, las fortalezas, las intuiciones, el sufrimiento del paciente y el profesional de la salud están involucrados. El sufrimiento en las personas es una condición que lleva a los profesionales de la salud a actuar con calidez y empatía, a fin de proporcionar una atención individualizada acorde a las circunstancias únicas del paciente y su familia.⁶

Considerar el *cuidado compasivo* como una tendencia a socializar entre los profesionales de la enfermería nos enfrenta a la siguiente reflexión: ¿Cómo nos estamos relacionando con el paciente? Para comprender aspectos relacionados, como las expresiones de sensibilidad y respeto ante la problemática que enfrenta tanto el paciente como su familia, es fundamental practicar la escucha atenta de sus necesidades y responder en términos sencillos y

comprensibles, así como acompañar durante su proceso de hospitalización, estableciendo objetivos de cuidado y gestionando los recursos y actuaciones adecuadas para enriquecer su experiencia durante la hospitalización.^{7,8}

Históricamente, la compasión se ha considerado como algo innato e intuitivo en el personal de salud, especialmente en el personal de enfermería, donde a lo largo del tiempo se ha representado la relación entre la ciencia y el humanismo.⁹ Sin embargo, en la interacción con el paciente y con su familia, se reflejan actos que se alejan de la compasión.¹⁰ Al respecto, las principales quejas de insatisfacción en la atención son por el maltrato, especialmente en la consulta y en la atención hospitalaria, tanto a nivel local como nacional;¹¹ dicha situación representa un reto para analizar los factores que limitan la manifestación del humanismo en la interacción *enfermera-paciente* y cómo es percibida la atención, basándose en la experiencia del paciente durante su proceso de hospitalización.

Según el Instituto Beryl, la *experiencia del paciente* se define como *la suma de todas las interacciones moldeadas por la cultura de una organización que influyen en las percepciones del paciente a lo largo del proceso de atención. La experiencia humana en la atención médica se basa en las experiencias de los pacientes y sus familias, los miembros del personal sanitario y las comunidades a las que sirven.*

Indicadores como la satisfacción del paciente y los tiempos de espera para recibir la atención son esenciales para medir esta experiencia.¹² La satisfacción del paciente se evalúa principalmente en función de sus expectativas sobre la atención que espera recibir; elementos tangibles, como la infraestructura y los recursos, se combinan con elementos intangibles tan importantes como la empatía del personal de salud, el buen trato y la eficiencia del servicio.¹³ En este sentido, la compasión en el cuidado ha sido considerada por autores como María Blanco⁸ como un elemento clave en las actividades de todos los profesionales de la salud.

Para la gestión de los servicios de enfermería, es pertinente identificar las necesidades y expectativas del paciente, así como su percepción sobre el cuidado compasivo, que influye positivamente en la calidad de vida tanto del paciente como del personal de enfermería que presta el servicio. Cabe señalar que los pacientes valoran un trato amable y cálido, apoyo emocional, ser tratados por su nombre y de forma individualizada; mientras que para el personal de enfermería, ofrecer un trato compasivo implica dedicar más tiempo de atención al paciente y su familia, ser competente en el cuidado y contar con los

recursos necesarios para atender las necesidades de los pacientes. Cuando se reconocen las necesidades de los otros como válidas, se disminuye la percepción de carga y se aumenta el reconocimiento de los líderes ante el trabajo realizado.¹⁴

Las mediciones de los niveles de compasión en profesionales de enfermería¹⁵ muestran que la media de la dimensión de cuidado compasivo fue de 29.65 ± 9.83 ; así como el nivel de compasión en la unidad de cuidados intensivos de 72.21 ± 7.22 .¹⁶ Con relación a la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria,¹⁷ este fue un factor determinante para evaluar la calidad de la atención; sin embargo, los niveles de satisfacción no sobrepasan el 50% de los pacientes encuestados.

Lo anterior es relevante si se considera que la mejora en la experiencia del paciente y en la experiencia humana puede incidir en la percepción de la atención en los hospitales, tanto en términos de salud como económicos.¹⁸ Por ello, el propósito de este estudio fue determinar la relación entre la autopercepción de la compasión en enfermería y la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria.

Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico correlacional en el Hospital de Especialidades No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, con un tamaño de muestra de 38 participantes por grupo (IC95%) para una correlación simple y una técnica de muestreo no probabilística de serie consecutiva de casos. Se integró un grupo de personal de enfermería de los servicios de hospitalización, abarcando el total de categorías laborales, y un grupo de pacientes adultos hospitalizados con tres o más días de estancia hospitalaria.

Instrumentos de medición

La Escala de Compasión es un instrumento diseñado para medir la capacidad de una persona para ser compasiva hacia los demás. Incluye una serie de afirmaciones que los individuos deben evaluar en una escala de acuerdo o desacuerdo. El documento presenta la validación y desarrollo de esta escala, destacando su relevancia en la evaluación de la compasión en contextos de salud y bienestar.

Para caracterizar la variable compasión en enfermería, se utilizó la Escala de Compasión (CS) de Prommier *et al.*,¹⁹

que evalúa la compasión por los demás en cuatro dimensiones: *la atención plena*, es decir, el grado en que la persona reconoce el sufrimiento de los demás; *la motivación para aliviarlo*, conocido como amabilidad; *la humanidad compartida*, como comprensión de la universalidad del sufrimiento humano, y *la indiferencia*, que mide el grado de ignorar el dolor ajeno (anexo 1).

La escala cuenta con 16 ítems en escala de Likert (α .8) y los puntos de corte establecidos en tres niveles: compasión baja de 0 a 39 puntos (tendencia a la indiferencia), compasión media de 40 a 69 puntos (capacidad presente pero inconsciente) y compasión alta de 70 a 100 puntos (alta comprensión del sufrimiento de los demás y disposición para ayudar).

El modelo de atención compasiva de Schwartz

La atención sanitaria compasiva es una necesidad para el bienestar de los pacientes, sus familias y sus equipos de atención. Los factores clave integran la atención centrada en el paciente y la familia con el bienestar, la formación y el reconocimiento de los cuidadores y el equipo asistencial. Con la guía de líderes comprometidos en las organizaciones sanitarias, se incorpora la cultura de la compasión en la formación, la investigación y la prestación de cuidados, para ofrecer una atención segura, eficaz, equitativa y compasiva.

La escala de atención compasiva del Centro Schwartz (α .91) se utilizó para caracterizar la variable *experiencia del paciente durante su hospitalización*. Esta escala es unidireccional y permite al paciente otorgar calificaciones sobre las conductas compasivas del personal de salud durante la atención hospitalaria en aspectos como el trato humano, la escucha activa, la sensibilidad profesional, el respeto y la dignidad. Está integrada por 12 ítems con opción de respuesta del 1 al 10. La clasificación de la percepción de la atención compasiva se estableció con puntajes superiores a la media total del cuestionario (anexo 2).

Con autorización del comité de ética y de investigación R-2024-1901-035, se solicitó el consentimiento informado para la participación del paciente y del personal de enfermería. Mediante una técnica de aplicación autoadministrada de los instrumentos, se abordó al personal de enfermería durante su jornada laboral y a los pacientes, considerando que la relación enfermera-paciente haya sido al menos durante tres días.

El análisis estadístico para las variables sociodemográficas fue descriptivo, con medidas de tendencia central y

de variabilidad. Una vez corroborada la normalidad de la distribución de los datos en ambas muestras, se aplicó la prueba de correlación de Pearson. El nivel de significancia fue menor a 0.05.

Resultados

El promedio de edad del personal de enfermería adscrito a los servicios de hospitalización fue de 35.8 años, con predominio del género femenino (68%) y con escolaridad profesional (58%). Con relación a la categoría laboral, el 53% son de enfermería general, con una media de antigüedad laboral de 12 años. En cuanto a los pacientes, tienen una media de edad de 45 años, predominando el género femenino (53%), con un promedio de estancia hospitalaria de 6 días (**cuadro I**).

En el **cuadro II** se muestran los resultados obtenidos de la autoevaluación del personal de enfermería respecto a la *compasión hacia los demás*, con una media de 73.04 (DE = 10.5). En la dimensión de *amabilidad* fue de 73.1

(DE = 15); para la dimensión de *humanidad común* fue de 75 (DE = 12.7); en *atención plena*, de 78.3 (DE = 13.8), y en la percepción de *indiferencia*, de 65.6 (DE = 15.5). En referencia a los niveles de *compasión por los demás*, el 47.4% del personal de enfermería obtuvo un nivel medio de compasión, caracterizado por empatía y disposición para ayudar, aunque este es variable según la situación o estado emocional. El nivel alto de compasión se presentó en el 52.6%, asociado con un mayor reconocimiento del sufrimiento de los demás, la sensación de conexión y respuesta empática mediante conductas de cuidado y apoyo.

La percepción de los pacientes, evaluada con la Escala de Atención Compasiva del Centro Schwartz, mostró una media de 83.8 (DE 11.9). El 52.6% de las evaluaciones correspondió a una percepción de buena atención compasiva (**figura 1**).

La evaluación de la atención compasiva percibida por los pacientes muestra calificaciones de 80 o más. Cabe señalar que las calificaciones menores a 80 se dieron en aspectos como el hablar cómodamente de temas sensibles,

Cuadro I Caracterización de los grupos de estudio participantes

	Grupos de estudio	Personal de Enfermería		Pacientes	
	Variable	X (DE)		X (DE)	
	Edad	35.8 (7.7)		45 (13.2)	
	Antigüedad institucional	12.1 (5.9)		-	
	Días de estancia hospitalaria			6 (3.6)	
	Variable	n	%	n	%
Género	Femenino	26	68.4	20	52.6
	Masculino	12	31.6	18	47.4
Estado Civil	Casada/o	17	44.7	15	39.5
	Soltera/o	9	23.7	13	34.2
	Divorciada/o	7	18.4	2	5.2
	Unión Libre	5	13.2	3	7.9
	Divorciada/o			5	13.2
Escolaridad	Primaria			4	10.5
	Secundaria			6	15.8
	Preparatoria/Técnica	16	42.1	6	15.8
	Profesional	22	57.9	22	57.9
	Maestría	9	23.6		
Categoría laboral	Auxiliar de Enfermería	9	23.6		
	Enfermera General	20	52.8		
	Enfermera Especialista	9	23.6		
Turno laboral	Matutino	15	39.5		
	Vespertino	11	28.9		
	Nocturno	12	31.6		

Fuente: elaboración propia

Cuadro II Autoevaluación del personal de enfermería con la escala de compasión hacia los demás (n = 38)

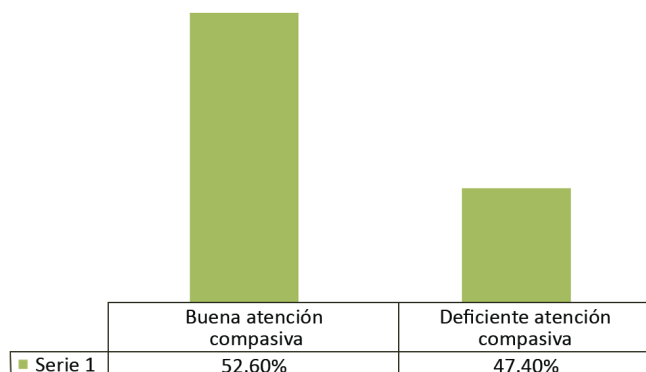
Dimensiones	Ítems	Calificación	X (DE)
Amabilidad	1. Si veo a alguien pasando por un momento difícil trato de cuidar a esa persona	78.1	73.1 ± 15
	2. Me gusta estar ahí para los demás en momentos de dificultad	79.6	
	3. Mi corazón esta con las personas que son infelices	58.6	
	4. Cuando otros sienten tristezas trato de consolarlos	75.9	
Humanidad común	5. Me doy cuenta de que todos se sienten deprimidos a veces, es parte del ser humano	68	75 ± 12.7
	6. Siento que es importante reconocer que todas las personas tienen debilidades y nadie es perfecto	84.9	
	7. Siento que el sufrimiento es solo una parte de la experiencia humana común	68	
	8. A pesar de mis diferencias con los demás, sé que todos sienten dolor como yo	79.3	
Atención plena	9. Presto mucha atención cuando otras personas me hablan de sus problemas	80.4	78.3 ± 13.8
	10. Me doy cuenta cuando la gente está molesta, incluso si no dicen nada	70.3	
	11. Escucho con paciencia cuando la gente me cuenta sus problemas	84.5	
	12. Cuando la gente me cuenta sus problemas, trato de mantener una perspectiva equilibrada de la situación	78.1	
Indiferencia	13. No me preocupan los problemas de los demás	67.2	65.6 ± 15.5
	14. Pienso poco en las preocupaciones de los demás	66.5	
	15. Trato de evitar a las personas que experimentan mucho dolor	62.7	
	16. Realmente no puedo conectarme con otras personas cuando están sufriendo	65.7	

Fuente: elaboración propia

emocionales o psicológicos (78.1) y si consideran que el personal de enfermería pasa suficiente tiempo con ellos (72.6). Es notable la calificación obtenida en los ítems: *el personal de enfermería le trata como a una persona* (91.8) y *el personal de enfermería muestra respeto por usted y su familia* (91.3) (cuadro III).

Se encontró correlación positiva de débil a moderada ($r = 0.38$) entre la autoevaluación del personal de enfermería respecto a la compasión hacia los demás y la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria (figura 2).

Figura 1 Percepción de los pacientes adultos hospitalizados acerca de la atención compasiva por personal de enfermería



Fuente: elaboración propia

Discusión

Con base en las tres dimensiones que definen la compasión como una interacción entre la conciencia, la empatía y la acción, según la Organización Mundial de la Salud, se puede hacer una analogía con la tríada de la competencia clínica del saber, el hacer y el ser, como un proceso vital en la atención de la salud. Esto implica comprender el sufrimiento de los otros y acompañar con acciones clínicamente eficaces para ofrecer una atención más segura, más eficaz y plenamente centrada en el paciente. En este sentido, se sitúa la investigación y evaluación continua, fundamental para medir el impacto de una atención compasiva y sus resultados en salud.²⁰

Por su parte, los pacientes han destacado la compasión como una respuesta virtuosa que, a través de la acción y la comprensión relacional, busca abordar el sufrimiento y las necesidades de la persona.²¹

La calificación promedio de la compasión hacia los demás por parte del personal de enfermería contrasta con lo reportado por Yolanda Dávila Pontón¹⁴ y es similar a los resultados de Ahmet Özan y Elham Zarrinkolah²² en su estudio sobre la relación entre la competencia compasiva, las conductas de cuidado y el compromiso profesional entre estudiantes de enfermería; encontraron una relación positiva entre la compasión y las actitudes en el

Cuadro III Percepción de los pacientes acerca de la atención compasiva por personal de enfermería (n = 38)

Pregunta	Calificación
1. El personal de enfermería expresa sensibilidad, cariño y compasión por su situación	83.6
2. El personal de enfermería se esfuerza por comprender sus necesidades emocionales	80
3. El personal de enfermería considera el efecto de su enfermedad en usted y su familia	80.5
4. El personal de enfermería le escucha atentamente	83.9
5. El personal de enfermería le transmite la información de una manera que es comprensible para usted	89.4
6. El personal de enfermería se ha ganado su confianza	85.7
7. El personal de enfermería lo involucra en las decisiones sobre su tratamiento y cuidado	86.5
8. El personal de enfermería le permite hablar cómodamente de temas sensibles, emocionales o psicológicos	78.1
9. El personal de enfermería le trata como a una persona	91.8
10. El personal de enfermería muestra respeto por usted y su familia	91.3
11. El personal de enfermería le brinda la información que usted solicita de manera oportuna y sensible	81.8
12. El personal de enfermería pasa suficiente tiempo con usted	72.6
Media 83.7 ± 11.9	

Fuente: elaboración propia

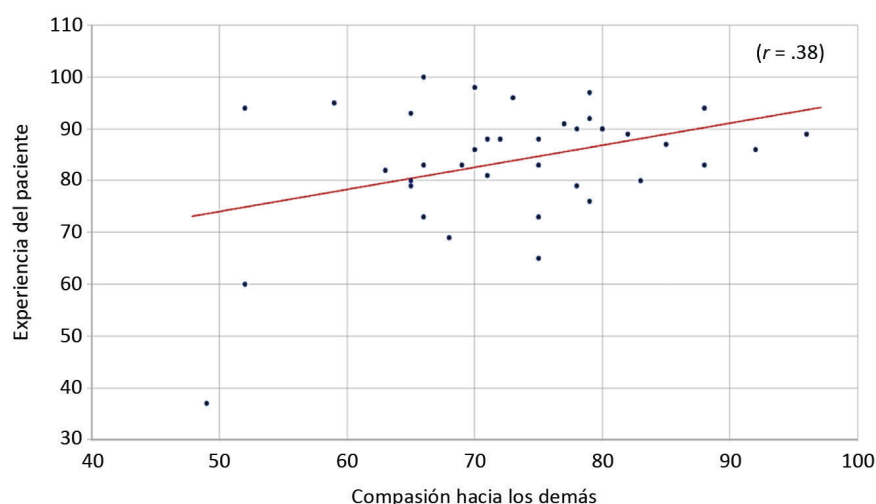
cuidado de enfermería, y destacaron la trascendencia de la *competencia de compasión* para la mejora de la calidad de la atención de los pacientes y como herramienta que promueve el compromiso profesional.

En cuanto a la percepción de los pacientes sobre la atención compasiva, se encontraron coincidencias con el estudio de Shayan Nikpey,²³ quien midió el nivel de atención compasiva desde la perspectiva de los pacientes en hemodiálisis, y con lo reportado por Agmas Wassie Abate²⁴ al evaluar la atención compasiva percibida entre pacientes con enfermedades mentales en un hospital

especializado; el nivel predominante reportado por los pacientes en el presente estudio fue de buena atención compasiva.

Coinciden las fortalezas percibidas por los pacientes, quienes refieren sentirse tratados como personas y con un trato respetuoso hacia ellos y sus familiares. Es relevante que en dos dimensiones, como la *humanidad común*, se reconozca la importancia de considerar la debilidad y falibilidad en el ser humano; así como en la atención plena, donde se destaca la atención y la escucha paciente cuando alguna persona les manifiesta sus problemas.

Figura 2 Autoevaluación del personal de enfermería acerca de la compasión hacia los demás y la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria



Fuente: elaboración propia

Si bien la compasión involucra la comprensión del estado emocional ajeno, asociada a un deseo de aliviar o reducir el sufrimiento del otro,²⁵ la indiferencia se define como la falta de interés hacia los acontecimientos del entorno y la inacción. Al respecto, se identificaron áreas de oportunidad en la dimensión de *indiferencia*, principalmente en la falta de conexión y en evitar a las personas que están experimentando dolor; lo cual coincide con la percepción del paciente respecto a que el personal no pasa el suficiente tiempo con ellos y no se sienten lo suficientemente escuchados en temas sensibles, emocionales o psicológicos.

Para Carmen Ferrer Armado,²⁶ frases como “*eso a mí no me toca*” o “*no es mi responsabilidad*” perpetúan la indiferencia y reflejan la falta de trabajo en equipo, imposibilitando el cambio; destaca que la indiferencia se combate con el compromiso y sitúa el papel de los líderes como fundamentales en el desarrollo de las competencias compasivas. Es importante reflexionar si esta indiferencia responde únicamente a una cuestión actitudinal o si factores estructurales, como la sobrecarga de trabajo o las presiones de tiempo, influyen en la misma.

Se reconoce la importancia de la compasión *hacia los demás* como el pilar de la interacción entre enfermera y paciente, porque promueve la reflexión sobre esta realidad en el contexto hospitalario y cómo se pueden mejorar las percepciones de los pacientes sobre la atención compasiva. En este sentido, existen enfoques como el de Liliana Marcela Reina Leal,²⁷ quien diseñó e implementó una intervención de entrenamiento en competencia cultural y compasiva, mediada por una estrategia de atención plena y contemplativa para fomentar el cuidado de sí mismo y para cuidar de otros; de esta forma, se favorece la aceptación de las intervenciones y la inducción a la acción.

Por su parte, Luis Eduardo Pinchao Benavidez²⁸ plantea cuatro fundamentos de la educación para la vida compasiva, que van más allá de la competencia científica y destacan la responsabilidad en la *educación humanista, el crecimiento de las habilidades sociales, la preocupación por la humanidad y la apertura hacia los demás*. En esta lógica, se implican procesos curriculares transversales sistemáticos y deliberados para la formación y educación continua de la vida compasiva. Asimismo, se requiere un estatus de conciencia de los sentimientos que nacen de la observación del entorno, así como interpretar, evaluar y emitir juicios proactivos que reflejen una práctica compasiva para mejorar el bienestar de los demás.

Sin lugar a dudas, la educación es el proceso fundamental para la transformación de cualquier organización,

pero no el único. Hablar de la compasión en el cuidado de enfermería resalta el concepto de liderazgo compasivo, por su efecto positivo en la experiencia del paciente, en los resultados de la organización y en el compromiso personal con las prácticas del líder, como la escucha atenta de su personal, abogar por sus derechos en relación con el cumplimiento de la normatividad, reivindicar sus condiciones laborales y reconocer la humanidad en el trabajador. De esta forma, se aprende y fortalece la experiencia de la interacción en un contexto recíproco de emociones, sentimientos y significados de una educación y un liderazgo compasivo.²⁸ La comunicación efectiva, las reuniones frecuentes con el equipo en un ambiente laboral armonioso, y una relación de confianza y apoyo proporcionarán al trabajador una sensación de tranquilidad.²⁹ La finalidad es brindar una atención amable, empática, proactiva, inteligente y, sobre todo, que culturalmente reconozca en la humanidad común la experiencia de aquel que pone su salud en nuestras manos.

Por lo anterior, es importante promover las prácticas compasivas en el cuidado de enfermería a través de una educación que incluya de manera sistemática e intencionada las competencias transversales en los planes curriculares, así como un liderazgo compasivo transformacional para crear un ambiente laboral que favorezca el trato digno y humanizado tanto hacia el paciente como hacia los compañeros de trabajo.

Cabe mencionar que una limitante del estudio fue el tiempo del que dispone el personal de enfermería para responder la escala durante la jornada laboral, así como el criterio de tiempo en la interacción enfermera-paciente por más de tres días, debido a los días de descanso del personal. La temática del estudio fue considerada de interés tanto por el personal de enfermería participante como por los pacientes, quienes manifestaron una buena atención de enfermería.

Conclusiones

La autopercepción del personal de enfermería respecto a la compasión se correlaciona positivamente con la experiencia percibida por el paciente durante su estancia hospitalaria. Se destaca el reconocimiento de la humanidad compartida, así como el respeto hacia el paciente y su familia. No obstante, se identifican áreas de oportunidad, como la necesidad de disminuir la indiferencia y favorecer un mayor tiempo de interacción enfermera-paciente.

Con base en estos hallazgos, se resalta la importancia

de promover microambientes compasivos en el cuidado, que fomenten la empatía y una respuesta activa ante las necesidades del paciente. En este contexto, el liderazgo compasivo, la adecuación de los entornos y la disponibilidad de recursos se posicionan como elementos clave para fortalecer este tipo de atención.

Referencias

1. Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz* [Internet]. 2022 [citado el 11 de mayo de 2026];11(1):e2635. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/download/2635/2516>
2. Santana Ramos H, Morales Gázquez MJ. La importancia de la compasión en enfermería. *Ene* [Internet]. 2021 [citado el 11 de mayo de 2026];15(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000200010
3. Tala TÁ. Compasión en salud: Una mirada a su pasado, presente y futuro. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2023;61(1):127–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272023000100127>
4. Acciones compasivas: Simbolismo y significado [Internet]. *Wisdomlib.org*. 2025 [citado el 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.wisdomlib.org/es/concept/acci%C3%B3n-compasiva>
5. ¿Cuál es el papel de la compasión en la atención sanitaria? [Internet]. Universidad Nazarena de Point Loma. [citado el 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.pointloma.edu/resources/nursing/compassion-healthcare>
6. Universidad de Navarra. Cuidado compasivo e investigación cualitativa. (Internet). Instituto Cultura y Sociedad. 2019 (citado 27 de febrero de 2024). Disponible en: <https://www.unav.edu/documents/2832169/2940626/cuidado-compasivo.pdf>
7. Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz* [Internet]. 2021 [citado el 11 de mayo de 2026];10(1):03–17. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/download/2124/2276>
8. Rodríguez AM, Lown BA. Measuring compassionate healthcare with the 12-item Schwartz Center Compassionate Care Scale. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(9):e0220911. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0220911>
9. Esquivel Garzón N, Olivella M, Bastidas CV. Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado: Una reflexión acerca del cuidado que brinda la enfermería. *Rev Latinoam Bioet* [Internet]. 2022 [citado el 11 de mayo de 2026];22(2):39–49. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022022000200039
10. Blanco M, Guevara B, Mejías M. La compasión como elemento clave de la práctica profesional en las instituciones de salud. *Benessere* (Internet) Enero – diciembre 2021 (Citado 7 de mayo de 2024). 6 (1) 11. Disponible en: <https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/3039/2911>
11. Dirección de operación y evaluación unidad de atención a la derechohabiente. Informe de peticiones relacionadas con trámites y servicios de la dirección de prestaciones médicas. Instituto mexicano del Seguro Social. 2024 (citado 7 de mayo de 2025)
12. Santamaria N. Experiencia del Paciente: ¿Qué es y cómo impacta en la mejora de la salud? [Internet]. *Lukkap*. 2024 [citado el 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.lukkap.com/articulo/experiencia-del-paciente/>
13. Castelo W, Cueva J, Castelo A. Satisfacción del paciente: ¿Qué se debe saber? *Pol. Con.* (Internet). 6 de junio de 2022 (Citado 7 de mayo de 2025). 7 (6) 176–198. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4068/9521>
14. Suárez Cadavid E, Restrepo Arango J, Lemos Hoyos M, Sanchez Zapata P. Percepciones e implicaciones del cuidado compasivo en una institución hospitalaria especializada de Medellín. *Rev Criterios* [Internet]. 2024 [citado el 11 de mayo de 2026];31(2):110–27. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/Criterios/article/view/3689>
15. Dávila P, Díaz V, Montero B, López J, Reyes A, Calzadilla A. La empatía de los enfermeros con los pacientes en los hospitales públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. (Internet). 2023. (Citado. 4 de marzo de 2024) 31: e3968. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8FkSJ6JkWG58PxTBYQn8RTw/?format=pdf&lang=es>
16. Özan A, Polat H. Determination of compassion and Compassion Fatigue in intensive care nurses. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2024;10:23779608241247395. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/23779608241247395>
17. Sánchez Quispe D, Ortiz Romaní KJ, Portocarrero Reátegui T, Ortiz Montalvo YJ. Experiencia y satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería en el servicio de emergencias. *Enferm Cuid Humaniz* [Internet]. 2024 [citado el 11 de mayo de 2026];13(2):e3991. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062024000201212&lng=pt&nrm=iso&tling=es
18. La Importancia de la Experiencia del Paciente [Internet]. *Ratenow.es*. 2025 [citado el 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.ratenow.es/Articulo/53/la-importancia-de-la-experiencia-del-paciente>
19. Pommier, E., Neff, KD, y Tóth-Király, I. Desarrollo y validación de la Escala de Compasión. (Internet) 2020 (Citado 7 de mayo de 2025) 27 (1), 21–39. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1073191119874108>
20. Compassion and primary health care [Internet]. *Who.int*. World Health Organization; 2025 [citado el 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240105249>
21. Malenfant S, Jaggi P, Hayden KA, Sinclair S. Compassion in health-care: an updated scoping review of the literature. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2022;21(1):80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-022-00942-3>
22. Zarrinkolah E, Ghafourifard M, Dehghannezhad J. The relationship

- between compassion competence, caring behaviours, and professional commitment among nursing students: a cross-sectional study. BMC Med Educ [Internet]. 2025;25(1):671. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-025-07253-0>
23. Nikpey S, Ghafourifard M, Ghahramanian A. The association of compassionate care and coping with disease among patients undergoing hemodialysis. Ren Replace Ther [Internet]. 2023;9(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s41100-023-00499-8>
 24. Abate AW, Menberu M, Belete H, Ergetie T, Teshome AA, Chekol AT, et al. Perceived compassionate care and associated factors among patients with mental illness at Tibebe Ghion specialized and Felege Hiwot comprehensive specialized hospital, Northwest Ethiopia. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023;23(1):650. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09665-4>
 25. Klos C, Lemos V. Adaptación y validación de un instrumento para evaluar el constructo compasión. Revista Evaluar (Internet) 26 febrero 2018 (Citado: 22 de julio de 2025). 18 (2); 31–44. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/20801/20419>
 26. Ferrer-Armando C. Las consecuencias de la indiferencia y la falsa innovación: el empobrecimiento de las organizaciones [Internet]. New Medical Economics. 2021 [citado el 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.newmedicaleconomics.es/las-consecuencias-de-la-indiferencia-y-la-falsa-innovacion-el-empobrecimiento-de-las-organizaciones/>
 27. Reina-Leal LM. Diseño y evaluación preliminar de un entrenamiento en competencia cultural y compasiva para enfermeras y auxiliares de enfermería de servicios de hospitalización [Internet]. Edu.co. 2020 [citado el 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/items/78d94dcc-d203-416c-8056-a102f5acda86>
 28. Pinchao-Benavidez LE. Educar para la vida compasiva: Uno de los mayores desafíos para los educadores de hoy (Internet). Revista UNIMAR. 2020. (Citado 22 de julio de 2025) 38(2), 245-266. DOI: <https://doi.org/10.31948/Rev.unimar/unimar38-2-art10>
 29. López-Díaz L, Piratoba-Hernández B, Velásquez Gutiérrez V, Rodríguez Gómez V, Papadopoulos I. Compassionate practices for nurse managers in Colombia. Aquichan [Internet]. 2022 [citado el 11 de mayo de 2026];22(2):1–17. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17809>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Burgos-Jiménez JE, Moreno-Caballero EM, Ortiz-Arce CS. Cuidado de enfermería: Compasión hacia los demás y experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(4):e1581. doi: 10.5281/zenodo.23165456

Anexo 1 Escala de compasión

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Presto mucha atención cuando otras personas me hablan de sus problemas				
2. Si veo a alguien pasando por un momento difícil, trato de ser amable con esa persona				
3. Me desprecio de los problemas de los demás				
4. Me doy cuenta de que todo el mundo se siente mal a veces, forma parte del ser humano				
5. Me doy cuenta de cuando la gente está disgustada, aunque no digan nada				
6. Me gusta estar ahí para los demás en momentos de dificultad				
7. Pienso poco en las preocupaciones de los demás				
8. Creo que es importante reconocer que todas las personas tienen debilidades y que nadie es perfecto				
9. Escucho con paciencia cuando la gente me cuenta sus problemas				
10. Mi corazón “está” con las personas que son infelices				
11. Trato de evitar a las personas que experimentan mucho dolor				
12. Siento que el sufrimiento es sólo una parte de la experiencia humana común				
13. Cuando la gente me cuenta sus problemas, intento mantener una perspectiva equilibrada de la situación				
14. Cuando los demás sienten tristeza intento consolarlos				
15. No puedo conectar realmente con otras personas cuando están sufriendo				
16. A pesar de mis diferencias con los demás, sé que todos sienten dolor igual que yo				
Esquema de codificación:				
• Ítems de amabilidad: 2, 6, 10, 14 • Ítems de humanidad compartida: 4, 8, 12, 16 • Ítems de atención plena (mindfulness): 1, 5, 9, 13 • Ítems de indiferencia (puntuación invertida): 3, 7, 11, 15				
Nota: Para calcular la puntuación total de compasión, obtenga la media general de todos los ítems.				

Referencia: Pommier E, Neff KD, Toth-Kiraly I. The development and validation of the Compassion Scale. Assessment. 2020;27(1),21-39.

Anexo 2

Escala de Atención Compasiva del Schwartz Center (Schwartz Center Compassionate Care Scale®)

Escala de Atención Compasiva del Schwartz Center (Versión para el paciente)®

La atención compasiva implica establecer una buena relación con los pacientes y sus familias, así como reconocer y abordar sus preocupaciones y su malestar. La atención compasiva por parte de los profesionales de la salud es fundamental para una atención médica de alta calidad.

Por favor, responda a las siguientes preguntas en relación con la enfermera (o) que estuvo a cargo de su atención durante su reciente hospitalización.

En una escala del 1 al 10, donde 1 significa «sin éxito alguno» y 10 significa «con mucho éxito», ¿con qué éxito la enfermera (o)...?

Pregunta	Calificación									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. El personal de enfermería expresa sensibilidad, cariño y compasión por su situación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. El personal de enfermería se esfuerza por comprender sus necesidades emocionales	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. El personal de enfermería considera el efecto de su enfermedad en usted y su familia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. El personal de enfermería le escucha atentamente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. El personal de enfermería le transmite la información de una manera que es comprensible para usted	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. El personal de enfermería se ha ganado su confianza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. El personal de enfermería lo involucra en las decisiones sobre su tratamiento y cuidado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. El personal de enfermería le permite hablar cómodamente de temas sensibles, emocionales o psicológicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. El personal de enfermería le trata como a una persona	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. El personal de enfermería muestra respeto por usted y su familia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. El personal de enfermería le brinda la información que usted solicita de manera oportuna y sensible	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. El personal de enfermería pasa suficiente tiempo con usted	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Autoevaluación reflexiva de personal de enfermería para mejorar las competencias clínicas en la valoración de mujeres con preeclampsia

Investigación
Vol. 34
Núm. 4

Reflective self-assessment by nursing staff to improve clinical competencies in the assessment of women with preeclampsia

Wendy Jiménez-López^{1a}, Eduardo Velázquez-Moreno^{2b}, Luvia Velázquez-López^{3c}, Graciela González-Juárez^{4d}, María Juana Montes-Martínez^{1e}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona 1-A Rodolfo Antonio de Mucha Macías, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Ciudad de México, México

²Universidad ICEL (International College for Experienced Learning), Campus Ermita, Carrera de Enfermería. Ciudad de México, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional Carlos MacGregor Sánchez Navarro, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. Ciudad de México, México

⁴Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Programa de Maestría y Doctorado en Enfermería. Ciudad de México, México

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del IMSS-2018-3701-036

Doi: 10.5281/zenodo.23165508

Resumen

ORCID

0000-0001-6797-8853^a

0000-0003-4630-4758^b

0000-0002-1189-3399^c

0000-0003-4998-3653^d

0009-0002-1064-7978^e

Palabras clave (DeCS):

Competencia Clínica
Programa de Autoevaluación
Enfermería Obstétrica
Preeclampsia

Keywords (DeCS):

Clinical Competence
Self-Evaluation Programs
Obstetric Nursing
Pre-Eclampsia

Correspondencia:

Eduardo Velazquez Moreno

Correo electrónico:

eduardovemo3@gmail.com

Fecha de recepción:

14/11/2025

Fecha de aceptación:

21/05/2026

Introducción: la enfermería obstétrica desempeña un rol crucial como la primera línea para la aplicación de protocolos de respuesta rápida como el Triage Obstétrico y el Código Máter.

Objetivo: determinar la efectividad de una intervención educativa de autoevaluación reflexiva con el fin de analizar el desarrollo de competencias clínicas del personal de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia.

Metodología: estudio preexperimental pretest y posttest con una intervención educativa en un grupo de 40 enfermeras. Se utilizó el instrumento de Autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel, estructurado con 5 competencias esenciales y 32 ítems y consistencia interna de $\alpha = 0.923$. Análisis descriptivo e inferencial.

Resultados: las competencias clínicas de procedimientos invasivos ($p = 0.010$) y estado hídrico ($p = 0.027$) fueron estadísticamente significativas. Al comparar las competencias con otras variables de interés, se encontró diferencia significativa en la competencia de procedimientos invasivos ($p = 0.028$) con el grado académico.

Conclusión: la intervención educativa con personal de enfermería enfocada en la autoevaluación reflexiva demostró ser una estrategia efectiva para consolidar e incrementar el dominio de las competencias clínicas de carácter técnico-procedimental, con base en la mejora estadísticamente significativa de las dimensiones críticas de *procedimientos invasivos* y *estado hídrico*.

Abstract

Introduction: Obstetric nursing plays a crucial role on the front lines of implementing rapid response protocols, such as Obstetric Triage and the "Código Mater" (Maternal Code).

Objective: To determine the effectiveness of an educational intervention based on reflective self-assessment in analyzing the development of clinical competencies among nursing staff during the assessment phase for women with preeclampsia.

Methodology: A pre-experimental pretest-posttest study involving an educational intervention with a group of 40 nurses. The study utilized the "Nursing Self-Assessment in the Assessment of Women with Preeclampsia" instrument—designed for a secondary-level hospital—which comprises 5 essential competencies and 32 items, with an internal consistency of $\alpha = 0.923$. Descriptive and inferential analyses were performed.

Results: Improvements in clinical competencies regarding invasive procedures ($p = 0.010$) and fluid status ($p = 0.027$) were statistically significant. When comparing competencies with other variables of interest, a significant difference was found regarding the invasive procedure's competency ($p = 0.028$) in relation to academic degree.

Conclusion: An educational intervention for nursing staff focused on reflective self-assessment proved to be an effective strategy for consolidating and enhancing mastery of technical-procedural clinical competencies, as evidenced by statistically significant improvements in the critical dimensions of invasive procedures and fluid status.



Introducción

La preeclampsia es definida como un trastorno multisistémico y multiorgánico que complica el embarazo, caracterizándose principalmente por la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación.^{1,2} Pese a los avances en la atención obstétrica, la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo se mantienen como una de las principales causas de morbilidad, mortalidad materna y perinatal a nivel global.³ Dichos trastornos hipertensivos son la causa de aproximadamente el 16% de las muertes maternas a nivel mundial⁴ y esta proporción puede duplicarse en países en desarrollo, llegando a ser la segunda causa de muerte materna en regiones como América Latina y el Caribe.^{5,6}

En México, los trastornos hipertensivos representan un problema crítico de salud pública y una de las primeras causas de muerte materna absoluta. Datos oficiales de la Dirección General de Epidemiología revelan que la preeclampsia y la eclampsia concentran de manera persistente entre el 15% y 20% de los decesos maternos anuales en el país.⁷ En este contexto, en los lineamientos de la Secretaría de Salud se enfatiza que la identificación oportuna, en el segundo nivel de atención, de los factores de riesgo y los criterios de severidad constituye el eslabón más vulnerable para prevenir desenlaces fatales.⁸

La mortalidad se relaciona directamente con el desarrollo de complicaciones severas como la eclampsia, el síndrome de HELLP y la lesión renal aguda; todas dependen de una valoración y manejo oportunos.⁹ La magnitud y trascendencia radican en que la progresión hacia dichos estados críticos depende, en su totalidad, de la oportunidad y precisión de la valoración inicial. Una competencia clínica deficiente o tardía en el escrutinio de signos predictivos no solo perpetúa el subdiagnóstico, sino que también retrasa la activación de protocolos de emergencia, elevando exponencialmente los costos institucionales y los años de vida perdidos por incapacidad o muerte materna. Ante este panorama, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos en México han fortalecido los sistemas de salud¹⁰ con enfoque en la formación y mejora de las habilidades del personal de enfermería como una estrategia costo-efectiva para la reducción de la mortalidad materna.^{11,12}

La enfermería obstétrica desempeña un rol crucial como primera línea de defensa para la identificación temprana, la monitorización continua y la aplicación de protocolos de respuesta rápida como el Triage Obstétrico¹³

y el Código Mater.¹⁴ Por lo tanto, para el desempeño de estas funciones se requiere una competencia clínica robusta, especialmente en la fase de valoración de la preeclampsia con la medición precisa de los signos vitales,¹⁵ incluida la tensión arterial y el balance hídrico; así como el reconocimiento de síntomas sutiles y la ejecución segura de procedimientos invasivos alineados con las guías de práctica clínica actualizadas.^{16,17}

Al respecto, diversas metodologías de capacitación han demostrado ser efectivas en el fortalecimiento de competencias para la salud materna, como la simulación clínica,¹⁸ la educación basada en casos¹⁹ y los programas formativos multimodales.²⁰ Sin embargo, se ha identificado una brecha en la literatura: el número de estudios que abordan la mejora de la valoración de la mujer con preeclampsia es limitado, específicamente como una competencia clínica medible y estructurada.^{21,22} En este sentido, una herramienta clave en la adquisición de experiencia es el proceso de autoevaluación, que permite a los profesionales reflexionar críticamente sobre su propio desempeño,²³ como un punto de partida fundamental para medir la competencia previa a la intervención y construir aprendizajes significativos.^{24,25}

Al mismo tiempo, la teoría de Patricia Benner, conocida como el modelo de “Principiante a Experto” (*From Novice to Expert*), describe cómo los profesionales de enfermería adquieren habilidades clínicas y juicio práctico a través de la experiencia acumulada. Su relevancia consiste en distinguir objetivamente la etapa de la trayectoria del personal de enfermería, diferenciando el conocimiento derivado de la experiencia de la mera aplicación de reglas.^{26,27}

Cabe señalar que la fase empírica del presente estudio y la recolección de los datos cuantitativos se llevó a cabo en el año 2019. El marco teórico, el estado del arte y la discusión de esta investigación fueron rigurosamente actualizados y validados con literatura científica publicada hasta el año 2024. Esta actualización garantiza que el contraste de nuestros hallazgos se mantiene en total vigencia conceptual y pertinencia frente a los estándares internacionales y nacionales de la práctica de enfermería contemporánea.

En esta lógica, la brecha de conocimiento local se define con mayor precisión en el contexto de los hospitales de segundo nivel en la Ciudad de México, con la ausencia de evidencias científicas publicadas que evalúen el impacto de intervenciones formativo-reflexivas basadas en el binomio de la autoevaluación guiada y el modelo de Benner, y enfocadas en la mejora de la competencia procedimental en la valoración de la preeclampsia.²⁸

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue determinar la efectividad de una intervención educativa teórico-práctica fundamentada en la autoevaluación reflexiva y el modelo de Patricia Benner, con el fin de analizar el desarrollo de la competencia clínica del personal de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia.

Metodología

Para una comprensión integral del flujo intrahospitalario de la paciente, el estudio integró de manera lógica y secuencial los servicios de la Unidad Tocoquirúrgica (primer contacto de urgencia médica), el Quirófano (resolución quirúrgica), la Unidad de Cuidados Intensivos (manejo de la complicación crítica) y el servicio de Gineco-Obstetricia (seguimiento posquirúrgico y puerperal) en un hospital de segundo nivel de atención de la Ciudad de México.

Diseño del estudio

El propósito fundamental de este diseño fue evaluar el efecto de una intervención educativa orientada a la autoevaluación reflexiva para analizar el desarrollo de la competencia clínica de enfermería durante la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.

Se realizó un estudio con diseño preexperimental pretest y posttest con un solo grupo. Aunque este abordaje metodológico comparte principios con la investigación cuasiexperimental al manipular una variable independiente (intervención educativa) sin asignación aleatoria, la inclusión de un grupo único intacto y preexistente delimita su taxonomía precisa dentro de los preexperimentos; una adecuación metodológica ampliamente permisible y rigurosa en entornos de educación médica y clínica de campo donde la conformación de un grupo control no es factible ni ética.

Para salvaguardar rigurosamente el principio bioético de confidencialidad y mantener el anonimato institucional, el estudio se llevó a cabo en un hospital de segundo nivel de atención perteneciente al sector público de la Ciudad de México. La aplicación de la medición basal (pretest) se efectuó del 05 al 08 de febrero de 2019, mientras que la medición final (posttest) se ejecutó tres meses posteriores a la culminación de la fase educativa.

Población y muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia o intencional, seleccionando activamente a los sujetos que cumplieran con los criterios de elegibilidad dentro de los servicios participantes. El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de estimación de proporciones para un solo grupo, con base en una diferencia esperada del 60%, un poder estadístico del 80% y un nivel de confianza del 95%, lo que determinó una muestra final de 40 participantes.²⁹

Se incluyó a personal de enfermería con contratación de base, con categoría laboral de enfermera general, enfermera especialista y enfermera jefa de piso, de los turnos laborales matutino, vespertino y nocturno; dicho personal se desempeñaba en la atención directa para la identificación y manejo de mujeres con preeclampsia en los servicios de Gineco-Obstetricia, Unidad Tocoquirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Quirófano.

No se incluyó a personal de enfermería en periodo vacacional, beca íntegra, licencia médica, comisión sindical o institucional, falta injustificada, con categoría laboral de auxiliar de enfermería, ni a quienes manifestaron su deseo explícito de no participar. Como criterios de eliminación, se estipuló el retiro de los instrumentos de medición con respuestas incompletas en al menos un 90% o que no completaran el 90% de asistencia a la intervención educativa.

Variables de estudio

La variable de intervención fue la estrategia educativa orientada a la autoevaluación reflexiva.

Las variables dependientes e intervinientes recolectadas correspondieron a cuatro ejes analíticos fundamentales: *variables sociodemográficas* (edad y sexo), *variables profesionales* (grado académico máximo alcanzado: licenciatura, especialidad, maestría), *variables laborales* (tipo de contratación de base, categoría laboral: enfermera general, enfermera especialista, enfermera jefa de piso), turno laboral asignado (matutino, vespertino, nocturno) y servicio de adscripción actual, y *variables de capacitación* (historial de cursos o talleres previos recibidos sobre trastornos hipertensivos del embarazo y herramientas de respuesta rápida obstétrica).

Programa de intervención educativa

La intervención educativa tuvo una duración total de 14 horas presenciales. Para el desarrollo temático se uti-

lizó el método de conferencia participativa combinado con talleres de análisis de casos y dinámicas reflexivas de autoevaluación.

Los ejes teóricos estructurados metodológicamente fueron: normatividad legal vigente en preeclampsia, gestión del cuidado de enfermería, autoevaluación consciente y la competencia clínica basada en el modelo teórico de Patricia Benner (principiante a experto).³⁰

Para asegurar el rigor científico y pedagógico, la intervención fue coordinada por un equipo colaborativo transdisciplinar integrado por un médico ginecólogo experto en alta especialidad obstétrica, una enfermera especialista perinatal responsable de abordar de forma procedimental el Triage Obstétrico, el Código Máter y las funciones del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica; un licenciado en enfermería y obstetricia enfocado en la normatividad legal mexicana en el embarazo; una enfermera especialista intensivista con dominio en el Proceso de Atención de Enfermería, farmacología obstétrica crítica y autoevaluación reflexiva en el manejo de la preeclampsia; y una pedagoga especializada en el empoderamiento y didáctica de la práctica clínica de enfermería.

Instrumento de medición y recolección de datos

Para evaluar el efecto de la intervención, se aplicó el instrumento *Autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel*, con una consistencia interna de Alfa de Cronbach global de 0.923 en su aplicación final (anexo 1). El instrumento consta de 5 competencias con 32 ítems alineados a las directrices de la Guía de práctica clínica de intervenciones de enfermería en preeclampsia/eclampsia y el lineamiento técnico del Triage Obstétrico, Código Máter y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica.^{31,32,33,34}

Con base en la escala de Likert, se midió la frecuencia de ejecución y dominio de las competencias clínicas esenciales, conceptualmente definidas para la fase de valoración de la mujer con preeclampsia (cuadro I).

Medición de la autoevaluación y niveles de experticia

La autoevaluación se operacionalizó mediante una escala de respuesta tipo Likert con tres niveles de frecuencia respecto al desempeño seguro y autónomo de cada competencia en: Siempre/con total dominio (3), A veces/requiere supervisión (2), Nunca/no lo realiza (1).

La sumatoria total de los puntajes permitió clasificar

numéricamente el nivel de desarrollo de la competencia clínica de los profesionales de enfermería, adaptando los constructos conceptuales del modelo de Patricia Benner de la siguiente manera:

- **Principiante (novata):** puntaje situado en el tercil inferior de la escala, indica un desempeño rígidamente limitado a la aplicación de reglas teóricas abstractas, con nula flexibilidad y alta dependencia de directrices externas para la valoración.
- **Principiante avanzada:** puntaje intermedio-bajo, el profesional demuestra la incorporación de la experiencia en situaciones reales y reconoce “*aspectos significativos*” de la preeclampsia, pero requiere soporte o supervisión continua para priorizar las intervenciones clínicas.
- **Competente:** puntajes en el rango medio-alto, caracteriza a la enfermera que planifica conscientemente sus acciones basándose en consideraciones analíticas organizadas, logrando eficiencia y un manejo estructurado de los tiempos en la monitorización obstétrica.
- **Eficiente (proficiente):** puntuación elevada, el profesional posee una percepción holística e integrada de la situación clínica; visualiza las necesidades de la paciente a largo plazo y reconoce de inmediato cuando el cuadro de preeclampsia se desvía de la normalidad esperada.
- **Experta:** puntaje situado en el tope máximo de la escala, refleja un dominio intuitivo y fluido de la valoración clínica basado en un profundo acervo de antecedentes empíricos; el profesional ya no depende de reglas ni pautas para conectar una comprensión inmediata de la situación con la acción de respuesta correcta.

La aplicación metodológica del instrumento se realizó en dos momentos idénticos, en la fase basal (pretest) previa al inicio de la intervención y en el seguimiento a los 3 meses posteriores (postest). Durante ambas fases, los instrumentos fueron entregados individualmente por los investigadores en los propios servicios de adscripción, garantizando un ambiente controlado y libre de distracciones operativas.

Análisis de los datos

Para la organización, procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizó el programa IBM SPSS versión 21. Se ejecutó inicialmente un análisis descriptivo

Cuadro I Competencias clínicas esenciales para la autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel

Competencia	Definición	Ítems
Signos vitales	Competencia orientada a la toma estricta de la tensión arterial, cálculo automatizado de la tensión arterial media (TAM) y reconocimiento inmediato de cifras de crisis hipertensiva	1. Verifico la tensión arterial cada 2 horas
		2. Valoro la frecuencia respiratoria
		3. Mido la frecuencia cardíaca
		4. Tomo la temperatura corporal
		5. Tomo y registro la saturación de oxígeno
Estado de conciencia	Competencia enfocada en el escrutinio del estado neurológico, monitorización de reflejos osteotendinosos (búsqueda de hiperreflexia) y detección temprana de datos de neurotoxicidad predictivos de eclampsia	6. Valoro con la escala de Glasgow
		7. Identifico y registro cefaleas
		8. Identifico y registro fosfenos
		9. Identifico y registro epigastralgia
		10. Identifico y registro proteinuria mayor o igual a 2 gramos
Estado de confort	Competencia dirigida al control óptimo de estímulos ambientales (lumínicos y auditivos) y manejo integral del dolor o cefalea en la paciente crítica	11. Valoro el reflejo osteotendinoso cada 30 minutos
		12. Identifico la posible intoxicación de sulfato de magnesio (hiperreflexia) en la mujer con preeclampsia
		13. Realizo la ministración de gluconato de calcio para contrarrestar la intoxicación
		14. Coloco a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo
		15. Tomo y registro la frecuencia cardíaca fetal con estetoscopio de Pinard o Doppler
		16. Proporciono un ambiente tranquilo con luz tenue, ventilación y comodidad
Procedimientos invasivos	Competencia técnica para la instalación segura de accesos venosos periféricos de grueso calibre, colocación estéril de sonda vesical a permanencia y la preparación, dosificación e infusión protocolizada del sulfato de magnesio como esquema anti-convulsivante	17. Instalo dos vías periféricas con Angiocath No. 16 o 18
		18. Verifico la permeabilidad del acceso periférico.
		19. Instalo sonda vesical de acuerdo al protocolo institucional.
		20. Verifico la permeabilidad de la sonda vesical
		21. Coloco la fijación en la cara anterior del muslo
		22. Coloco la bolsa recolectora de orina por debajo del nivel de la vejiga
		23. Realizo el cambio de la bolsa recolectora de orina cada quince días
		24. Realizo aseo perineal cada 8 horas
		25. Controlo el volumen urinario cada hora
		26. Tomo y registro proteína en tira reactiva de orina cada 8 horas
		27. Registro el peso de la paciente a su ingreso
Estado hídrico	Competencia crítica para la cuantificación horaria de la uresis, detección cualitativa de proteinuria y el registro minucioso del balance hídrico estricto para evitar la sobrecarga de volumen o falla renal	28. Valoro y registro el edema de miembros pélvicos (signo de Godet)
		29. Ausculto campos pulmonares
		30. Realizo estricto control de líquidos
		31. Vigilo el patrón respiratorio para identificar oportunamente cualquier complicación
		32. Anoto todos los cuidados que proporciono en la fase de valoración del registro clínico de enfermería

mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medias, desviaciones estándar, medianas y rangos para las variables continuas, con el objetivo de describir las características sociodemográficas y de perfil de la población de estudio.

Para seleccionar la prueba estadística inferencial idónea destinada a evaluar el efecto de la intervención educa-

tiva, se aplicó un análisis formal de normalidad en las diferencias de las puntuaciones globales mediante la prueba de Shapiro-Wilk (apropiada debido al tamaño de muestra de $n = 40$). Al confirmarse una distribución de carácter normal en los datos ($p > 0.05$), se determinó el uso definitivo de la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas (descartando la prueba no paramétrica de

Wilcoxon) para comparar los promedios de la competencia clínica antes y después de la intervención.

Adicionalmente, para medir la magnitud cuantitativa y trascendencia práctica del cambio educativo más allá de la significancia estadística, se calculó el tamaño del efecto empleando el estadístico d de Cohen. Por último, se realizaron correlaciones bivariadas mediante el coeficiente de Spearman para analizar la asociación entre las variables ordinales del perfil laboral y los niveles de competencia alcanzados.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue rigurosamente revisado y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud de la institución, obteniendo el número de registro oficial 2018-3701-036. El estudio dio cumplimiento estricto al principio bioético de autonomía mediante la obtención del consentimiento informado por escrito de cada participante. En dicho documento se estipuló de forma transparente el objetivo general del proyecto, los mecanismos de anonimato para proteger la confidencialidad absoluta de los datos individuales y las características de las evaluaciones, asegurando explícitamente que la participación era completamente voluntaria y libre de cualquier condicionamiento laboral o institucional.

Resultados

En el **cuadro II** se presentan las características sociodemográficas, laborales y profesionales de los participantes. La edad se concentró en el rango de 31 a 40 años (45%). En la misma proporción, se registró el estado civil divorciado (45%) y el grado académico de licenciatura (45%).

En cuanto a la trayectoria laboral, se identificó una diferencia entre la antigüedad profesional y la institucional. La antigüedad laboral del personal de enfermería se situó mayoritariamente en el rango de 11 a 20 años (48%). Por otro lado, la antigüedad institucional mostró una distribución dual, ubicándose tanto en el rango de 1 a 10 años como en el de 11 a 20 años, ambos con un 42%. Un dato relevante es que el 53% de los encuestados reportó tener menos de 1 año de antigüedad en su servicio actual. En cuanto al perfil laboral, la categoría de enfermera general fue la más frecuente, con 58%. La Unidad Tocoquirúrgica concentró el 43% de los participantes y el turno vespertino, con el 35%.

Respecto a la capacitación específica sobre el manejo de la mujer con preeclampsia, solo el 22% confirmó haber recibido capacitación. De estos, el lugar principal de enseñanza fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (18%) y en modalidad de curso monográfico (22%). El tiempo transcurrido desde que recibieron la capacitación fue menor a 1 año (20%).

En el **cuadro III** se presenta la efectividad de la intervención, que fue estadísticamente significativa y favorable en el posttest para dos dimensiones clave de la competencia: *procedimientos invasivos*, con una media de 5 ± 0.446 ($p = 0.010$), y *estado hídrico*, con una media de 5 ± 0.464 ($p = 0.029$).

También se encontraron diferencias significativas al comparar la competencia con otras variables de interés; se identificó diferencia en la competencia de procedimientos invasivos ($p = 0.028$) al cruzarla con los diferentes niveles de escolaridad (**cuadro IV**).

Esta significancia fue particular entre el nivel técnico y licenciatura ($p = 0.015$), y entre el nivel posttécnico y licenciatura ($p = 0.029$). Se encontró una divergencia significativa en la competencia total según la categoría laboral ($p = 0.014$), específicamente en la comparación entre enfermera general y enfermera especialista ($p = 0.011$), y entre enfermera especialista en proporción con enfermera general ($p = 0.011$). Asimismo, se constató una diferencia marcada en la competencia de estado de conciencia según la categoría laboral ($p = 0.009$). Las comparaciones significativas se dieron entre enfermera general con enfermera especialista ($p = 0.012$) y enfermera general con enfermera jefa de piso ($p = 0.040$). Finalmente, la comparación de la competencia de estado hídrico con el turno laboral mostró significancia ($p = 0.049$), con diferencias específicas entre el turno matutino y el nocturno ($p = 0.021$) y el vespertino con el nocturno ($p = 0.037$).

El análisis de correlación de Spearman se empleó para determinar la relación entre las variables sociodemográficas y laborales y las diferentes dimensiones de las competencias clínicas. Los resultados revelaron varias correlaciones estadísticamente significativas (**cuadro V**).

- **Escolaridad:** se encontró una correlación negativa y significativa entre la escolaridad y tres dimensiones de la competencia, lo que sugiere que, a mayor nivel de escolaridad, menor es la puntuación de competencia en estas áreas.
- **Edad:** no se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre la edad del personal de

Cuadro II Características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería (n = 40)

Variable	Frecuencia	%	Variable	Frecuencia	%
Edad en años			Antigüedad laboral		
20 – 30	5	12.5	1 – 10 años	13	32
31 – 40	18	45	11 – 20 años	19	48
41 – 50	12	30	21 – 30 años	8	20
51 – 60	5	12.5	Antigüedad institucional		
Estado civil			1 – 10 años	17	42
Soltero	9	23	11 – 20 años	17	42
Casado	10	25	21 – 30 años	6	16
Divorciado	18	45	Antigüedad en el servicio		
Unión libre	3	7	Menos de 1 año	21	53
Escolaridad			1 – 5 años	12	30
Técnico	9	23	6 – 10 años	5	12
Postécnico	10	25	Más de 10 años	2	5
Licenciatura	18	45	Servicio		
Especialización	3	7	Gineco-Obstetricia	7	17
Categoría laboral			Unidad Tocoquirúrgica	17	43
Enfermera general	23	58	Unidad de Cuidados Intensivos	8	20
Enfermera especialista	12	30	Quirófano	8	20
Enfermera jefa de piso	5	12	Capacitación en preeclampsia		
Turno laboral			Instituto Mexicano del Seguro Social	7	18
Matutino	13	32.5	Divorciado Secretaría de Salud	1	2
Vespertino	14	35	Divorciado Otros	1	2
Nocturno	13	32.5	Divorciado No capacitación	31	78
			Modalidad de la capacitación		
			Monográfico	9	22
			No capacitación	31	78
			Tiempo de capacitación		
			Menos de 1 año	8	20
			1 – 5 años	1	2
			No capacitación	31	78

Fuente: elaboración propia

enfermería y ninguna de las dimensiones de la competencia clínica.

- **Categoría laboral:** la categoría del personal mostró una correlación positiva y significativa con la competencia en dos áreas: competencia en estado de conciencia, donde se observó la correlación más fuerte y significativa, y la competencia en procedimientos invasivos. Esto indica que la categoría laboral se relaciona con una mayor competencia en el manejo del estado de conciencia y en la ejecución de procedimientos invasivos.

- **Antigüedad en el servicio:** únicamente se encontró una correlación positiva y significativa entre la antigüedad en el servicio y la competencia en procedimientos invasivos. Esto sugiere que el personal con más tiempo en el servicio tiende a ser más competente en esta área específica.
- **Antigüedad laboral e institucional:** estas variables no presentaron correlaciones significativas con ninguna de las dimensiones de las competencias clínicas evaluadas.

Cuadro III Comparación de las competencias esenciales en el manejo de la mujer con preeclampsia

Competencias esenciales	Pretest	Posttest	p
	X (DE)	X (DE)	
Competencia signos vitales	5 ± 0.446	5 ± 0.221	-
Competencia estado conciencia	5 ± 0.586	5 ± 0.464	-
Competencia estado de confort	3 ± 1.013	3 ± 0.723	-
Competencia procedimientos invasivos	4 ± 0.958	5 ± 0.446 ^a	0.010
Competencia estado hídrico	4 ± 0.904	5 ± 0.464 ^b	0.029
Competencia total	4 ± 0.758	4 ± 0.554	-

Fuente: elaboración propia

Prueba t de Student para muestras relacionadas p = 0.010, p = 0.029

Cuadro IV Diferencias de las competencias clínicas esenciales de enfermería en el manejo de la mujer con preeclampsia

Características	Competencias esenciales					
	Total	Signos vitales	Estado de conciencia	Estado de confort	Procedimientos invasivos	Estado hídrico
Grado académico						
Técnico	5 (1)	5 (2)	5 (1)	2 2 ± 4	5 (1) ^a	28 ± 2
Posttécnico	5 (1)	5 (0)	5 (1)	24 ± 6	5 (1) ^b	27 ± 4
Licenciatura	4 (3)	4 (3)	4.5 (2)	19 ± 5	4 (4)	25 ± 6
Especialidad	4 (0)	5 (0)	5 (0)	17 ± 2	5 (1)	28 ± 3
Categoría laboral						
Enfermera general	129 ± 20 ^c	5 (1)	5 (1)	19 ± 5	40 ± 9 ^g	5 (3)
Enfermera especialista	147 ± 11 ^d	5 (0)	5 (0) ^e	23 ± 5	47 ± 3 ^h	5 (1)
Enfermera jefa de Piso	138 ± 15	5 (2)	5 (2) ^f	21 ± 6	45 ± 5	5 (2)
Turno laboral						
Matutino	4 (3)	5 (2)	22 ± 3	18 ± 5	5 (4)	5 (3) ⁱ
Vespertino	4 (2)	5 (1)	22 ± 3	22 ± 5	4.5 (2)	5 (2) ^j
Nocturno	5 (1)	5 (0)	23 ± 2	22 ± 5	5 (1)	5 (1)
Para las comparaciones con Kruskal Wallis se reportan mediana y rango Inter cuartil ^{a, b, e, f, i, j}						
Para las comparaciones con ANOVA se reportan media y desviación estándar ^{c, d, g, h}						

Fuente: elaboración propia

Discusión

Los hallazgos empíricos demostraron de forma concluyente que la estrategia pedagógica basada en la reflexión consciente generó una mejora estadísticamente significativa en las dimensiones técnico-procedimentales de la competencia, específicamente en procedimientos invasivos y estado hídrico.

Estos resultados adquieren alta relevancia en el plano de la seguridad obstétrica, dado que la literatura internacional y los lineamientos vigentes en salud materna (como el Triage Obstétrico y el Código Máter)^{1,2,3,4,5,6,7} enfatizan de manera persistente que el control estricto de los balances de líquidos y la administración protocolizada

y segura del sulfato de magnesio constituyen intervenciones de enfermería críticas e insustituibles para prevenir complicaciones multiorgánicas graves y mitigar desenlaces adversos en la paciente con trastornos hipertensivos del embarazo.^{8,9,10}

Un hallazgo metodológico que demanda un escrutinio analítico profundo es la ausencia de un cambio estadísticamente significativo al contrastar los promedios globales de la competencia total antes y después de la intervención educativa (4 ± 0.758 pretest / 4 ± 0.554 posttest). Este comportamiento en los datos cuantitativos se explica a través del denominado “*efecto techo*” (*ceiling effect*). Al analizar detalladamente las mediciones basales, se constató que el personal de enfermería evaluado ya poseía puntua-

Cuadro V Correlación de las competencias clínicas esenciales con las características sociodemográficas y laborales

Característica	Competencias esenciales					
	Total	Signos vitales	Estado de conciencia	Estado de confort	Procedimientos invasivos	Estado hídrico
Edad	rs = .107 p = .513	rs = -.181 p = .265	rs = .100 p = .538	rs = .149 p = .358	rs = .223 p = .166	rs = .155 p = .341
Escolaridad	rs = -.317* p = .046	rs = .156 p = .335	rs = -.160 p = .325	rs = -.361* p = .022	rs = -.387* p = .014	rs = -.152 p = .349
Categoría laboral	rs = .268 p = 0.095	rs = .149 p = .359	rs = .486** p = .001	rs = .281 p = .079	rs = .437** p = .005	rs = 0.051 p = 0.754
Antigüedad laboral	rs = .109 p = .504	rs = 0.007 p = 0.968	rs = -.025 p = .880	rs = .094 p = .564	rs = .168 p = .300	rs = .123 p = .448
Antigüedad institucional	rs = .154 p = .342	rs = 0.025 p = 0.878	rs = .235 p = .145	rs = .191 p = .239	rs = .268 p = .094	rs = .030 p = .853
Antigüedad del servicio	rs = .237 p = .140	rs = 0.165 p = 0.308	rs = .081 p = .621	rs = .196 p = .225	rs = .333* p = .036	rs = .114 p = .485
*La correlación es significativa al nivel de 0.05 (bilateral)						
** La correlación es significativa al nivel de 0.01 (bilateral)						

Fuente: elaboración propia

ciones medias inherentemente elevadas en el pretest, de manera particular en dimensiones fundamentales como signos vitales (5 ± 0.221 postest) y estado de conciencia (5 ± 0.464 postest).

Esta elevada competencia basal se encuentra plenamente justificada por el perfil laboral de la muestra de estudio, donde el 48% de los participantes reportó una antigüedad profesional superior a los 11 años y el 30% con categoría laboral de enfermería especialista.^{13,14,15} Al tratarse de personal consolidado operativamente y habituado a la monitorización cotidiana de la tensión arterial y al escrutinio neurológico grueso en áreas críticas obstétricas, el margen de incremento numérico en la escala Likert tras la intervención pedagógica era matemáticamente estrecho. En consecuencia, la estrategia educativa no modificó sustancialmente la puntuación global del grupo, sino que actuó como un mecanismo de reforzamiento técnico que homogeneizó las desviaciones estándar de las respuestas en el postest, consolidando el conocimiento ya existente y blindándolo contra la variabilidad.

A diferencia de los abordajes educativos tradicionales basados exclusivamente en la transmisión pasiva de directrices, esta intervención se estructuró metodológicamente sobre el modelo teórico de Patricia Benner. El análisis cualitativo-operacional de los datos revela que la estrategia centrada en la autoevaluación reflexiva fungió como un catalizador para la transición entre los estadios de experticia descritos por la autora. En la medición basal (pretest), una proporción considerable de la muestra exhibía características conceptuales propias del nivel de *Prin-*

cipiante Avanzada y Competente, manifestando dificultades operativas en la jerarquización analítica de los cuidados y un apego marcadamente rígido a las reglas abstractas de las guías de práctica clínica, sin lograr integrar de forma fluida el contexto real de la paciente obstétrica crítica.

En la evaluación postest, tres meses posteriores a la intervención, se observó una reconfiguración cualitativa: el personal concentró sus puntuaciones en el tercil superior, posicionándose predominantemente en el estadio de Enfermera Eficiente (Proficiente) y demostrando transiciones claras hacia el nivel de Experta en los ejes hídricos y procedimentales. En consonancia con los postulados de Benner, esta transición cualitativa implica que el profesional de enfermería dejó de depender de pautas externas inconexas para adquirir una percepción holística y situacional de la mujer con preeclampsia, lo cual le facultó en su práctica cotidiana para identificar precozmente los signos sutiles de compromiso sistémico antes de que irrumpieran las crisis eclámpicas. La autoevaluación reflexiva demostró así ser una herramienta metodológica idónea para transformar el conocimiento puramente teórico en un juicio clínico estructurado y reflexivo.^{22,23,24,25,26}

La emergencia de una correlación de carácter negativo y estadísticamente significativa entre el grado académico máximo y dimensiones de la competencia clínica, como la *Competencia total* (rs = -0.317) y los *Procedimientos invasivos* (rs = -0.387), constituye un hallazgo que contradice las expectativas empíricas iniciales, pero que arroja luz sobre la dinámica operativa del contexto hospitalario estudiado. Tradicionalmente, se asume que a mayor grado académi-

co formal existe un incremento lineal en el dominio de las competencias clínicas. Sin embargo, en esta muestra particular, los profesionales con formación de nivel técnico y postécnico evidenciaron promedios operativos superiores en comparación con el personal de licenciatura.

Esta aparente paradoja se explica a la luz del principio de arraigo y exposición procedimental continua. En las unidades hospitalarias de segundo nivel del sector público en la Ciudad de México, el personal técnico y postécnico gineco-obstétrico suele permanecer asignado de manera ininterrumpida y prolongada en las áreas de primera línea operativa (salas de labor, recuperación y tococirugía). Esta inmersión contextual continua favorece el desarrollo de una alta destreza manual y de una familiaridad intuitiva con las maniobras críticas invasivas, debido a la repetición cotidiana del cuidado directo. Por el contrario, los profesionales con grado de licenciatura frecuentemente son comisionados o rotados de forma prioritaria para realizar funciones de gestión administrativa, supervisión o coordinación de servicios, lo que genera un distanciamiento relativo de la práctica clínica procedimental directa a pie de cama y explica la correlación negativa observada. Este hallazgo valida la tesis de Benner respecto a que la experticia clínica no es un subproducto exclusivo de la acumulación de créditos académicos abstractos, sino de la experiencia clínica reflexiva y sistemáticamente vivida en el campo real.

Por otra parte, las diferencias significativas identificadas en la dimensión de estado hídrico según el turno laboral ($p = 0.049$) —donde el turno nocturno demostró un desempeño cualitativamente superior frente al matutino ($p = 0.021$) y vespertino ($p = 0.037$)— encuentran su sustento en las características organizacionales del flujo de trabajo hospitalario. Los turnos diurnos están caracterizados por una alta saturación de actividades de carácter administrativo, pase de visita médica transdisciplinar, traslados frecuentes y procedimientos diagnósticos que fragmentan el tiempo de cuidado de enfermería. En contraste, el turno nocturno ofrece un entorno operativo con menores distracciones administrativas, lo que faculta al profesional para ejercer un control y monitorización analítica mucho más minuciosa, horaria y continua del balance hídrico y la cuantificación estricta de la uresis en las pacientes con preeclampsia.

En la evaluación posterior a la intervención, la dimensión del estado de confort relacionado con el manejo del dolor, control de estímulos ambientales y ansiedad, se mantuvo sin cambio estadísticamente significativo y persistente en el nivel de *Principiante Avanzada*. Este hallazgo resulta

crítico y concuerda con lo reportado de forma recurrente en la literatura sobre enfermería perinatal. El confort, al ser un constructo multidimensional de naturaleza marcadamente subjetiva y relacional, resulta complejo de integrar y operativizar en la práctica cotidiana en comparación con las destrezas puramente psicomotoras o técnicas, como el instalar una sonda o programar una bomba de infusión.

Al contrastar metodológicamente nuestros resultados con investigaciones que han evaluado el impacto de otras estrategias de capacitación en salud materna, emergen divergencias sustanciales. En referencia, se reportan incrementos significativos en las competencias relacionales y de comunicación asertiva del personal con estrategias de simulación clínica de alta fidelidad o aprendizaje basado en problemas (ABP) multimodal, debido a que dichos entornos controlados posibilitan la repetición de escenarios que involucren la interacción humana y el manejo del estrés del entorno de forma directa.

Cabe señalar que la estrategia de intervención implementada en el presente estudio demostró ser altamente costo-efectiva para consolidar las dimensiones duras y procedimentales del cuidado, pero evidenció limitaciones pedagógicas para subvertir las conductas asociadas a la esfera subjetiva y del confort de la paciente. Lo anterior denota con claridad que las dimensiones relacionales requieren de abordajes didácticos basados en la experiencia vivencial o simulada in situ para impactar verdaderamente en la transformación del juicio clínico.

Conclusión

La intervención educativa con personal de enfermería orientada en la autoevaluación reflexiva demostró ser una estrategia efectiva para consolidar e incrementar el dominio de las competencias clínicas de carácter técnico-procedimental, con base en la mejora estadísticamente significativa de las dimensiones críticas de *procedimientos invasivos y estado hídrico*.

No obstante, la estabilidad observada en la puntuación de la competencia total evidencia la presencia de un marcado “efecto techo”, condicionado por el alto perfil y experiencia operativa basal del grupo de estudio en las dimensiones de monitorización básica. Asimismo, la persistencia de puntuaciones subóptimas en la dimensión del *estado de confort* devela que las competencias de índole subjetiva y relacional permanecen impermeables frente a los métodos educativos convencionales de aula, demandando una reorientación pedagógica urgente.

Por lo anterior, surge la imperiosa necesidad de transitar hacia modelos de capacitación continuos e integrales que hibriden la reflexión consciente con la simulación clínica vivencial. Solo a través de un juicio clínico avanzado y holístico, sistemáticamente estimulado en las instituciones hospitalarias, el personal de enfermería de primera línea podrá optimizar la calidad y seguridad de la valoración obstétrica crítica, con impacto positivo en los indicadores de excelencia institucional y en los estándares nacionales e internacionales de salud materna.

Se considera que la utilidad práctica e institucional inmediata de este trabajo radica en la validación de la autoevaluación reflexiva como un modelo de educación continua de bajo costo, factible de ser institucionalizado en los procesos de formación y capacitación del personal

de enfermería perinatal en los hospitales generales de segundo nivel. Este enfoque permite optimizar los tiempos formativos y dirigir los recursos institucionales hacia aquellas dimensiones que la propia autoevaluación identifique como críticas o subóptimas.

Agradecimientos

Al Comité de Ética de Investigación en Salud del IMSS por el apoyo técnico y sugerencias al escrito. A la enfermera Karen Saidy Ramírez Pariente († 2022) por su incondicional apoyo en la logística del desarrollo de este artículo. Se agradece de manera especial a Aether por su invaluable soporte.

Referencias

1. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2005 Feb 26-Mar 4;365(9461):785-99. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17987-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17987-2)
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237-e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
4. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49332>
6. Ulloa-Sabogal IM; Arias-Rojas M. Trastornos hipertensivos del embarazo: conocimientos y comportamientos de autocuidado en mujeres embarazadas. *Av enferm*. 2024;42(3):116897. Disponible en: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n3.116897>
7. México. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana Epidemiológica 52. México: Secretaría de Salud; 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964501/MM_2024_SE52.pdf
8. Secretaría de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Preeclampsia en el Segundo y Tercer Nivel de Atención: Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México: Secretaría de Salud; 2017. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/020GER.pdf>
9. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P; Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertens*. 2014 Apr;4(2):105-45. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2014.01.003>
10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
11. Dickerson AG, Joseph CA, Kashfi K. Current Approaches and Innovations in Managing Preeclampsia: Highlighting Maternal Health Disparities. *J Clin Med*. 2025;14(4):1190. <https://doi.org/10.3390/jcm14041190>
12. Jiménez-Ocampo JB, García-Rosas E. Participación de enfermería en el manejo de preeclampsia: a propósito de un caso. *Parainfo Digital [Internet]*. 2022 [citado 14 Sep 2026];(34):e34080d. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/pd/e34080d>
13. Kassa ZY, Dadi AF, Bizuayehu HM, Thapa S, Kibret GD, Hassen TA, et al. Implementation, effectiveness, and barriers of obstetric triage in reducing waiting time: a scoping review. *Reprod Health*. 2025 Mar 21;22(1):43. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-01982-7>
14. Olivera-Carrasco H. Implementación del Triage obstétrico por enfermería: origen, liderazgo e impacto. *Rev CONAMED*. 2025;30(3):152-159. <https://doi.org/10.35366/121489>
15. Araya-Cubero Z. Participación de Enfermería Obstétrica en la detección del riesgo para la salud en adolescentes madres en el escenario domiciliario. *Rev Actual en Costa Rica [Internet]*. 2013 [citado 14 Sep 2026];(24):1-11. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/adolescentes.pdf>
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline NG133. Londres: NICE; 2020. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
17. Muñoz E, Elizalde VM, Téllez GE. Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. *Rev*

- Chil Obstet Ginecol. 2017;82(4):438-446. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000400438>
18. Jolly L, Ooms A, Ransome H. Student midwives' experiences of high-fidelity simulation in midwifery education in the university setting: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today*. 2025 Sep; 152:106779. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106779>
 19. Lei YY, Zhu L, Sa YTR, Cui XS. Effects of high-fidelity simulation teaching on nursing students' knowledge, professional skills and clinical ability: A meta-analysis and systematic review. *Nurse Educ Pract*. 2022 Mar; 60:103306. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103306>
 20. Furr S, Martin DR, Schmalldinst K, Daugherty L. Utilizing Simulation-Based Training to Increase Preeclampsia Recognition in Undiagnosed Patients. *J Perinat Educ*. 2023 Nov 1;32(4):213-218. <https://doi.org/10.1891/JPE-2022-0018>
 21. Segura Fernández AB, Cid León I. Sobre la implementación de la rehabilitación multimodal en las especialidades de Obstetricia y Ginecología. *Rev Cubana Aliment Nutr [Internet]*. 2020 [citado 15 Mar 2026];30(Supl 1):S1-S162. Disponible en: <http://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1079>
 22. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *J Adv Nurs*. 2017 May;73(5):1035-1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13183>
 23. Guillén-Terán AM, Figueroa-Ávila PA, Gessa-Gálvez MM. Desafíos de los Estudiantes de Enfermería en el manejo de las Clave Obstétrica y protocolo Score MAMÁ. *Conectividad [Internet]*. 2024 [citado 15 Sep 2026];5(Núm. Esp.):33-42. Disponible en: <https://redalyc.org/journal/7778/777882649004/html/>
 24. Castillo ALR, Padilla MER, Hernández DG. Self-evaluation and evaluation of nursing leaders' Leadership Styles. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021 May 21;29:e3393. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3435.3393>
 25. Pérez-Tirado AA, Jaramillo-Guerra LV, Calderón-Márquez E, González-Rubio CA, Ortega-Crespo GM, Franco-Mejía VP, Prada-Ballestas T. Autoevaluación de las competencias no técnicas en estudiantes de Ciencias de la Salud, utilizando simulación clínica de alta fidelidad. *Simulación Clínica [Internet]*. 2025 [citado 15 Sep 2026];7(1):16-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/simulacion/rsc-2025/rsc251c.pdf>
 26. Taylor I, Bing-Jonsson P, Wangensteen S, Finnbakk E, Sandvik L, McCormack B, Fagerström L. The self-assessment of clinical competence and the need for further training: A cross-sectional survey of advanced practice nursing students. *J Clin Nurs*. 2020 Feb;29(3-4):545-555. <https://doi.org/10.1111/jocn.15095>
 27. Benner P. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Commemorative Edition. New Jersey: Prentice Hall Health; 2020.
 28. Carrillo Algarra AJ, Martínez Pinto PC, Taborda Sánchez SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2018 [citado el 14 de sep de 2026]; 34(2). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>
 29. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para la reducción de la mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/940a3db0-47fe-49cf-b0a7-314f0fd34482>
 30. García J, Reding A, López J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Inv Ed Med*. 2013;2(8):217-224. Disponible en: <http://bit.ly/3r56z4R>
 31. Yamamoto Y, Okuda R, Fukada M. Factors Affecting Clinical Nursing Competency: A Cross-Sectional Study. *Yonago Acta Med*. 2021 Jan 25;64(1):46-56. Disponible en: <https://doi.org/10.33160/yam.2021.02.008>
 32. Jiménez-López W, González-Juárez G, Velázquez-Moreno E. Instrumento de autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2020;28(2):102-10. Disponible en: https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/1119
 33. Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con preeclampsia y eclampsia. México: Secretaría de Salud, CENETEC; 2011. Disponible en: <http://bit.ly/32OFgBc>
 34. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Lineamiento Técnico 2016 "Triage Obstétrico, Código Máter y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica". Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2T5zOqv>
-
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**
 Jiménez-López W, Velázquez-Moreno E, Velázquez-López L *et al*. Autoevaluación reflexiva de personal de enfermería para mejorar las competencias clínicas en la valoración de mujeres con preeclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(4):e1601. doi: 10.5281/zenodo.23165508

Anexo 1

Instrumento de autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel

Competencia clínica	Escala Likert				
Signos vitales	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Verifico la tensión arterial cada 2 horas					
2. Valoro la frecuencia respiratoria					
3. Mido la frecuencia cardíaca					
4. Tomo la temperatura corporal					
5. Tomo y registro la saturación de oxígeno					
Estado de conciencia	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
6. Valoro con la escala de Glasgow					
7. Identifico y registro cefaleas					
8. Identifico y registro fosfenos					
9. Identifico y registro epigastralgia					
10. Identifico y registro proteinuria mayor o igual a 2 gramos					
Estado de confort	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
11. Valoro el reflejo osteotendinoso cada 30 minutos					
12. Identifico la posible intoxicación de sulfato de magnesio (hiperreflexia) en la mujer con preeclampsia					
13. Realizo la ministración de gluconato de calcio para contrarrestar la intoxicación					
14. Coloco a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo					
15. Tomo y registro la frecuencia cardíaca fetal con estetoscopio de Pinard o Doppler					
16. Proporciono un ambiente tranquilo con luz tenue, ventilación y comodidad					
Procedimientos invasivos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
17. Instalo dos vías periféricas con Angiocath No. 16 /18					
18. Verifico la permeabilidad del acceso periférico					
19. Instalo sonda vesical de acuerdo con el protocolo institucional					
20. Verifico la permeabilidad de la sonda vesical					
21. Coloco la fijación en la cara anterior del muslo					
22. Coloco la bolsa recolectora de orina por debajo del nivel de la vejiga					
23. Realizo el cambio de la bolsa recolectora de orina cada quince días					
24. Realizo aseo perineal cada 8 horas					
25. Controlo el volumen urinario cada hora					
26. Tomo y registro proteína en tira reactiva de orina cada 8 horas					
27. Registro el peso de la paciente a su ingreso					
Estado hídrico	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
28. Valoro y registro el edema de miembros pélvicos (signo de Godet)					
29. Ausculto campos pulmonares					
30. Realizo estricto control de líquidos					
31. Vigilo el patrón respiratorio para identificar oportunamente cualquier complicación					
32. Anoto todos los cuidados que proporciono en la fase de valoración del registro clínico de enfermería					

Eduardo Alexis Rocha-Corral^{1a}, Gregorio Peña-Rodríguez^{2b}, Maricela Vidaña-Santos^{2c}, Karen Liliana Hinojosa-Esparza^{3d}, Nancy Adriana Reyes-Ramírez^{4e}, Nadia Gissel Manriquez-Valles^{3f}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 47, Medicina de Familia. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 48, Medicina de Familia. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No. 2, Enfermería General Clínica. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No. 66, Enfermería General Clínica. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Aprobación del proyecto por el Comité Local de Investigación en Salud 801/ R-2025-801-066

Doi: 10.5281/zenodo.23165563

Resumen

ORCID

0009-0006-8926-0272^a

0000-0002-8096-2538^b

0000-0001-8791-4048^c

0009-0009-1572-8778^d

0009-0001-2265-908x^e

0009-0008-3965-3881^f

Palabras clave (DeCS):

Modelo de Creencias sobre la Salud
Vacunas contra Papilomavirus
Cobertura de Vacunación

Introducción: la OMS no define un concepto aislado o exclusivo llamado “*aceptación de la vacuna contra el VPH*”, sino que enmarca la conducta hacia esta y otras inmunizaciones dentro del fenómeno más amplio de renuencia a la vacunación (vaccine hesitancy).

Objetivo: determinar la relación entre el conocimiento y creencias con la aceptación de la vacuna del VPH por los padres y tutores de una unidad de medicina familiar.

Metodología: estudio transversal analítico, mediante muestreo por conveniencia se incluyó a 280 padres de niños entre 9 a 11 años. Se aplicó un instrumento validado *Conocimiento, creencias y aceptación de la vacuna contra el VPH*, prueba de esfericidad de Bartlett $\alpha = 0.7$ ($p \leq 0.000$) y prueba de Kaiser-Meyer Olkin $\alpha = 0.82$. Análisis con el SPSS, estadística descriptiva, pruebas de normalidad y regresión logística.

Resultados: el 87.9% reportó conocimiento sobre VPH y 53.6% mostró alta aceptación a la vacunación. Se identificaron tres predictores significativos para la aceptación: creencias positivas ($p = 0.001$), percepción de beneficios ($p = 0.001$) y menores barreras ($p = 0.001$). El conocimiento sobre VPH ($p = 0.694$) y la información previa no fueron significativos ($p = 0.596$).

Conclusión: La aceptación de la vacuna depende más de percepciones y creencias que del conocimiento objetivo. Se requiere fortalecer estrategias educativas centradas en confianza, beneficios y reducción de barreras.

Keywords (DeCS):

Health Belief Model
Papillomavirus Vaccines
Vaccination Coverage

Abstract

Introduction: The WHO does not define an isolated or exclusive concept known as “*HPV vaccine acceptance*”; instead, it frames behavior regarding this and other immunizations within the broader phenomenon of vaccine hesitancy.

Objective: To determine the relationship between knowledge, beliefs, and HPV vaccine acceptance among parents and guardians at a Family Medicine Unit.

Methodology: An analytical cross-sectional study was conducted using convenience sampling to include 280 parents of children aged 9 to 11. A validated instrument—“*Knowledge, beliefs, and acceptance of the HPV vaccine*”—was administered (Bartlett’s test of sphericity $\alpha = 0.7$, $p \leq 0.000$; Kaiser-Meyer-Olkin test $\alpha = 0.82$). Analysis was performed using SPSS, including descriptive statistics, normality tests, and logistic regression.

Results: 87.9% reported knowledge about HPV, and 53.6% showed high acceptance of vaccination. Three significant predictors of acceptance were identified: positive beliefs ($p = 0.001$), perceived benefits ($p = 0.001$), and fewer barriers ($p = 0.001$). HPV knowledge ($p = 0.694$) and prior information ($p = 0.596$) were not significant predictors.

Conclusion: Vaccine acceptance depends more on perceptions and beliefs than on objective knowledge. Educational strategies focusing on trust, benefits, and the reduction of barriers need to be strengthened.

Correspondencia:

Gregorio Peña Rodríguez

Correo electrónico:

gregoriopena218@gmail.com

Fecha de recepción:

09/12/2025

Fecha de aceptación:

20/05/2026

Introducción

La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) es la primera en su tipo, al ser una vacuna diseñada para prevenir el cáncer inducido por un virus. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la vacuna contra el VPH se incorpore en los programas nacionales de inmunización, como una prioridad en salud pública para la prevención del cáncer de cuello uterino y otras enfermedades asociadas al VPH en los adolescentes antes de iniciar su vida sexual activa.¹

Estados Unidos (2011) fue el primer país en incorporar la vacunación rutinaria contra el VPH para hombres. Sin embargo, a nivel mundial, el acceso a la vacuna sigue siendo limitado.² Debido al Programa de Vacunación Universal, en México (2025) se modificó el esquema de vacunación, agregando al género masculino para la aplicación de la vacuna contra el VPH, quedando como población blanco las niñas y los niños de quinto grado de primaria y de 11 años no escolarizados.³

Se estima que alrededor del 5% de todos los cánceres en humanos tienen relación con este virus.^{4,5} Cabe señalar que la vacuna contra el VPH requiere del consentimiento firmado de la madre, padre o tutor; por ello, es pertinente hacer énfasis no solo en la vacunación, sino en la aceptación de la vacuna como el acto voluntario de recibirla o reconocerla como una buena medida preventiva.

La meta internacional de cobertura para la vacunación contra el VPH forma parte de la estrategia global para eliminar el cáncer cervicouterino. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda vacunar al 90% de las niñas antes de los 15 años.⁶ En México, la vacunación contra el virus del VPH en niñas de 9 a 14 años asciende a 1.8 millones de dosis al año; sin embargo, prevalecen factores como el miedo a efectos secundarios, creencias religiosas o la idea de que la vacuna fomenta el inicio sexual temprano, así como la falta de conocimiento sobre el virus y la vacuna que limitan su aceptación.⁷

El conocimiento limitado del VPH representa uno de los principales retos a superar si se quiere disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino. A pesar de ser una enfermedad en gran medida prevenible, aún hay sectores de la población que muestran desinterés o indiferencia ante la vacuna. Esta falta de compromiso representa un obstáculo para los sistemas de salud, que, pese a sus esfuerzos, no han conseguido frenar de manera efectiva las muertes provocadas por este tipo de cáncer.⁸

La OMS señala que la infección por el VPH es un pro-

blema de salud pública a nivel mundial y es una de las principales causas de muerte en mujeres de países en vías de desarrollo como América Latina. Estudios recientes muestran que gran parte de los jóvenes, especialmente entre los 20 y 24 años, desconocen qué es el VPH y no adoptan prácticas sexuales seguras. Es así como la educación sexual es una herramienta clave para promover una mayor conciencia y autocuidado desde edades tempranas para prevenir tanto el VPH como el cáncer cervicouterino.

Respecto a la aceptación de la vacuna contra el VPH, la OMS no define un concepto aislado o exclusivo llamado “*aceptación de la vacuna contra el VPH*”, sino que enmarca la conducta hacia esta y otras inmunizaciones dentro del fenómeno más amplio de renuencia a la vacunación (*vaccine hesitancy*).⁹

La OMS define el comportamiento como la renuencia o la vacilación ante la vacunación, entendida como el retraso en la aceptación o el rechazo de las vacunas a pesar de la disponibilidad de los servicios de vacunación. Por lo tanto, la “*aceptación*” representa el extremo opuesto en el espectro del comportamiento: la disposición y la decisión favorable de recibir la inmunización o de aplicarla a los hijos cuando está accesible. La reticencia a la vacunación contra el VPH se refiere a la renuencia o negativa a vacunarse contra el virus del papiloma humano a pesar de la disponibilidad de los servicios de vacunación. Está influenciada por factores como creencias culturales erróneas, el nivel educativo, la percepción del riesgo y la confianza en los sistemas de salud. Esta reticencia se caracteriza por preocupaciones sobre la seguridad, la influencia de los medios de comunicación y factores sociales, lo que conlleva una menor tasa de vacunación, un aumento de los cánceres relacionados con el VPH y la difusión de información errónea.¹⁰

En este contexto, la evidencia enfocada en padres y tutores de varones en edad escolar aún es escasa,¹¹ lo que hace necesario determinar la relación entre los factores de conocimiento y creencias con la aceptación de la vacuna contra el VPH por parte de los padres y tutores de una Unidad de Medicina Familiar, con la finalidad de fundamentar estrategias de promoción para la vacunación contra el VPH, basadas en el conocimiento sobre los motivos de rechazo y aceptación.

Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico. Mediante un muestreo no probabilístico por cuotas, se conformó

un grupo de 280 participantes (padres, madres o tutores) de varones entre 9 a 11 años, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Entre los criterios de inclusión se consideró a los participantes presentes durante el periodo de recolección y dispuestos a participar voluntariamente. No se incluyeron padres, madres o tutores de varones fuera del rango de edad o que no aceptaron participar. Los cuestionarios incompletos fueron eliminados.

Instrumentos de medición

Se utilizó una cédula sociodemográfica y el instrumento *Conocimiento, creencias y aceptación de la vacuna de VPH en madres de familia*,¹² con un $\alpha = 0.7$, un valor de $p \leq 0.001$ para la prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de Kaiser-Meyer Olkin, que obtuvo un resultado de 0.82. Dicho instrumento está estructurado en 4 dimensiones y 40 ítems; en cada dimensión se abordaron los aspectos de: I) Mecanismo de información del VPH y la vacuna contra el VPH, II) Conocimientos sobre el VPH, III) Creencias sobre el VPH, el cáncer de cuello uterino y la vacuna contra el VPH, IV) Aceptación de la vacunación contra el VPH (anexo 1).

Variables de estudio

- Conocimiento: conjunto de información y aseveraciones respecto a la vacuna contra el VPH, con dos opciones de respuesta: verdadero o falso.
- Creencias sobre el VPH, el cáncer de cuello uterino y la vacuna contra el VPH: acerca de las fuentes de información, los beneficios y las barreras, con 4 opciones de respuesta en escala tipo Likert: Muy en desacuerdo (1), En desacuerdo (2), De acuerdo (3), Muy de acuerdo (4).
- Beneficios percibidos: la creencia en la eficacia de la acción recomendada para reducir el peligro.
- Barreras percibidas: los costos o los aspectos negativos de realizar la conducta de salud (como dolor, tiempo o dinero).
- Aceptación de la vacunación: conjunto de creencias respecto al recibimiento de la vacuna VPH.

Análisis estadístico

Las fuentes de información fueron primarias, con encuesta autoaplicada, previo consentimiento informado y

firmado por el total de los participantes. Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS; las características clínicas de los participantes se analizaron con estadística descriptiva, medidas de tendencia central, dispersión e intervalos de confianza al 95%.

Para identificar los factores asociados al grado de aceptación y rechazo de la vacuna contra el VPH, se empleó un modelo de regresión logística ordinal, debido a la naturaleza jerárquica de la variable dependiente (nivel de aceptación), categorizada en escala ordinal: bajo, medio y alto.

El estudio fue avalado por el comité de ética e investigación CLIES 802.

Resultados

Del total de participantes, el 78.6% (220) fueron madres de adolescentes, con predominio de edad en el rango de 30 a 39 años (47.5%, 133). El estado civil del 38.2% (107) de los participantes fue unión libre y casado en un 34.3% (96), lo cual sugiere la prevalencia de estructuras familiares estables. Más de la mitad de los participantes tiene escolaridad de secundaria, con el 52.1% (146), y el 60% (168) se identificó como católico.

El modelo familiar es nuclear en el 53.9% (151). En el 43.9% (123) de las familias, ambos padres trabajan, lo que refleja una dinámica económica compartida. En cuanto al número de hijos, el 36% (101) refirió tener dos hijos, con una media de 9 años en el 49.6% (139) y predominio de hijo primogénito en el 46.8% (131).

Del total de participantes, el 87.9% (246) refiere tener conocimiento sobre el VPH, los mecanismos de transmisión y los riesgos de infección general. Respecto a las creencias sobre el VPH, el nivel predominante fue el intermedio, con el 79.3% (222) en referencia a que indagan sobre los riesgos de la infección, la magnitud de la enfermedad y la influencia de la vacunación sobre la vida sexual de los menores. El 62.9% (176) refirió haber recibido información previa sobre la vacuna del virus de VPH de manera formal o informal; así como la creencia en nivel medio sobre los beneficios y la confiabilidad percibida de la vacuna en el 57.1% (160) de los participantes.

En cuanto a las creencias de las barreras, como desconfianza, seguridad y falta de información sobre la vacuna del VPH, el 65.7% (184) de los padres se identificó en nivel medio. Por otra parte, en el dominio de aceptación, el 53.5% (150) de los padres de familia afirman estar de acuerdo con la vacunación para sus hijos, lo cual se traduce en un nivel moderado (cuadro I).

Cuadro I Conocimiento, nivel de creencias y aceptación de los padres o tutores sobre la vacuna contra el VPH (n = 280)

Dominio	Nivel	Frecuencia	%
Conocimiento	Con conocimiento	246	87.9
	Sin conocimiento	34	12.1
Información previa	Con información	176	62.9
	Sin información	104	37.1
Creencias	Bajo	11	3.9
	Medio	222	79.3
	Alto	47	16.8
Beneficios	Bajo	15	5.4
	Medio	160	57.1
	Alto	105	37.5
Barreras	Bajo	73	26.1
	Medio	184	65.7
	Alto	23	8.2
Aceptación	Baja	9	3.2
	Media	121	43.2
	Alta	150	53.6

Fuente: elaboración propia

Respecto a los mecanismos de información, el 39.6% (111) de los participantes refiere que los medios de comunicación son la principal fuente de información sobre la enfermedad del VPH y el 36.1% (101) sobre la vacuna disponible (cuadro II).

El modelo de regresión logística ordinal mostró significancia global ($\chi^2 = 97.665$, $p = 0.001$) y un ajuste aceptable según la desviación ($p = 0.104$). El poder explicativo del modelo fue moderado (Nagelkerke = 0.368). El modelo final identificó tres predictores significativos de la aceptación de la vacuna contra el VPH. Las creencias positivas ($p = 0.001$) y la percepción de beneficios ($p = 0.001$) mostraron efectos directos y positivos, aumentando significativamente la probabilidad de que los padres presenten mayor aceptación. Por el contrario, las

barreras percibidas ($p = 0.001$), como la desconfianza o dudas sobre la seguridad, tuvieron un efecto negativo significativo, reduciendo la aceptación. El conocimiento ($p = 0.694$) y la información previa ($p = 0.596$) no fueron predictores significativos, lo que indica que disponer de información o conocer la enfermedad no determina por sí mismo la decisión de aceptar la vacuna (cuadro III).

Se realizó un análisis con *Odds Ratio* o Razón de Mo- mios respecto a la *aceptación de la vacuna contra el VPH*; se encontró que las creencias para la aceptación de la vacuna (OR: 7.35, IC: 3.3-16.1) y los beneficios percibidos (OR: 4.74, IC: 2.7-8) son factores con mayor probabilidad de que los padres o tutores acepten la vacuna en compara- ción con las barreras que limitan la aceptación de la vacu- na (OR: 0.23, IC: 0.1-0.4). Mientras que el conocimiento (OR: 0.8, IC: 0.3-1.9) y la información previa (OR: 0.8, IC: 0.4-1.5) no fueron factores significativos para la acep- tación de la vacuna (cuadro IV).

Discusión

Los principales hallazgos muestran que la mayoría de los padres poseen conocimiento sobre el VPH; este no se relaciona con la aceptación de la vacuna para sus hijos varones, de acuerdo con lo reportado por García Uribe *et al.*¹³ al vincular el rechazo con la falta de cono- cimiento.

En el presente estudio se identificó que las creencias, los beneficios percibidos y las barreras fueron significati- vas para la aceptación o el rechazo de la vacuna de VPH. Esto sugiere que la decisión de aceptar la vacunación para los hijos varones se basa más en las percepciones y las creencias socioculturales que en el nivel de información objetiva.

La literatura latinoamericana señala que la aceptación de la vacuna de VPH depende de factores como la reco- mendación médica, la percepción del riesgo, la religión y el temor a efectos adversos.¹⁴ En comunidades amazó-

Cuadro II Mecanismos de información de los padres o tutores sobre el VPH y la vacuna (n = 280)

	Mecanismos de información									
	Sin información		Amigos		Familiares		Personal escolar		Medios de comunicación	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Información sobre el VPH	26	9.3	25	8.9	44	15.7	74	26.4	111	39.6
Información sobre la vacuna contra VPH	52	18.6	16	5.7	30	10.7	81	28.9	101	36.1

Fuente: base de datos elaborada por autores, análisis en SPSS

Cuadro III Resumen de estimaciones de parámetros en las dimensiones de conocimiento y creencias de los padres o tutores sobre la vacuna del VPH (n = 280)

Dimensiones	Estimación (β)	P (significancia)	IC95%	
Conocimiento	-0.166	0.694	-0.992	0.660
Información previa	-0.158	0.596	-0.744	0.427
Creencias	+1.994	0.001	1.205	2.783
Beneficios percibidos	+1.556	0.001	1.022	2.089
Barreras	-1.451	0.001	-2.045	-0.858

Fuente: elaboración propia

Regresión ordinal. Estimación de la aceptación de la vacuna contra VPH

Cuadro IV Relación de factores y aceptación de la vacuna contra el VPH por padres o tutores

Variable	OR	IC95% Límite inferior – límite superior
Creencias	7.3	3.3 – 16.1
Beneficios percibidos	4.7	2.7 – 8
Barreras	0.2	0.1 – 0.4
Conocimiento	0.8	0.3 – 1.9
Información previa	0.8	0.4 – 1.5

Fuente: elaboración propia

Estimación de aceptación de la vacuna. Intervalos de confianza al 95%

nicas de Brasil, tener hijos varones se asocia con mayor rechazo, a diferencia de los hallazgos del presente estudio, donde la aceptación fue en nivel medio y alto, y no depende del conocimiento sobre la vacuna, lo cual refleja aún la existencia de dudas o mitos sobre la vacunación de VPH en los hijos varones.

La cobertura de vacunación de VPH se ha relacionado con la desinformación y las creencias erróneas de los padres,¹⁵ situación que se confirma con el hallazgo en esta investigación referente a las barreras percibidas, como la desconfianza e inseguridad sobre la vacuna. Dicha situación no influyó de manera significativa, posiblemente porque una gran proporción de los padres recibe información de los medios de comunicación como fuente principal, lo que pudo favorecer los mensajes incompletos o distorsionados.⁷

Aunque se esperaba que el recibir información previa sobre la vacuna de VPH aumentara el nivel de aceptación, este no fue significativo sobre las actitudes parentales. En investigaciones previas se ha indicado que la información proporcionada no siempre se traduce en una comprensión adecuada debido a mitos arraigados, baja percepción del riesgo y creencias previas difíciles de modificar. La dependencia de los medios de comunicación como la fuente

principal de información podría explicar dicho hallazgo, debido a la transmisión de mensajes incompletos, sensacionalistas o incluso falsos, contribuyendo a la formación de percepciones distorsionadas.¹⁶

El modelo estadístico refuerza esta interpretación al demostrar que únicamente las creencias positivas y la percepción de beneficios influyen de manera significativa en el nivel de aceptación, lo que sugiere que los padres interpretan la información a través de creencias previas. Cabe señalar que, aun cuando la información se recibe con frecuencia, no es suficiente para generar convicciones sólidas, debido a la predominancia de fuentes mediáticas en la formación de opiniones.¹⁷

Entre las fortalezas del estudio destacan el tamaño de la muestra y la consistencia interna del instrumento utilizado. Existen limitaciones sobre la amplitud de perspectivas por el sesgo social y baja representación de padres varones en la autopercepción del conocimiento y actitudes, lo que sugiere la necesidad de futuras investigaciones con muestras más diversas.

Conclusiones

El tener conocimiento no fue un factor predictor significativo para la aceptación, lo que indica que disponer de información sobre el VPH no determina la decisión de aceptar la vacunación para sus hijos varones.

Con base en los hallazgos, la aceptación para la vacunación del VPH en los hijos varones está influenciada por las creencias personales, la percepción de los beneficios y las barreras. Esta dinámica revela que la decisión de la vacunación se encuentra mediada por procesos interpretativos y por el significado que los padres atribuyen a la vacuna dentro de su contexto familiar y sociocultural.

Las barreras percibidas, en particular la desconfianza y la inseguridad respecto a la vacuna del VPH, emergen

como factores determinantes en la resistencia para la vacunación. Tal situación es consistente con los desafíos reportados en diversos países de la región, en los que persisten mitos y mensajes contradictorios que influyen en la percepción pública. Asimismo, la identificación de los medios de comunicación como principal fuente de información subraya la necesidad de fortalecer la difusión de mensajes claros, verificados y culturalmente pertinentes, así como de consolidar el rol del personal de salud como fuente confiable de orientación.

Referencia

1. Organización Mundial de la Salud. La OMS añade una vacuna contra el VPH al esquema de dosis única [Internet]. Ginebra: OMS; 4 oct 2024 [consultado 14 jul 2025].
2. Utría-Munive JE, Rendon-Gamboa PS, Cruz-González MA, et al. Revisión rápida: vacunación contra el virus del papiloma humano en niños y hombres. *Rev. salud. bosque* [Internet]. 7 jun 2024 [consultado 14 jul 2025];14(1):1-13. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/4562>
3. Secretaría de Salud. Programa de vacunación universal, lineamientos generales [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2025 [consultado 14 jul 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/977163/Lineamientos_Generales_2025_.pdf
4. Benavides-Rovalino ER, Paredes-Garcés MG, Salguero-Fiallos CM, et al. Importancia de la vacuna VPH en mujeres y el rol de enfermería. *Salud Cienc Tecnol* [Internet]. 2022 [consultado 14 jul 2025];2(S1):235. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022235>
5. Pallo-Revelo KA, Moyano-Calero W. Nivel de conocimiento del virus del papiloma humano y la aplicación de la vacuna en estudiantes de bachillerato. *Revista Inve Com* [Internet]. 2024 [consultado 14 jul 2025]; vol.4, n.2, e040211. ISSN 2739-0063. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10896278>
6. Rengifo-Rodríguez JE, Osorio J, García-Perdomo H. Virus del papiloma humano (VPH): microbiología, relación con el cáncer de pene y características de la vacuna. *Rev. Mex. Urol.* 2020;80 (4):e07. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852020000400007&Ing=es
7. Martínez-Figueroa GI, Nava-Navarro V, Fernández-Rincón CA, et al. Conocimientos y actitudes de madres mexicanas en la no aceptación de la vacuna del virus del papiloma humano. *MedUNAB* [Internet]. 2023 [consultado 25 jul 2025];26(3):379-389. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4370>
8. Adrianzén-Peralta AL, Villalobos-Popuche VA, Llocila-Gonzales H. Correlation between level of knowledge and attitude toward human papillomavirus vaccine in high school students. *Horiz. Med.* [Internet]. 2022 Octubre [consultado 2025 julio 25];22(4):e1983. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2022000400009&Ing=es. doi: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n4.08>
9. Salazar-Llerena LD, Cantuñi-Carpio VP. Conductas de riesgos y conocimiento del virus de papiloma humano (VPH). *Salud Cienc. Tecnol.* 2023 [consultado 28 jul 2025]; 3:309. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023309>
10. Kyei GK, Kyei EF, Ansong R. HPV Vaccine Hesitancy and Uptake: A Conceptual Analysis Using Rodgers' Evolutionary Approach. *J Adv Nurs.* 2025 May;81(5):2368-2381. doi: 10.1111/jan.16653. Epub 2024 Dec 9. PMID: 39651685; PMCID: PMC11967301
11. Vélez-Álvarez C, Betancurth-Loaiza DP, Sánchez-Palacio N, et al. Más allá de la prevención: explorando conocimientos actitudes y prácticas sobre el virus del papiloma humano en niñas de Colombia. *NOVA* [Internet]. 2024 Nov. 15 [consultado 28 jul 2025];22 (43). Disponible en: universidadmayor.edu.co
12. Martínez Figueroa GI, et al. 2022. Validación del instrumento: conocimientos, creencias y aceptación de la vacuna del virus del papiloma humano. *Enfermería Global.* 21, 1 (ene. 2022), 328–350. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.475591>
13. Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; 2024 [citado 28 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.rae.es/>
14. Comisión Nacional De Los Derechos Humanos [Internet]. México; 2018-2025 [consultado 28 jul 2025]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/index.php/noticia/dia-internacional-de-las-familias-0>
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Internet]. México; 2006 [consultado 2025 julio 28]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=rcnat>
16. García-Urbe JC, Pineda-Echavarría LK, Mosquera-Mosquera DM. VPH la vacuna de la promiscuidad: una revisión de literatura y análisis desde la enfermería transcultural. *Enferm Comunitaria* [Internet]. 2022 [consultado 28 jul 2025];18 (Supl): e14006. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/ec/e14006>
17. Figueroa-Rojas PV, Aguilar-Chávez PV, Peralta-Iparraguirre AV, et al. Características asociadas a la aceptación de la vacuna del papiloma humano en padres de familia de niños en edad escolar. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2025 diciembre [consultado 21 jul 2025]; 25(2):69-79. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/rfmh.v25i2.6930>

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

Rocha-Corral EA, Peña-Rodríguez G, Vidaña-Santos M et al. Aceptación de la vacuna del VPH para varones con relación al conocimiento y creencias de los padres de familia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(4):e1608. doi: 10.5281/zenodo.23165563

Anexo 1

Cuestionario de conocimientos, creencias y aceptación de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH)

Martínez-Figueroa GI *et al.* Validación del instrumento: conocimientos, creencias y aceptación de la vacuna del virus del papiloma humano. *Enfermería Global*. 2022;21(1):328–350. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.475591>

Este cuestionario está dirigido a los padres y madres de familia, así como a tutores de niñas de entre 9 y 11 años, con el objetivo de medir los conocimientos, las creencias y la aceptación para la vacuna del virus del papiloma humano de sus hijos.

No.	I. Mecanismo de información del VPH y la vacuna contra el VPH	Sí	No
1	¿Alguna vez ha oído hablar del VPH?		
2	¿Alguna vez ha recibido información acerca del VPH?		
3	¿Alguna vez un médico/enfermero le ha informado acerca del VPH?		
4	¿En dónde o por parte de quién ha oído hablar del VPH? <i>Marque solo uno:</i>		
	4.1 Amigos		
	4.2 Familiares		
	4.3 Personal Escolar (profesores, directivos)		
	4.4 Medios de comunicación (televisión, radio, internet, anuncios)		
5	¿Alguna vez ha oído hablar de la vacuna contra el VPH?		
6	¿Alguna vez ha recibido información de la vacuna contra el VPH?		
7	¿Alguna vez un médico/enfermero le ha informado de la vacuna contra el VPH?		
8	¿En dónde o por parte de quién ha oído hablar de la vacuna contra el VPH? <i>Marque solo uno:</i>		
	8.1 Amigos		
	8.2 Familiares		
	8.3 Personal Escolar (profesores, directivos)		
	8.4 Medios de comunicación (televisión, radio, internet, anuncios)		

No.	II. Conocimientos sobre el VPH	Verdadero	Falso
9	La infección por el VPH se transmite por contacto sexual		
10	Las personas pueden transmitir el VPH a su (s) pareja(s) incluso si no presentan síntomas de infección por el VPH		
11	Tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de infección por el VPH		
12	El sexo a una edad temprana aumenta el riesgo de infección por el VPH		
13	Las verrugas genitales son causadas por una infección por el VPH		
14	La mayoría de las personas con el VPH genital no presentan signos ni síntomas visibles		
15	La infección por el VPH puede causar cáncer de cuello uterino		

No.	III. Creencias sobre el VPH, el cáncer de cuello uterino y la vacuna contra el VPH	1	2	3	4
		MD	D	A	MA
16	Existe el riesgo de que las mujeres jóvenes contraigan el VPH				
17	Existe el riesgo de que las mujeres jóvenes contraigan cáncer de cuello uterino				
18	La infección del VPH es un problema grave de salud				
19	El cáncer de cuello uterino es una enfermedad grave				
20	Considero que la vacuna contra el VPH es efectiva para prevenir verrugas genitales				
21	Considero que la vacuna contra el VPH me puede prevenir del cáncer de cuello uterino				
22	Considero que es confiable la vacuna contra el VPH				
23	La vacuna contra el VPH puede provocar efectos adversos severos				
24	Me causa conflicto saber que la vacuna contra el VPH requiera tres inyecciones				
25	La eficacia de la vacuna contra el VPH es confusa				
26	La vacuna contra el VPH es dañina				
27	Las mujeres que han sido vacunadas contra el VPH deben hacerse una prueba de Papanicolaou anualmente				
28	La vacunación contra el VPH provoca la disminución en el uso de condones				
29	La vacunación contra el VPH provoca que mi hija inicie su vida sexual a temprana edad				
30	La vacunación contra el VPH ocasiona un aumento en el número de parejas sexuales				
31	La vacunación contra el VPH la hace más consciente acerca de las infecciones de transmisión sexual				
	MD = Muy en Desacuerdo				
	D = Desacuerdo				
	MA = Muy en Acuerdo				
	A = Acuerdo				

No.	IV. Aceptación de la vacunación contra el VPH	1	2	3	4
		MD	D	A	MA
32	¿Está de acuerdo en que la Secretaría de Salud ofrezca la vacuna contra el VPH de forma gratuita a las niñas y niños de entre 9 y 11 años?				
33	¿Está de acuerdo que se vacune a todas las niñas y niños contra el VPH?				
34	Usted como madre ¿se vacunaría contra el VPH?				
35	¿Aceptaría la vacunación contra el VPH para su hijo?				
36	Si su hijo no está en el grupo destinatario ¿pagaría por vacunarlo contra el VPH?				
37	Si el gobierno ofrece la vacuna contra el VPH gratis ¿vacunaría a su hijo?				
38	Si la vacuna contra el VPH cuesta \$2,500.00 ¿vacunaría a su hijo?				
39	No tengo suficiente información sobre la vacuna contra el VPH para decidir si se la aplico a mi hijo				
40	La vacuna contra el VPH es tan nueva que quiero esperar un poco antes de decidir si mi hijo debiera recibirla				
	MD = Muy en Desacuerdo				
	D = Desacuerdo				
	MA = Muy en Acuerdo				
	A = Acuerdo				

¡Su opinión es muy importante, muchas gracias por participar!

Cecilia Lizeth Ibarra-Campos^{1a}, Alma Benita Lazcano-Castellanos^{2b}, Laura Patricia Limón-Toledo^{3c}, Ricardo Gutiérrez-Jauregui^{3d}, Diana Laura Franco-Curiel^{1e}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Occidente, Hospital de Gineco-Obstetricia "Ing. Ignacio García Tellez", Residencia Médica Especialidad Ginecología y Obstetricia. Guadalajara, Jalisco, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Occidente, Hospital de Gineco-Obstetricia "Ing. Ignacio García Tellez", Dirección de Educación e Investigación en Salud. Guadalajara, Jalisco, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Occidente, Hospital de Gineco-Obstetricia "Ing. Ignacio García Tellez", Servicio de Ginecología Oncológica. Guadalajara, Jalisco, México

Comité de Ética para la Investigación en Salud 13108 y Comité Local de Investigación en Salud 1310: R-2023-1310-040

Doi: 10.5281/zenodo.23165578

Resumen

ORCID

0009-0002-3529-155X^a

0009-0007-2705-1894^b

0000-0001-5852-2416^c

0009-0001-4224-7998^d

0009-0001-0775-4273^e

Palabras clave (DeCS):

Barreras de Acceso a los
Servicios de Salud
Detección Precoz del Cáncer
Neoplasias del Cuello Uterino
Prueba de Papanicolaou
Virus del Papiloma Humano

Keywords (DeCS):

Barriers to Access of Health Services
Early Detection of Cancer
Uterine Cervical Neoplasms
Papanicolaou Test
Human Papillomavirus Viruses

Correspondencia:

Alma Benita Lazcano Castellanos

Correo electrónico:

alma.lazcas@gmail.com,
alma.lazcano@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

22/02/2026

Fecha de aceptación:

07/07/2026

Introducción: las barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino constituyen un fenómeno multidimensional, donde interactúan factores relacionados con el conocimiento, las creencias culturales y el acceso a los servicios de salud,

Objetivo: describir las barreras de conocimiento, culturales y de acceso para la detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años en un hospital de tercer nivel del occidente de México.

Metodología: estudio transversal descriptivo en un hospital de gineco-obstetricia. Mediante muestreo no probabilístico consecutivo se incluyó a 384 mujeres. Se aplicó un cuestionario *Barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México (BACACE)* estructurado con las dimensiones de conocimiento, barreras culturales y de acceso ($\alpha = 0.71$). Análisis de datos con estadística descriptiva.

Resultados: la mayoría de las participantes presentó conocimiento general sobre cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano (94.3%). Las principales barreras culturales fueron el miedo (36.2%) y la preocupación ante un resultado anormal (53.1%), respecto al acceso, la incompatibilidad de los horarios de atención (33.3%) fue el obstáculo organizacional más relevante.

Conclusión: en las mujeres de 25 a 64 años que son atendidas en un hospital de tercer nivel para la detección oportuna del cáncer cervicouterino las principales barreras son de conocimiento, barreras culturales y barreras de acceso.

Abstract

Introduction: Barriers to the timely detection of cervical cancer constitute a multidimensional phenomenon involving the interaction of factors related to knowledge, cultural beliefs, and access to health services.

Objective: To describe knowledge-related, cultural, and access barriers regarding the timely detection of cervical cancer among women aged 25 to 64 at a tertiary-care hospital in western Mexico.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted at a gynecology and obstetrics hospital. A total of 384 women were included using consecutive non-probability sampling. The "Barriers to Access for Cervical Cancer Screening Tests in Mexico" (BACACE) questionnaire was administered; it is structured around the dimensions of knowledge, cultural barriers, and access barriers ($\alpha = 0.71$). Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: Many participants possessed general knowledge regarding cervical cancer and the human papillomavirus (94.3%). The primary cultural barriers were fear (36.2%) and worry about an abnormal result (53.1%); regarding access, incompatible service hours (33.3%) were the most significant organizational obstacle.

Conclusion: Among women aged 25 to 64 receiving care at a tertiary-care hospital for the timely detection of cervical cancer, the main barriers identified relate to knowledge, culture, and access.

Introducción

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema prioritario de salud pública a nivel mundial. En 2022, se estimaron más de 600,000 nuevos casos y aproximadamente 340,000 muertes, concentrándose más del 85% en países de ingresos bajos y medianos, donde persisten brechas en el acceso a vacunación, tamizaje y tratamiento oportuno.¹ La infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) constituye el principal factor etiológico, especialmente los genotipos oncogénicos 16 y 18.²

En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Estrategia Global para eliminar el cáncer cervicouterino como problema de salud pública, con el objetivo de reducir la incidencia a menos de 4 casos por 100,000 mujeres-año.^{2,3} La meta 90-70-90 exige que el 90% de las niñas sean vacunadas contra el VPH antes de los 15 años, el 70% de mujeres tamizadas a los 35 y 45 años con pruebas de alto desempeño, y el 90% de mujeres con lesiones o cáncer cervicouterino tratadas oportunamente. Modelos predictivos han demostrado que alcanzar estas metas podría evitar millones de casos y muertes durante el presente siglo.^{4,5,6}

En México, aunque se han implementado programas de vacunación y detección oportuna, la cobertura de tamizaje continúa siendo heterogénea entre regiones e instituciones. Incluso donde el servicio existe, persisten fallas en la organización, el seguimiento y el registro, por lo que no se alcanzan los niveles óptimos recomendados.^{7,8,9} La evidencia sugiere que la participación en programas de detección no depende únicamente de la disponibilidad del servicio, sino también de factores individuales, culturales y estructurales.^{10,11}

Diversos estudios han documentado que el desconocimiento sobre el VPH y el cáncer cervicouterino, el miedo al resultado, la vergüenza durante el procedimiento y las dificultades organizativas del sistema de salud influyen negativamente en la adherencia al tamizaje.^{12,13,14} Asimismo, investigaciones recientes en América Latina destacan que las barreras emocionales y las limitaciones en la organización de los servicios constituyen obstáculos persistentes, incluso en contextos urbanos con infraestructura disponible.^{15,16}

La evidencia disponible indica que las barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino constituyen un fenómeno multidimensional, donde interactúan factores relacionados con el conocimiento, las creencias culturales y el acceso a los servicios de salud, todos rele-

vantes para la participación de las mujeres elegibles en los programas de tamizaje para cáncer cervicouterino. La identificación de estas dimensiones permite comprender los factores que condicionan la participación de las mujeres en los programas de tamizaje. En conjunto, la literatura muestra que la detección oportuna no falla por una sola causa, sino por la interacción entre baja alfabetización en salud, normas de género y limitaciones organizacionales.^{17,18}

Aunque diversos estudios han descrito las barreras relacionadas con la detección del cáncer cervicouterino en distintos contextos, existe limitada evidencia sobre la interacción de estas dimensiones en mujeres atendidas en hospitales de tercer nivel en México. La identificación de estas barreras permitirá generar evidencia para orientar intervenciones dirigidas a mejorar la cobertura y adherencia al tamizaje en este nivel de atención.

Comprender estas dimensiones resulta fundamental para fortalecer las estrategias preventivas y avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos internacionales. Por ello, el presente estudio tuvo como propósito describir las barreras de conocimiento, culturales y de acceso para la detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años en un hospital de tercer nivel del occidente de México.

Metodología

Se realizó un estudio transversal y descriptivo durante el periodo de enero a octubre de 2024 en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO). La población de estudio estuvo constituida por mujeres entre 25 y 64 años que recibieron atención médica en dicha unidad.

Se incluyeron a mujeres que cumplieron con el rango de edad establecido y que, tras recibir información sobre los objetivos y alcances del estudio, aceptaron participar mediante firma de consentimiento informado. Se excluyeron mujeres con diagnóstico previo de malignidad ginecológica, antecedente de histerectomía total, limitaciones psicomotoras, o que no hablaran o escribieran el idioma español. Se excluyeron cuestionarios con ítems incompletos.

El tamaño de muestra se determinó mediante la fórmula para la estimación de proporciones en poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z\alpha = 1.96$), una proporción esperada de 50% ($p = 0.50$),

su complemento ($q = 0.50$) y una precisión del 5% ($\delta = 0.05$), obteniéndose un tamaño mínimo de muestra de 384 participantes. Este valor se adoptó como el número final de mujeres a incluir en el estudio. El estudio utilizó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, lo cual se justifica en función de las características de la población atendida. Este enfoque permitió incluir a todas las mujeres que cumplieran con los criterios de elegibilidad durante el periodo de recolección, garantizando un número suficiente de participantes para alcanzar el tamaño de muestra calculado.

La variable principal de estudio fue *barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino*, definida conceptualmente como el conjunto de factores relacionados con el conocimiento, las creencias culturales y el acceso a los servicios de salud que limitan o dificultan la participación de las mujeres en los programas de tamizaje para cáncer cervicouterino.

Asimismo, se registraron variables sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos con fines de caracterizar la población.

Instrumentos de medición

La variable se evaluó mediante el cuestionario *Barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México (BACACE)*,¹⁹ previamente desarrollado y validado en población mexicana para evaluar barreras relacionadas con la realización de pruebas de tamizaje de cáncer cervicouterino, con una consistencia interna global aceptable ($\alpha = 0.710$).

Dicho instrumento está integrado por 25 reactivos distribuidos en tres dimensiones: I) Conocimiento, II) Barreras culturales y III) Barreras de acceso. Con respuestas en escala tipo Likert en cinco opciones: Totalmente de acuerdo (5), De acuerdo (4), Indeciso (3), En desacuerdo (2) y Totalmente en desacuerdo (1). La puntuación obtenida en cada dimensión se clasificó conforme a los puntos de corte establecidos durante la validación del instrumento para determinar la presencia, posible presencia o ausencia de cada una de las barreras (cuadro I).

La fuente de información fue primaria y se obtuvo mediante entrevista directa realizada por los investigadores. La aplicación del cuestionario se realizó en un tiempo aproximado de 15 minutos y consta de dos partes. En la primera parte se recabaron datos generales, antecedentes gineco-obstétricos y antecedentes personales no patológicos asociados al riesgo de infección por VPH y/o cáncer

Cuadro I Dimensiones y puntos de corte del instrumento BACACE

Dimensiones	Ítems	Puntos de corte
I. Conocimiento	1 a 9	Existe barrera (0 a 27 puntos) Puede existir barrera (28 a 36 puntos) No existe barrera (≥ 37 puntos)
II. Barreras culturales	10 a 20	Existe barrera (≥ 45 puntos) Puede existir barrera (34 a 44 puntos) No existe barrera (0 a 33 puntos)
III. Barreras de acceso	21 a 25	Existe barrera (≥ 21 puntos) Puede existir barrera (16 a 20 puntos) No existe barrera (≤ 15 puntos)

cervicouterino, y en la segunda, se aplicó el cuestionario *Barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México (BACACE)*.

El análisis estadístico se realizó con los programas SPSS versión 25 y Microsoft Excel versión 16. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar), y las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, para facilitar la interpretación de los datos se presentaron en cuadros y figuras.

El estudio de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud 13108 y por el comité local de investigación en salud CLIES 1310 de la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia CMNO. El desarrollo de este protocolo respetó en todo momento los aspectos éticos que garantizan la identidad, dignidad, bienestar y privacidad de las mujeres participantes, quienes otorgaron su consentimiento informado por escrito al garantizar la confidencialidad de su información, el anonimato y el respeto a los principios éticos establecidos en la normatividad vigente.

Resultados

Se incluyó una muestra de 384 mujeres, que corresponde a una tasa de participación del 92% (384/417). La edad promedio fue de 31.8 $\pm$ 6.4 años. Predominaron las mujeres casadas (49.2%; IC95%: 44.25-54.20), con escolaridad de nivel superior (41.9%; IC95%: 37.0 – 46.9), residentes de la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara (77.1%; IC95%: 72.62-81.01). El 97.4% reportó menos de seis embarazos (cuadro II).

El 79.2% de las mujeres participantes inició vida sexual antes de los 20 años y el 61.7% refirió haber tenido entre dos y cinco parejas sexuales. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron el preservativo (18%) y anticonceptivos hormonales orales (16.9%), mientras que

Cuadro II Características generales de la población estudiada (n = 384)

Variable	Frecuencia	%	IC 95%
Estado civil			
Casada	189	49.2	44.25 – 54.20
Unión libre	132	34.4	29.80 – 39.26
Soltera	58	15.1	11.87 – 19.03
Otro	5	1.3	0.56 – 2.99
Escolaridad			
Escolaridad básica	113	29.5	24.9 – 34.0
Media superior	110	28.6	24.1 – 33.2
Superior	161	41.9	37.0 – 46.9
Lugar de residencia			
Zona Metropolitana de Guadalajara	296	77.1	72.62 – 81.01
Zona foránea	88	22.9	18.99 – 27.38

Fuente: elaboración propia

el 16.1% no utilizó ningún método. No se aplicó la vacuna contra el VPH al 75.8%. Respecto al tamizaje, el 84.6% se había realizado al menos una citología cervical, el 68.6% reportó realizarse el tamizaje con una periodicidad de hasta dos años y el 15.4% indicó no haberse realizado nunca una citología cervicovaginal (cuadro III).

En la figura 1 se muestran las tres dimensiones del cuestionario BACACE: el conocimiento, las barreras culturales y las barreras de acceso para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en la población estudiada.

Con base en los puntos de corte, en la dimensión de barreras de acceso, el 93.8% de las participantes refirió no tener barreras y el 90.6% en barreras culturales. En cuanto a la dimensión de conocimiento, el 65.4% se clasificó sin barreras, el 33.1% presentó posibles barreras y el 1.6% indicó que sí existían barreras. La mayoría de las participantes estuvo de acuerdo en los reactivos relacionados con la periodicidad del Papanicolaou (95.3%) y con el reactivo correspondiente al significado del VPH (94.3%); asimismo, el 84.4% refirió estar de acuerdo con los sitios de aparición del VPH, generalmente en genitales y boca; mientras que el 65.4% reconoció al hombre como portador del virus. Los mayores porcentajes de respuestas indecisas fueron en los reactivos relacionados con el carácter asintomático de la infección por VPH (36.5%) y el riesgo asociado al uso prolongado de anticonceptivos hormonales (47.9%) (cuadro IV).

En la dimensión cultural, el 36.2% expresó miedo al resultado del Papanicolaou y el 53.1% manifestó preocupación ante un resultado anormal. Asimismo, el 29.7%

indicó sentir pena y el 25.3% refirió incomodidad cuando el procedimiento era realizado por personal del sexo masculino. Cabe señalar, que la percepción de dolor estuvo presente en el 19% de las participantes (cuadro V).

En lo que respecta a las barreras de acceso, el 33.3% estuvo de acuerdo en que los horarios del centro no coincidían con su tiempo disponible, y más del 80% no percibió obstáculos relacionados con el trabajo, las ocupaciones cotidianas, la falta de centros de salud cercanos ni la ausencia de personal o material (cuadro VI).

Discusión

Las principales barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en las mujeres atendidas en el hospital de tercer nivel se relacionan con la dimensión de conocimiento, particularmente en aspectos clínicos del VPH; así como con las barreras culturales relacionadas con el miedo al resultado y la preocupación ante un diagnóstico anormal. Aunque las barreras de acceso fueron menos frecuentes, los horarios de atención representaron el principal obstáculo organizacional.

No obstante que persistieron vacíos importantes respecto a factores de riesgo y características clínicas de la infección, se observó comprensión adecuada en aspectos básicos del VPH. Este patrón coincide con estudios internacionales que señalan que la alfabetización en salud insuficiente se asocia con menor adherencia al cribado.¹² También se ha demostrado que las mujeres que no comprenden la naturaleza asintomática de la infección por el VPH tienden a posponer el tamizaje al no percibir un riesgo inmediato.¹³

En la población estudiada, el miedo al resultado fue una de las barreras culturales más frecuentes, lo que coincide con estudios realizados en Perú y México, así como en revisiones sistemáticas latinoamericanas. Este hallazgo sugiere que la disponibilidad del servicio no garantiza por sí misma la participación en el tamizaje cuando persisten factores emocionales.^{14,16} Se ha demostrado que el componente emocional del procedimiento ginecológico influye significativamente en la decisión de participar en programas de detección;¹⁵ estos hallazgos resaltan la necesidad de incorporar intervenciones psicoeducativas dentro de los programas preventivos.

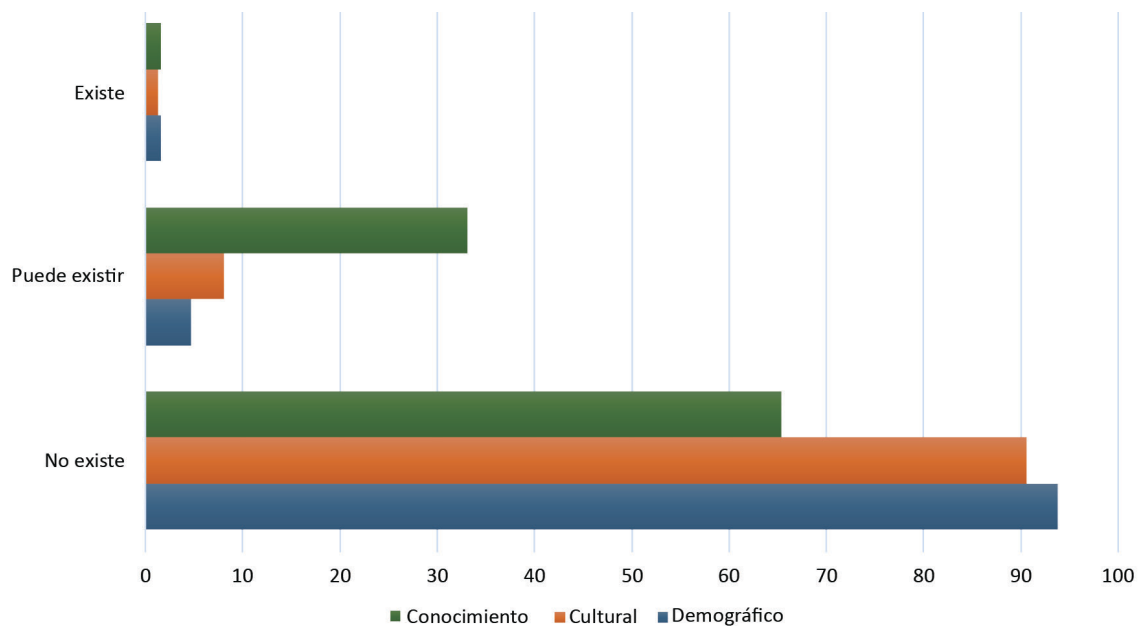
Aunque la mayoría de las participantes no reportó limitaciones geográficas, los horarios de atención y la organización institucional fueron señalados como obstáculos relevantes. Este fenómeno se ha documentado en estu-

Cuadro III Características reproductivas, comportamiento sexual y prácticas preventivas en la población estudiada (n = 384)

Variable	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Edad de primer contacto sexual			
< 18 años	142	37	32.2 – 41.8
18 – 20 años	162	42.2	37.3 – 47.1
> 20 años	78	20.3	16.3 – 24.3
Nunca	2	0.5	0.0 – 1.2
Número de parejas sexuales			
Ninguna	2	0.5	0.0 – 1.2
Una	120	31.3	26.7 – 35.9
Dos a cinco	237	61.7	56.8 – 66.6
Mayor o igual a seis	25	6.5	4.0 – 9.0
Uso de método anticonceptivo			
Preservativo	69	18	14.2 – 21.8
No usan método	62	16.1	12.4 – 19.8
Hormonales orales	65	16.9	13.1 – 20.7
DIU T cobre	59	15.4	11.8 – 19.0
DIU medicado	43	11.2	8.0 – 14.4
Implantes subdérmicos	43	11.2	8.0 – 14.4
Hormonales inyectables	26	6.8	4.3 – 9.3
Parches	17	4.4	2.3 – 6.5
Número de embarazos			
≥ 6 embarazos	10	2.6	1.0 – 4.2
< 6 embarazos	374	97.4	95.8 – 99.0
¿Se ha aplicado la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano?			
Si	93	24.2	19.9 – 28.5
No	291	75.8	71.5 – 80.1
¿Se ha realizado alguna vez una citología cervical (Papanicolaou)?			
Si	325	84.6	81.0 – 88.2
No	59	15.4	11.8 – 19.0
¿Con qué frecuencia se realiza la citología cervical?			
Nunca me la he realizado	57	14.8	11.2 – 18.4
Cada 6 meses	21	5.5	3.2 – 7.8
Cada año	173	45.1	40.1 – 50.1
Cada 2 años	69	18	14.2 – 21.8
Cada 3 años	17	4.4	2.3 – 6.5
Cada 5 años	12	3.1	1.4 – 4.8
Cada que me indica el médico	35	9.1	6.2 – 12.0

Fuente: elaboración propia

Figura 1 Barreras de conocimiento, culturales y demográficas para la detección oportuna de cáncer cervicouterino (n = 384)



Fuente: elaboración propia

Cuadro IV Respuestas sobre el conocimiento del VPH y cáncer cervicouterino de las mujeres participantes (n = 384)

Ítem	Escala Likert		
	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo
Las mujeres que tienen infección por VPH no presentan síntomas	23.9	36.5	39.6
Utilizar pastillas anticonceptivas por más de 5 años hace más propensa a la mujer de tener cáncer cervicouterino	22.9	47.9	29.2
El hombre es el portador del VPH	12.2	22.4	65.4
El cáncer cervicouterino les da solo a las mujeres	6.5	10.7	82.8
El VPH generalmente aparece en genitales y boca	4.6	10.9	84.4
Me debo realizar el Papanicolaou una vez al año	2.8	1.8	95.3
El VPH significa Virus del Papiloma Humano	1.8	3.9	94.3

Fuente: elaboración propia

Cuadro V Barreras culturales relacionadas con la realización del Papanicolaou en mujeres participantes de 25 a 64 años (n = 384)

Ítem	Escala Likert		
	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo
Me preocupa que salga algo raro en mi Papanicolaou	34.3	12.5	53.1
Tengo miedo del resultado del Papanicolaou	52	11.7	36.2
Me da pena que un hombre (enfermero o médico) me haga el Papanicolaou	61.7	8.5	29.7
Me causa inquietud que una persona del sexo opuesto me haga el Papanicolaou	65.6	9.1	25.3
Creo que hacerse el Papanicolaou o prueba del papiloma es doloroso	66.9	14	19
El Papanicolaou y prueba de VPH/papiloma solo se hace a las mujeres que ya tuvieron hijos	80.4	10.1	9.3
Me debo hacer el Papanicolaou o prueba del papiloma humano solo si mi médico o la enfermera me lo recomienda	82.5	6.5	10.9
Mi novio/esposo/pareja se podría molestar si alguien me ve mis partes íntimas	86.2	6.2	7.5
A mi novio/esposo/pareja le molesta que me vean mis partes íntimas en una revisión médica o de enfermería	86.2	4.6	9.1

Fuente: elaboración propia

Cuadro VI Barreras demográficas relacionadas con la realización del Papanicolaou en mujeres participantes de 25 a 64 años (n = 384)

Ítem	Escala Likert		
	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo
Los horarios del centro de salud coinciden con mis horarios libres para poder acudir a que me realicen el Papanicolaou	33.3	17.2	49.5
Por mi trabajo me es difícil acudir a que me hagan el Papanicolaou o la prueba del VPH/papiloma	80.4	8.8	10.6
En donde yo vivo no hay centros de salud cercanos	86.2	3.9	9.9
En el centro de salud se han negado a hacerme el Papanicolaou porque dicen que no hay personal o material	80.7	9.3	9.9
Mis ocupaciones me impiden acudir a que me realicen el Papanicolaou	83.3	8	8.5

Fuente: elaboración propia

dios urbanos recientes, donde la accesibilidad práctica, más que la simple disponibilidad del servicio, constituye la principal limitante.²⁰ La evidencia sugiere que modelos con horarios extendidos, estrategias extramuros y autónomas para la detección del VPH pueden mejorar la cobertura en poblaciones con limitaciones de tiempo.²¹

Desde una perspectiva global, estos resultados adquieren especial relevancia en el marco de la estrategia 90-70-90 de la OMS.^{4,6} Si bien en México se ha avanzado en la vacunación, alcanzar el 70% de cobertura en el tamizaje requiere superar barreras estructurales y emocionales, como las aquí identificadas. Modelos epidemiológicos indican que el cumplimiento integral de esta estrategia podría reducir sustancialmente la incidencia y mortalidad en las próximas décadas.⁵

En este escenario, tanto el personal médico como de enfermería desempeñan un papel fundamental como agentes educadores y facilitadores del acceso, contribuyendo a disminuir temores, mejorar la comunicación y promover la participación informada en los programas de detección.²²

Conclusiones

En las mujeres de 25 a 64 años que son atendidas en un hospital de tercer nivel para la detección oportuna del cáncer cervicouterino, las principales barreras son de conocimiento, barreras culturales y barreras de acceso.

Aunque la mayoría de las participantes mostró conocimiento general adecuado, persiste la incertidumbre sobre la historia natural de la infección y factores de ries-

go relacionados. El miedo al resultado y la preocupación ante un diagnóstico anormal son las principales barreras culturales. Por su parte, los horarios de atención representaron el obstáculo organizacional más frecuente.

Entre las fortalezas del estudio se destaca el empleo de un instrumento previamente validado y la inclusión de una muestra suficiente para cumplir con los objetivos planteados. Se recomienda desarrollar estudios multicéntricos y longitudinales que evalúen la efectividad de las intervenciones dirigidas a fortalecer el conocimiento, disminuir las barreras culturales y optimizar la organización de los servicios de salud para incrementar la participación en los programas de tamizaje.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, así como el muestreo no probabilístico consecutivo, lo cual puede limitar la generalización de los resultados. Asimismo, el uso de cuestionarios autoaplicados puede implicar sesgo de recuerdo o deseabilidad social. Además, los resultados deben interpretarse considerando que la población corresponde a un hospital de tercer nivel en un contexto urbano.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los revisores de la revista por sus valiosas recomendaciones destinadas a mejorar la calidad del presente artículo.

Referencias

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.
2. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155(S1):28-44. doi:10.1002/ijgo.13865.
3. Brisson M, Kim JJ, Canfell K, et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet.* 2020;395(10224):575-590. doi:10.1016/S0140-6736(20)30068-4.
4. Zou Z, Fairley CK, Ong JJ, et al. Impact of achieving WHO's 90-70-90 targets on cervical cancer elimination and potential benefits in preventing other HPV-related cancers in China: a modelling study. *EClinicalMedicine.* 2024;77:102878. doi:10.1016/j.eclim.2024.102878.
5. Canfell K, Kim JJ, Brisson M, et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet.* 2020;395(10224):591-603. doi:10.1016/S0140-6736(20)30157-4.
6. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020.
7. Barquet-Muñoz SA, Arteaga-Gómez C, Díaz-López E, Rodríguez-Trejo A, Marquez-Acosta J, Aranda-Flores C. Current status and challenges in timely detection of cervical cancer in Mexico: expert consensus. *Front Oncol.* 2024;14. doi:10.3389/fonc.2024.1383105.
8. Rodríguez OAP, Galarde-López M, Sánchez CQ, Sevilla AR. Spatial Epidemiology of Human Papillomavirus Screening Coverage in Mexico, 2013-2019. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2025;26(1):215-224. doi:10.31557/APJCP.2025.26.1.215.
9. Fernández-Deaza G, Serrano B, Roura E, et al. Cervical cancer screening coverage in the Americas region: a synthetic analysis. *The Lancet Reg Health Am.* 2024;30. doi:10.1016/j.lana.2024.100689.
10. Sharma J, Yennapu M, Priyanka Y. Screening Guidelines and Programs for Cervical Cancer Control in Countries of Different Economic Groups: A Narrative Review. *Cureus.* 2023;15(6):e41098. doi:10.7759/cureus.41098.
11. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(5):321-346. doi:10.3322/caac.21628.
12. León-Maldonado L, Cabral A, Pages G, et al. Barriers and facilitators to a combined strategy of HPV vaccination and cervical cancer screening among Mexican women. *Hum Vaccin Immunother.* 2025; 21(1). doi:10.1080/21645515.2025.2483018.
13. Arrivillaga M, Bermúdez PC, García-Cifuentes JP, Rodríguez-López M, Neira D, Vargas-Cardona HD. Women's critical experiences with the pap smear for the development of cervical cancer screening devices. *Heliyon.* 2023;9(3): e14289 doi:10.1016/j.heliyon.2023.
14. Matassini Eyzaguirre SM, Luna V. Barriers for diagnosis and therapy of cervical cancer in a public hospital in Lima, Peru: A qualitative study. *Acta Med Peru.* 2020;37(4):463-470. doi:10.35663/AMP.2020.374.1835.
15. Mosquera I, Barajas CB, Theriault H, et al. Assessment of barriers to cancer screening and interventions implemented to overcome these barriers in 27 countries in Latin American and Caribbean countries. *Int J Cancer.* 2024;155(4):719-730. doi:10.1002/ijc.34950.
16. Rivera-Chavarría A, Calderón-Céspedes A. Barriers according to health care access dimensions and cervical cancer in Costa Rica: a qualitative systematic review. *Poblac Salud Mesoam.* 2022;20(1). doi:10.15517/psm.v20i1.48983.
17. Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG, et al. Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2022;22(1). doi:10.1186/s12905-022-02043-y.
18. Morse RM, Brown J, Ríos López EJ, et al. Challenges associated with follow-up care after implementation of an HPV screen-and-treat program with ablative therapy for cervical cancer prevention. *BMC Public Health.* 2024;24(1). doi:10.1186/s12889-024-19436-3.
19. Gutiérrez Granados MM, Juárez Lira A. Desarrollo y validación de un instrumento en la determinación de barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México. *Rev Cient de Enferm.* 2021;(21):4-21. doi:10.14198/recien.2021.21.02.
20. Kedar A, John A, Goala S, et al. Barriers and facilitators in implementing population based common cancer screening through community health workers. *Ecancermedicalscience.* 2021;15:1277. doi:10.3332/ECANCER.2021.
21. Aguilar-Linares G, Márquez-Serrano M, Meneses-Navarro S, et al. Barriers and facilitators for adherence to follow-up by HR-HPV-positive women with premalignant cervical lesions: a mixed-design study in Mexico. *BMC Womens Health.* 2024;24(1). doi:10.1186/s12905-024-03379-3.
22. Rojas-González EP. Analysis of health programs on cervical cancer in Mexico Análisis de los programas de salud sobre el cáncer cervicouterino en México. doi:10.5281/zenodo.14367077

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

Ibarra-Campos CL, Lazcano-Castellanos AB, Limón-Toledo LP et al. Barreras de conocimiento, culturales y de acceso en mujeres de 25 a 64 años para la detección de cáncer cervicouterino. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(4):e1610. doi: 10.5281/zenodo.23165578

Fabiola Meza-Juárez^{1a}, Maricarmen Moreno-Tochihuitl^{2b}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Dirección de Enfermería. Ciudad de México, México

²Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería. Puebla, Puebla. México

Doi: 10.5281/zenodo.23165632

ORCID

0009-0007-9956-7259^a

0000-0001-6005-8683^b

Palabras clave (DeCS):

Competencia Profesional
Rol de la Enfermera
Gestión en Salud

Keywords (DeCS):

Professional Competence
Nurse's Role
Health Management

Correspondencia:

Fabiola Meza Juárez

Correo electrónico:

fmeza1450@gmail.com

Fecha de recepción:

29/12/2025

Fecha de aceptación:

09/05/2026

Resumen

Introducción: las competencias gerenciales del personal directivo de enfermería que fundamentan el ejercicio de la gestión de los cuidados se conforman por la integración entre el saber ser, el saber hacer y el saber convivir.

Objetivo: analizar el desarrollo de las competencias gerenciales (conocimientos, habilidades y actitudes) y el grado de importancia que le atribuye el personal directivo de enfermería.

Metodología: estudio transversal analítico con personal directivo de enfermería ($n = 50$). Se utilizó una ficha de identificación y un *Cuestionario de Competencias Gerenciales de Lazarotto*, para evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes ($\alpha = 0.97$). Se conforma con dos escalas, la autoevaluación y la percepción de la aplicación de las competencias o grado de importancia. Análisis descriptivo, IC95% para cada dimensión y correlación de Pearson $p = 0.05$, una vez verificado el supuesto de normalidad.

Resultados: la media de conocimientos fue 65 ± 15 (98-28) en contraste con el grado de importancia de 80 ± 12 (37-100). En habilidades fue 57 ± 13 (16-80) y el grado de importancia 66 ± 11 (16-80). Respecto a la actitud fue 55 ± 12 (30-75) y el grado de importancia de 62 ± 11 (30-75). Se identificó alta correlación entre conocimientos y actitudes gerenciales ($R = 0.994$; $p = 0.001$).

Conclusiones: estos hallazgos contribuyen al diseño de estrategias institucionales con enfoque en las competencias directivas, especialmente en la gestión de información, análisis epidemiológico y liderazgo participativo.

Abstract

Introduction: The managerial competencies of nursing leadership—which underpin the management of care—are formed by the integration of knowing how to be, knowing how to do, and knowing how to coexist.

Objective: To analyze the development of managerial competencies (knowledge, skills, and attitudes) and the degree of importance attributed to them by nursing leadership personnel.

Methodology: An analytical cross-sectional study involving nursing leadership personnel ($n = 50$). An identification form and *Lazarotto's Managerial Competencies Questionnaire* were used to assess knowledge, skills, and attitudes ($\alpha = 0.97$). The instrument comprises two scales: self-assessment and the perception of competency application (or degree of importance). Analysis included descriptive statistics, 95% CIs for each dimension, and Pearson correlation ($p = 0.05$) following verification of the normality assumption.

Results: The mean score for knowledge was 65 ± 15 (range: 28-98), compared to a perceived importance score of 80 ± 12 (range: 37-100). For skills, the mean score was 57 ± 13 (range: 16-80) and the perceived importance score was 66 ± 11 (range: 16-80). Regarding attitudes, the mean score was 55 ± 12 (range: 30-75) and the perceived importance score was 62 ± 11 (range: 30-75). A high correlation was identified between managerial knowledge and attitudes ($R = 0.994$; $p = 0.001$).

Conclusions: These findings contribute to the design of institutional strategies focused on leadership competencies, particularly in the areas of information management, epidemiological analysis, and participatory leadership.

Introducción

Las competencias gerenciales del personal de enfermería son la piedra angular para el desarrollo del liderazgo y el fortalecimiento en la toma de decisiones, así como la coordinación del trabajo en equipo para la mejora de la calidad de los servicios de salud y la gestión del cuidado de forma efectiva en una institución de servicios de salud.¹ Las competencias gerenciales que fundamentan el ejercicio de la gestión de los cuidados de enfermería se conforman por la integración entre el saber ser, el saber hacer y el saber convivir.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que, con el fortalecimiento de las competencias gerenciales de los profesionales de enfermería, se puede optimizar la eficiencia de los servicios y garantizar la seguridad de los pacientes.³ En este sentido, el 82% de los países refiere tener un director o directora general de enfermería gubernamental; no obstante, sus funciones en la gestión del personal de enfermería, en la planificación y en la política sanitaria no están claras. En consecuencia, sin una autoridad y recursos claros, no pueden influir eficazmente en la planificación o las políticas del personal; por ende, las perspectivas de enfermería se quedan fuera de las decisiones críticas del sistema de salud. Esta brecha de gobernanza afecta desde la planificación educativa hasta las condiciones laborales y, en última instancia, la atención del paciente.⁴

Con base en datos del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería (SIARHE) de la Secretaría de Salud, el sistema cuenta en 2026 con un registro nacional por plazas ocupadas de 375,034 distribuidas en las instituciones de salud y educativas del país (cuadro I).

Del total de profesionales de enfermería activos, se estima una proporción de 4.2 a 3.5 enfermeras por cada 1,000 habitantes, cifra inferior al estándar recomendado internacionalmente de al menos 6 por cada 1,000 habitantes. En este contexto, se hace evidente una cobertura insuficiente del recurso humano de enfermería para atender las necesidades de la población y se reflejan importantes desafíos estructurales.⁵ Dicha situación se agrava si se considera que México presenta un déficit estimado de personal de enfermería en relación con los estándares internacionales, lo que impacta directamente en la calidad y oportunidad de los servicios de salud.⁶

Paralelamente, el sistema de salud enfrenta una creciente demanda de servicios. Según datos demográficos, alrededor del 12% de la población mexicana tiene 60 años o más, lo que incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas y la necesidad de atención continua. Aunado al 85% de los problemas de salud que podrían resolverse en el primer nivel de atención, sin embargo, en este nivel de atención solo se cuenta con el 10% de los recursos humanos, con la consecuente ineficiencia en la gestión del sistema.⁷

Cuadro I Registro nacional por plazas ocupadas de personal de enfermería

Instituciones	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Nacional	333,544	335,103	343,543	354,626	370,773	375,034
Secretaría de Salud	130,596	131,400	137,653	141,688	146,357	146,899
SSGDF	9,806	9,792	9,543	9,440	9,451	9,409
Institutos y hospitales de alta especialidad	14,261	16,041	16,379	16,536	16,601	16,444
Servicios médicos estatales	6,736	6,565	6,973	7,076	7,128	7,297
IMSS	115,643	114,903	114,860	118,745	126,645	127,984
IMSS Régimen BIENESTAR	11,658	11,438	11,586	12,274	11,682	11,580
ISSSTE	26,205	27,142	27,792	29,772	32,229	33,768
Petróleos Mexicanos	2,522	2,210	2,412	2,300	2,237	2,274
DIF	602	517	777	788	814	849
Servicios médicos privados	9,517	9,160	9,258	9,550	9,747	10,300
Cruz Roja Mexicana	190	179	179	176	249	264
Hospitales universitarios	546	480	480	480	698	716
Centros educativos	5,262	5,376	5,651	5,801	6,935	7,250

Nota: la información de SEDENA y SEMAR, la fuente no reporta datos para este periodo

Fuente: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (Secretaría de Salud). México, 2026

En entornos cambiantes, es crucial contar con personal profesional de enfermería competente, resiliente y con habilidades de liderazgo. Al respecto, en el Programa del Instituto Mexicano del Seguro Social 2025-2030 se establece la estrategia para fortalecer la formación y gestión de personal médico especialista y de enfermería, para implementar un sistema de capacitación continua mediante el análisis y detección de necesidades prioritarias de los servicios de salud.⁸

Ante este escenario, es necesario fortalecer la gestión en salud con profesionales capaces de optimizar recursos, coordinar equipos y tomar decisiones estratégicas. En este sentido, las competencias gerenciales de conocimientos, habilidades y actitudes se vuelven esenciales para enfrentar la complejidad del sistema, caracterizado por limitaciones de recursos, alta demanda de servicios y la necesidad de mejorar la calidad de la atención,⁹ así como mejorar la gestión de recursos humanos y materiales, y favorecer la toma de decisiones basada en la evidencia.¹⁰

Al respecto, de las competencias gerenciales persiste un vacío en la evaluación y detección sistemática,¹¹ particularmente desde la perspectiva de los propios profesionales de enfermería que desempeñan funciones directivas en el IMSS en el estado de Puebla; por lo tanto, las posibilidades de cumplir con las estrategias efectivas de formación y fortalecimiento de liderazgo en enfermería son limitadas.

La generación de evidencia permitirá contribuir al fortalecimiento de la gestión del cuidado y a la mejora de la calidad de los servicios de enfermería, con base en el supuesto: *el nivel de competencias gerenciales, desde la perspectiva de autoevaluación y grado de importancia, se relaciona con las estrategias enfocadas al fortalecimiento de conocimientos, habilidades y actitudes del personal directivo de enfermería.*

El objetivo del presente estudio fue analizar el desarrollo de las competencias gerenciales (conocimientos, habilidades y actitudes) y la importancia que se le atribuye durante el desempeño del personal directivo de enfermería del IMSS en el estado de Puebla.

Metodología

Tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal analítico con la finalidad de caracterizar el nivel de las competencias gerenciales tal como son percibidas por los participantes, mediante un proceso de autoevaluación para identificar

la distribución de dichas competencias en un momento específico. En cuanto al enfoque correlacional analítico, se justifica porque se buscó analizar la relación existente entre el nivel de competencias y el grado de importancia que los participantes le atribuyen.

Población y muestra

La población estuvo conformada por personal directivo de enfermería de las siguientes categorías: Coordinadora estatal, Jefe de Enfermeras, Subjefe de enfermeras y Jefe de Piso de los hospitales de primer y segundo nivel de atención del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del estado de Puebla.

Para el cálculo del tamaño de muestra se consideró como población de referencia al total de profesionales de enfermería que ocupaban un puesto directivo al término del ciclo 2024; dicho grupo representa el universo real y accesible de los sujetos con las características específicas requeridas para el estudio.

Se incluyeron 50 participantes que se desempeñaban en un puesto gerencial en el momento de la recolección de datos; no se incluyó a quienes se encontraban con licencia o permiso, así como a aquellos con antigüedad menor a tres meses en el cargo directivo. Los instrumentos que se presentaron con información incompleta fueron eliminados del análisis.

Instrumentos de medición

- **La ficha de identificación (FI-2023)** elaborada por Meza y Moreno (2023), es la descripción de datos personales y laborales que fue aplicada a todos los gerentes de enfermería que participaron en el estudio y consta de dos rubros que indagan los datos personales (sexo, edad y estado civil) y datos laborales (área donde labora, cargo, condición laboral, antigüedad y nivel de instrucción).
- **Cuestionario de Autoevaluación e Importancia de las Competencias Gerenciales de los Profesionales de Enfermería**, elaborado por Elizabeth Lazarotto¹² en Florianópolis, Brasil, en 2001. Confiabilidad aceptable: 0.97 Alpha de Cronbach.¹³ Dicho instrumento mide las competencias en: a) *Conocimientos*, nivel de información sobre aspectos gerenciales con 20 ítems; b) *Habilidades*, capacidad de hacer que las cosas funcionen sin esfuerzo y con certeza en un enfoque gerencial evaluados por 16 ítems; c) *Actitudes*, predispo-

sición psicológica con relación a una organización o situación con enfoque gerencial, 15 ítems.

Se evalúa con dos escalas: la autoevaluación del nivel de conocimientos que se posee y la percepción del grado de importancia que se atribuye a la aplicación de las competencias. Ambas escalas con posibilidad de respuesta tipo Likert donde: 1 = Deficiente, 2 = Regular, 3 = Bueno, 4 = Muy bueno y 5 = Excelente. Cada ítem se califica en una escala ordinal, donde los valores próximos a 51 indican menor percepción de competencia y los valores cercanos a 255 reflejan mayor nivel percibido.

Procedimiento

Una vez aprobado el proyecto, se acudió a los hospitales de primer y segundo nivel y con las coordinadoras delegacionales para la aplicación del instrumento hasta completar el tamaño de la muestra. Con la solicitud del consentimiento informado, participación voluntaria y garantía de la confidencialidad de la información, se procedió a informar al personal directivo participante del objetivo del estudio y sobre las instrucciones para el adecuado llenado del instrumento.

El tiempo promedio de respuesta fue de aproximadamente 25 minutos. Durante su aplicación, se brindó orientación para la comprensión de los ítems, en caso de ser necesario.

Al término de la aplicación, se realizó la revisión de cada cuestionario para verificar su correcto y completo llenado. Posteriormente, los instrumentos fueron resguardados en sobres cerrados, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información proporcionada. Finalmente, se agradeció la participación en el estudio.

Se procedió al análisis estadístico mediante el programa IBM SPSS Statistics Versión 25. Para dar respuesta al objetivo de describir las características sociodemográficas de la muestra, se utilizó un análisis estadístico de frecuencia y para obtener la confiabilidad del instrumento se utilizó alpha de Cronbach.

Los valores de cada dimensión del instrumento se calcularon mediante sumatoria y promedio de los ítems que las integran. Posteriormente, los puntajes fueron agrupados en categorías según los niveles de desempeño, considerando como nivel satisfactorio aquellos puntajes que se ubicaron en los rangos superiores de la escala. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión, y se estimaron intervalos de confianza al 95% para cada una de las dimensiones evaluadas.

Se utilizó estadística inferencial (correlación de Pearson) para identificar asociaciones entre las variables de estudio, estableciendo un nivel de significancia estadística de $p = 0.05$, una vez verificado el cumplimiento del supuesto de normalidad.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó con base en las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki; además, se consideró como una investigación sin riesgo y, en cuanto al abordaje de cada participante, fue considerado con riesgo mínimo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Resultados

Del total de 50 participantes de enfermería que se desempeñaban con funciones directivas en los hospitales de primer nivel (7), segundo nivel (41) y delegación estatal (2), predominó el sexo femenino en un 94% (47), lo cual es consistente con la tendencia internacional del sector enfermero y refleja la persistencia del liderazgo femenino en los espacios de gestión del cuidado.

La mayoría de las participantes se encuentra entre 45 y 56 años, en dos rangos de antigüedad laboral de 12 a 17 años (44%) y de 18 a 24 años (40%), lo que sugiere una acumulación de experiencia laboral intermedia en este grupo. En cuanto a la formación académica, más de la mitad tiene grado de Licenciatura (68%), Maestría (18%) y Doctorado ($f = 3$, 6%). Asimismo, con especialización en enfermería de cuidados intensivos, quirúrgica y salud pública, lo que fortalece la capacidad del equipo para liderar procesos clínicos y administrativos desde diferentes perspectivas del cuidado.

En cuanto a las dimensiones de autoevaluación y grado de importancia de las competencias gerenciales, en la dimensión de conocimientos, la media fue de 65 ± 15 (98-28). En contraste, el grado de importancia asignado a esta dimensión presentó una media de 80 ± 12 (37-100). En la autoevaluación de la dimensión de habilidades, la media fue de 57 ± 13 (16-80). El grado de importancia fue de 66 ± 11 (16-80), lo que indica una mayor valoración respecto a la percepción del desempeño. Respecto a la autoevaluación de la dimensión de actitud, la media fue de 55 ± 12 (30-75), mientras que el grado de importancia alcanzó una media de 62 ± 11 (30-75) (cuadro II).

Cuadro II Autoevaluación y grado de importancia de las competencias gerenciales (n = 50)

Competencias gerenciales	Autoevaluación				Grado de importancia			
	Media	DE	Rango		Media	DE	Rango	
			Mínimo	Máximo			Mínimo	Máximo
Conocimientos	65	15	98	28	80	12	100	37
Habilidades	57	13	80	16	66	11	80	16
Actitudes	55	12	75	30	62	11	75	30

Fuente: elaboración propia

En la dimensión de conocimiento, las medias oscilaron entre 2.84 y 3.50, con un nivel de autoevaluación moderado. Los puntajes más altos se concentraron en el conocimiento de los servicios institucionales ($X = 3.50$; $DE = 0.863$), materiales e insumos ($X = 3.46$; $DE = 0.908$) y calidad del servicio ($X = 3.44$; $DE = 1.128$), asociados a componentes operativos. En contraste, los valores más bajos corresponden al conocimiento del sistema de información ($X = 2.84$; $DE = 0.912$), lo que identifica áreas de oportunidad en aspectos analíticos y de gestión. Respecto al grado de importancia, la mayoría de las competencias alcanzaron medias cercanas o superiores a 4.0, destacando el conocimiento de normas y procedimientos ($X = 4.22$; $DE = 0.737$).

Se identificaron brechas importantes entre autoevaluación e importancia en la competencia de conocimiento de las políticas de salud. En conjunto, los hallazgos muestran que las competencias más valoradas se relacionan con el marco normativo e institucional y los menores niveles de dominio se concentran en conocimientos analíticos y de gestión de información en salud (cuadro III).

En el cuadro IV se confirma que el grado de importancia asignado a competencias supera consistentemente la autoevaluación, patrón que se mantiene al considerar los intervalos de confianza (IC95%), evidenciando una brecha sistemática entre el nivel percibido y el nivel deseado de desempeño. En la autoevaluación, las competencias mejor valoradas fueron ser ético con el equipo, superiores y usuarios ($X = 3.80$; IC95%: 3.52-4.08). En contraste, los valores más bajos se observaron en saber encontrar solución a los problemas ($X = 3.38$; IC95%: 3.19-3.69), cuyos intervalos se mantienen en rangos inferiores, confirmando áreas de oportunidad en habilidades analíticas. Respecto al grado de importancia, la mayoría de las competencias presentan IC95% por encima de 4.0, destacando ser capaz de motivar al equipo ($X = 4.38$; IC95%: 4.08-4.56). Un hallazgo es saber administrar los programas desarrollados, cuyo grado de importancia no solo es inferior al resto, sino que se sitúa por debajo de su propia evaluación. Se observa que las competencias

más valoradas son el liderazgo, la ética y la interacción social, en contraste con un menor dominio percibido en habilidades analíticas.

En el constructo correspondiente a las actitudes, se observa que el grado de importancia asignado supera consistentemente los valores de autoevaluación, tendencia que se mantiene al considerar los intervalos de confianza (IC95%), evidenciando una brecha entre el nivel percibido y la relevancia atribuida a estas competencias en el contexto profesional. En la autoevaluación, las puntuaciones más altas se reflejaron en demostrar humildad ($X = 3.82$; IC95%: 3.57-4.07). En contraste, las puntuaciones más bajas se observaron en fomentar la creatividad del equipo y de los grupos comunitarios ($X = 3.45$; IC95%: 3.20-3.70). Respecto al grado de importancia, las competencias medias superiores fueron en cuanto a ser justo con su equipo y usuarios ($X = 4.20$; IC95%: 3.97-4.43). En conjunto, la diferencia entre autoevaluación e importancia fue particularmente evidente en competencias como fomentar la creatividad del equipo (cuadro V).

En el grado de importancia se observa una correlación alta entre conocimientos y actitudes ($r = 0.994$, $p = 0.001$). Los resultados evidencian una interdependencia significativa entre las competencias gerenciales. Estos hallazgos sugieren que las competencias son percibidas de manera integral y complementaria, reforzando la importancia de abordar el desarrollo gerencial desde una perspectiva multidimensional que articule conocimientos, habilidades y actitudes (cuadro VI).

Discusión

La edad de los participantes, entre 45 y 56 años, que se desempeñan en puestos de liderazgo, significa un estatus de experiencia en su área. De acuerdo con Vázquez Ortiz,¹⁴ la edad no influye significativamente en las competencias gerenciales, no así en las competencias clínicas, bajo el supuesto de que a mayor tiempo laboral se desarrollan habilidades para mejorar algunos procedimientos

Cuadro III Autoevaluación y grado de importancia de la competencia gerencial de conocimiento (n = 50)

Competencia gerencial	Autoevaluación		Grado de importancia	
Conocimientos	Media	DE	Media	DE
• Conocimientos de las políticas de salud	3.08	.804	4.14	.729
• Conocimiento de la misión y los objetivos de la institución de salud	3.34	.895	4.20	.700
• Conocimiento de los servicios desarrollados en la institución de salud	3.50	.863	4.16	.650
• Conocimiento de la comunidad	3.04	.989	4.00	.833
• Conocimiento del perfil epidemiológico del área del alcancé de la institución de salud	3.00	.948	4.02	.892
• Conocimiento del sistema de información	2.84	.912	3.84	.934
• Conocimiento y desarrollo de la planificación de la institución de salud	3.18	1.004	4.06	.818
• Conocimiento y desarrollo de la programación de la institución de salud	3.16	.997	3.94	.956
• Conocimiento de los recursos humanos	3.30	1.015	4.00	.948
• Conocimiento de las instalaciones físicas	3.38	.967	4.00	.969
• Conocimiento de los equipos	3.36	.942	4.00	.969
• Conocimiento de los materiales de consumo, medicamentos/inmunobiológicos	3.46	.908	4.16	.738
• Conocimiento de normas y procedimientos	3.42	.950	4.22	.737
• Conocimientos de la evaluación de los servicios de la salud	3.30	1.055	4.10	.886
• Conocimiento del trabajo en los servicios de la salud	3.42	.971	4.04	.968
• Conocimiento de administración participativa	3.24	1.001	4.02	.958
• Conocimiento de gestión de trabajo de los servicios de salud	3.30	1.035	3.96	1.009
• Conocimiento de gestión de los medios de producción de la institución de salud	3.30	1.074	3.98	.979
• Conocimiento de la administración estratégica de la institución de la salud	3.34	1.022	4.00	1.010
• Conocimiento de la calidad del servicio prestado	3.44	1.128	4.04	1.106

Fuente: Lazzarotto, 2021

Cuadro IV Autoevaluación y grado de importancia de la competencia gerencial de habilidades (n = 50)

Competencia	Autoevaluación		Grado de importancia	
Habilidades	Media	DE	Media	DE
• Ser capaz de comunicarse de forma adecuada con el equipo y el usuario	3.58	1.071	4.14	.857
• Saber identificar problemas	3.44	.907	4.04	.903
• Saber encontrar solución a los problemas	3.38	.967	4.16	.934
• Utilizar la creatividad en su trabajo y con el equipo	3.46	1.054	4.14	.857
• Utilizar la empatía con el equipo y los usuarios	3.58	1.012	4.26	.876
• Utilizar su intuición en el desarrollo del trabajo	3.60	.904	4.22	.840
• Ser capaz de desarrollar el trabajo en equipo	3.56	.951	4.28	.834
• Ser capaz de promover y mantener relaciones con el equipo y los usuarios	3.66	.895	4.30	.839
• Ser capaz de motivar al equipo	3.74	.944	4.38	.753
• Ser capaz de utilizar una planificación como practica gerencial	3.70	.974	4.32	.868
• Ser capaz de negociar con el equipo, superiores y usuarios	3.74	1.006	4.28	.927
• Ser ético con el equipo, superiores y usuarios	3.80	.969	4.30	.953
• Ser innovador y agente de cambios	3.62	1.028	4.24	.916
• Saber administrar los programas desarrollados	3.60	.948	3.38	.667
• Ser líder con el equipo y la comunidad	3.60	.990	4.18	.919
• Saber administrar el equipo de trabajo	3.58	.971	4.18	.896

Fuente: Lazzarotto, 2021

Cuadro V Autoevaluación y grado de importancia de la competencia gerencial de actitudes (n = 50)

Competencia gerencial	Autoevaluación		Grado de importancia	
	Media	DE	Media	DE
Actitudes				
• Ser justo con su equipo y usuarios	3.76	.902	4.20	.808
• Ser afectivo, dando atención al equipo y usuarios	3.71	1.041	4.16	.842
• Ser abierto a la negociación	3.65	.991	4.16	.766
• Ser abierto a los cambios	3.59	1.019	4.04	.880
• Ser creativo y estimular la creatividad del equipo	3.61	.996	4.16	.792
• Ser abierto al diálogo y saber escuchar	3.67	.966	4.18	.825
• Ser facilitador del trabajo con el equipo y de los grupos comunitarios	3.71	.957	4.12	.799
• Fomentar la creatividad del equipo y de los grupos comunitarios	3.45	.891	4.08	.778
• Desarrollar la iniciativa y autonomía del equipo y de los grupos	3.65	.879	4.08	.804
• Ser líder educador	3.71	.890	4.16	.792
• Tener participación con el trabajo, con el equipo y la comunidad	3.73	.861	4.08	.853
• Que demuestre humildad	3.82	.882	4.18	.873
• Que privilegie el trabajo en equipo	3.73	.908	4.16	.842
• Que sepa resolver problemas	3.73	.884	4.18	.850
• Que sepa aceptar críticas	3.65	.925	4.16	.817

Fuente: Lazzarotto, 2021

Cuadro VI Correlación bivariado de las dimensiones de grado de importancia de las competencias gerenciales (n = 50)

Competencias gerenciales	Conocimientos	Habilidades	Actitudes
Conocimientos	1		
Habilidades	.590**	1	
Actitudes	.994**	.405**	1

Fuente: Lazzarotto, 2021

y disminuir barreras para el trabajo en equipo. Otro factor importante de análisis es el predominio del género femenino, que refleja la composición histórica de la profesión de enfermería y coincide con reportes internacionales que describen a las mujeres como principales ocupantes de cargos de liderazgo en los servicios de salud.

Los resultados reflejan cómo las competencias gerenciales en profesionales de enfermería participantes en el estudio responden a las necesidades de los servicios de salud. Respecto a las competencias de habilidades y actitudes, muestran similitud con lo reportado por Lazzarotto,¹² referente a las competencias vinculadas con el liderazgo, la comunicación y la gestión interpersonal, esenciales para el desempeño gerencial de enfermería. Lo anterior coincide con Lorca Nachar *et al.*,¹⁵ ante la necesidad de propiciar lógicas colaborativas, participativas y humanizadas, para hacer frente a los innumerables desafíos que la actualidad demanda a los sistemas de atención de salud.

Asimismo, las dimensiones mejor valoradas fueron motivar al equipo, utilizar la planificación como práctica

gerencial y promover las relaciones con el equipo y los usuarios; dichas valoraciones pueden explicarse por las demandas actuales de los sistemas de salud, caracterizados por procesos de atención complejos, presión asistencial y necesidad de fortalecer la coordinación del cuidado.¹⁵ Cabe señalar que las habilidades técnicas y conceptuales en una organización son el núcleo en donde la empresa se sostiene; es importante que las habilidades técnicas sean determinadas como competencias, así como las experiencias adquiridas a través de la formación y especialidades en el trayecto de la carrera profesional.¹⁶

Se afirma que los conocimientos y las estrategias de los altos directivos constituyen herramientas fundamentales para alcanzar el éxito empresarial, pues con ellas se puede afrontar de manera eficiente los cambios del entorno; es decir, se pueden analizar las incidencias de la producción, donde los directivos enfrentan la necesidad constante de tomar decisiones rápidas y efectivas.¹⁷ Tanto los conocimientos gerenciales como las estrategias sugieren que la base de una sólida formación académica y continua impacta directamente en la capacidad para gestionar equipos y recursos de manera más eficiente.

La asociación positiva moderada entre conocimientos y actitudes revela las brechas en la autoevaluación y el significado de la importancia prácticamente en todas las competencias, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer la formación gerencial del personal directivo de enfermería. Cabe decir que se debe reconocer la discrepancia entre las competencias requeridas para la gestión y las que se

desarrollan durante la práctica profesional o la formación académica.

Las diferencias encontradas en este estudio sobre los conocimientos de políticas de salud, sistema de información y perfil epidemiológico evidencian áreas prioritarias para capacitación y actualización profesional. Por otro lado, las competencias gerenciales son percibidas como dimensiones integradas y complementarias; se destaca especialmente la fuerte asociación entre conocimientos y actitudes, resultado que refuerza la importancia de desarrollar modelos formativos integrales que fortalezcan los componentes técnico, ético y relacional.

Este comportamiento sobre liderazgo en enfermería examina que el desempeño gerencial efectivo podría asociarse a componentes personales o institucionales, como la falta de incentivos para el desarrollo del liderazgo o el estrés asociado a los roles de gestión.¹⁸ Las implicaciones de dichas situaciones son significativas tanto a nivel institucional como en el desarrollo *profesional-laboral* del personal de enfermería para la mejora continua de la atención al paciente y la gestión de los equipos de trabajo. Al respecto, existen programas de capacitación que incluyen componentes de inteligencia emocional, comunicación y manejo del estrés, como alternativas de apoyo para los líderes, con programas de mentoría y recursos que ayuden a mejorar las actitudes hacia el liderazgo en las instituciones de servicios de salud.

En referencia, Altamira Camacho¹⁹ señala que la disciplina profesional de enfermería exige tener una adecuada formación sobre gestión, administración y un desarrollo de habilidades personales e interpersonales que faciliten el desempeño de su rol. Esto justifica que en enfermería el liderazgo sea permanente en los profesionales, permitiendo la participación y planeación de actividades inherentes a la práctica profesional dentro de un equipo. Esto refuerza la idea de que el desarrollo de competencias gerenciales debe ser un proceso integral, en el que no solo se fortalecen los conocimientos y las habilidades, sino también las actitudes. Así, es evidente que las enfermeras con funciones directivas requieren desarrollar actitudes de liderazgo a lo largo de su vida profesional y laboral.

Conclusiones

El principal aporte al campo de la enfermería institucional es la evidencia empírica sobre la percepción de

las competencias gerenciales del personal de enfermería, contextualizada en las unidades de primer y segundo nivel de atención en el estado de Puebla, México.

Estos hallazgos contribuyen al diseño de estrategias institucionales con enfoque en las competencias directivas, especialmente en la gestión de información, análisis epidemiológico y liderazgo participativo; a fin de traducir el conocimiento útil para fortalecer los modelos de gestión del cuidado centrados en liderazgo, trabajo colaborativo y toma de decisiones basadas en información, elementos fundamentales para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud.

En este sentido, las diferencias entre la autoevaluación y el grado de importancia constituyen un indicador clave para sustentar la necesidad de diseñar e implementar programas locales de capacitación que articulen las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes gerenciales, alineados con los programas y estrategias institucionales (2025-2030) enfocados en el desarrollo del liderazgo y la mejora de la gestión del cuidado.

Cabe señalar que una limitante fue el tamaño de la muestra, la disponibilidad del personal directivo para participar y el uso de instrumentos de autoevaluación, lo que puede generar sesgos derivados de la percepción subjetiva de las participantes. De igual manera, las ausencias laborales, vacaciones y plazas vacantes restringieron la inclusión de participantes en el estudio.

Finalmente, se sugiere que en futuras investigaciones se incluyan diseños longitudinales que permitan evaluar el impacto de los programas de capacitación gerencial en el desempeño directivo y la trascendencia de dicha capacitación para otorgar servicios de calidad en salud. Asimismo, sería pertinente incorporar evaluaciones externas por pares o subordinados, ampliar la muestra a otras entidades delegacionales del IMSS, así como el análisis de variables organizacionales como la carga laboral, clima organizacional, liderazgo y salud mental, a fin de tener una mejor comprensión de los factores que influyen en el desarrollo de las competencias gerenciales.

Agradecimiento

Se expresa un sincero agradecimiento a las autoridades institucionales y a las personas que participaron de manera directa o indirecta en el desarrollo y consecución de este estudio.

Referencias

- Morejón Valdés M, Ramírez Pérez JF, Vargas Contreras E, Henríquez Ritchie PS. Contribución de los indicadores de gestión en la eficiencia organizacional y la administración hospitalaria en instituciones de salud. UNESUM Cienc Rev Cient Multidiscip ISSN 2602 8166 [Internet]. 15 de julio de 2021 [consultado el 8 de mayo de 2024];5(4):109-22. Disponible en: <https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v5.n4.2021.580>
- Villar E. Competencias: conocimientos, actitudes y habilidades. Evaluación y mapeo de talento 2021 [Internet]. Rev Cient 15 de noviembre 2021. [Consultado el 20 de junio del 2023];4(16):25-32. <https://hrlatam.com/blog/competencias-conocimientos-actitudes-y-habilidades/>
- Corpancho Carhuaz JC, Alcalá Rodríguez CG, Rojas Yacha EL. Competencias gerenciales en los establecimientos de salud de Lima 2022. Regunt [Internet]. 27 de marzo del 2023 [Consultado 15 de junio del 2023];5(3):55-62. Disponible en: <https://doi.org/10.18050/regunt.v2i2.01>
- World Health Organization. State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025.[Consultado el 30 de abril del 2026] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236>
- González Guzmán TR. El impacto económico de la enfermería: una inversión en la salud y el bienestar de la sociedad. Rev CONAMED [Internet]. 14 de marzo de 2024 [consultado el 1 de mayo del 2026] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_29_2024/COMPLETO_1.pdf
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Información en Salud [Internet]. México: Secretaría de Salud; [consultado 2 de mayo 2026] Disponible en: <https://sinaiscap.salud.gob.mx/DGIS/>
- Mamani-Guzmán C, Palacios-Sarmiento TY, Priori-Flores MB, Téllez-Pérez A. Compromiso organizacional, satisfacción laboral y su repercusión en el desempeño del personal. Rev Innova [Internet]. 2023. [Consultado el 2 de mayo 2026];5(5):75-82. Disponible en: <https://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/article/view/2219>
- Tejeda Martín MA, Franco Barraza F, Hernández Robledo GA. Desarrollo de habilidades directivas para emprendedores: evaluación y desarrollo del sector salud en México. 1a ed. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; [internet] 2024 [consultado el 3 de mayo 2026] Disponible en: <https://librosdigitales.sanborns.com.mx/library/publication/desarrollo-de-habilidades-directivas-para-emprendedores>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2025-2030 [Internet]. Ciudad de México: IMSS; 2025. [consultado el 5 de mayo 2026] Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/PIIMSS-2025-2030.pdf>
- Campos-Vázquez RM, Martínez Sánchez JC. Habilidades buscadas por las empresas en el mercado laboral mexicano: un análisis de las ofertas laborales publicadas en internet. Estud Econ [Internet]. 2024;39(2):243-278. [consultado el 6 de mayo del 2026] Disponible en: <https://doi.org/10.24201/ee.v39i2.452>
- Morejón Valdés MM, Ramírez Pérez JF, Vargas Contreras E, Henríquez Ritchie PS. Indicadores de gestión en la administración hospitalaria. UNESUM Ciencias [Internet]. 2021.[consultado el 4 de mayo del 2026];5(4):109-122 Disponible en: <https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/580/408>
- Lazzarotto EM. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde [Internet]. [lugar desconocido]: Florianópolis, SC; 2001 [consultado el 8 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/81665>
- Burns RN, Gray JR, Grove SK. La práctica de la investigación en enfermería: evaluación, síntesis y generación de evidencia. 8a ed. Elsevier; 2022. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=lfvwCwAAQBAJ>
- Vásquez Ortiz JA. Competencias gerenciales y gestión pública: revisión sistemática. IGOBERNANZA [Internet]. 21 de marzo de 2022 [consultado el 8 de mayo de 2026];5(17):69-89. Disponible en: <https://doi.org/10.47865/igob.vol5.n17.2022.168>
- Lorca Nachar A, Montecinos Guíñez D, Quijada Sánchez D, Lara Jaque R, García Vallejos G, Castillo Mansilla D. Liderazgo en enfermería, una mirada desde la opinión de egresadas/os de enfermería y miembros del equipo de salud. Cult Cuid [Internet]. 2022 [consultado el 8 de mayo de 2026];(64). Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.64.05>
- Silva-Rubio E. Habilidades gerenciales en el desarrollo organizacional de las empresas de servicio informático, San Isidro 2020. 593 Digit Publ CEIT [Internet]. 3 de marzo de 2021 [consultado el 8 de mayo de 2026];6(2):148-63. Disponible en: <https://doi.org/10.33386/593dp.2021.2.472>
- Álvarez Contreras DE, Montes Padilla JD, Osorio Martínez CD. Management skills as a factor of business competitiveness. Reg Cient [Internet]. 4 de julio de 2023 [consultado el 8 de mayo de 2026];8(2):125-54. Disponible en: <https://doi.org/10.58763/rc2023109>
- Correa Peña RD, Quevedo Martínez CD. Liderazgo en enfermería: una revisión integrativa de la literatura [Internet]. 4 de agosto de 2025. [consultado el 7 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/4980/TG-rcorrea-cquevedo.pdf>
- Altamira-Camacho R. La disciplina de enfermería: una perspectiva sobre su campo y dominio. Index Enferm [Internet]. 16 de septiembre de 2023;32(2):e14252. [Consultado el 7 de mayo del 2026] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000200001

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Meza-Juárez F, Moreno-Tochihuitl M. Autoevaluación y percepción del grado de importancia de las competencias gerenciales del personal directivo de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(4):e1611. doi: 10.5281/zenodo.23165632

Adela Vázquez-Díaz^{1a}, Martha Leticia Villanueva-Romero^{2b}, Luis Flores-Padilla^{3c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No. 2, Departamento de Enfermería. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 6, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

³Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomédicas. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Aprobado por el Comité de Ética R-2025-801-064

Doi: 10.5281/zenodo.23165646

ORCID

0009-0008-5389-7815^a

0009-0004-1577-2211^b

0000-0002-8462-9855^c

Palabras clave (DeCS):

Seguridad del Paciente

Evento Adverso

Pausa de Seguridad en la Atención

a la Salud

Percepción

Personal de Enfermería en Hospital

Keywords (DeCS):

Patient Safety

Adverse Event

Time Out, Healthcare

Perception

Nursing Staff, Hospital

Correspondencia:

Luis Flores Padilla

Correo electrónico:

lflopa@yahoo.com.mx

Fecha de recepción:

29/01/2026

Fecha de aceptación:

10/07/2026

Resumen

Introducción: evaluar la cultura de seguridad del paciente es esencial para medir el compromiso de los profesionales, sus creencias, actitudes y comportamientos que impactan en la seguridad del paciente durante su proceso de atención.

Objetivo: evaluar las percepciones del personal de enfermería sobre las dimensiones y prácticas para la seguridad del paciente.

Metodología: estudio descriptivo transversal con personal de enfermería ($n = 290$). Se evaluaron las percepciones del personal sobre las prácticas de seguridad con el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) adaptado en español ($\alpha = 0.89$). Los porcentajes de respuestas positivas $\geq 75\%$ indican áreas fuertes de cultura de seguridad y las respuestas positivas $\leq 50\%$ representan áreas con problemas. Los datos se analizaron mediante SPSS versión 24.

Resultados: la percepción general de seguridad fue del 38.3%. Las áreas fuertes: trabajo en equipo (73.8%), aprendizaje organizacional (66.6%), apoyo de gestión hospitalaria (57.2%), frecuencia de eventos notificados (57.2%), la comunicación sobre errores (56.6%). Las áreas débiles: dotación de personal (32.1%), colaboración interdepartamental (40.7%), transferencias hospitalarias (39.7%).

Conclusión: en las dimensiones evaluadas no se alcanzó el umbral $\geq 75\%$ de respuestas positivas para considerar la fortaleza organizacional. El evaluar la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, deja ver una realidad compleja donde la disposición del personal de enfermería en específico colisiona con barreras estructurales sistémicas.

Abstract

Introduction: Assessing patient safety culture is essential for measuring the commitment of professionals, as well as the beliefs, attitudes, and behaviors that impact patient safety during the care process.

Objective: To evaluate nursing staff perceptions regarding patient safety dimensions and practices.

Methodology: A descriptive cross-sectional study involving nursing staff ($n = 290$). Staff perceptions of safety practices were assessed using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) questionnaire, adapted into Spanish ($\alpha = 0.89$). Positive response rates of $\geq 75\%$ indicate areas of strength in safety culture, while rates of $\leq 50\%$ represent problem areas. Data was analyzed using SPSS version 24.

Results: The overall perception of safety was 38.3%. Areas of strength included teamwork (73.8%), organizational learning (66.6%), hospital management support (57.2%), frequency of event reporting (57.2%), and communication regarding errors (56.6%). Weak areas included staffing (32.1%), interdepartmental collaboration (40.7%), and hospital handoffs (39.7%).

Conclusion: None of the evaluated dimensions reached the $\geq 75\%$ positive response threshold required to be considered an organizational strength. Assessing patient safety culture in the hospital setting reveals a complex reality in which the disposition of nursing staff, specifically, clashes with systemic structural barriers.

Introducción

La seguridad del paciente se define como una práctica esencial orientada a reducir daños innecesarios vinculados a la atención sanitaria.¹ Según la Organización Mundial de la Salud, implica mitigar riesgos hasta un mínimo aceptable, considerando los recursos disponibles y el contexto específico.² No obstante, en la actualidad, los avances tecnológicos y la creciente complejidad del proceso de atención han evidenciado deficiencias críticas que amenazan tanto la calidad de la atención como la integridad del paciente.³

Para enfrentar estos desafíos, es imperativo establecer una cultura de seguridad sólida, derivada de la identidad organizacional, mediante la cual se amalgaman las creencias, los valores y comportamientos que dictan cómo el personal percibe y actúa frente a los riesgos. En este sentido, asegurar la calidad implica la implementación de procesos que garanticen el cumplimiento de normas bajo los principios de prevención y mejora continua.⁴

Por lo anterior, es imprescindible el compromiso y participación de todos los involucrados en el proceso de atención, en particular en el proceso de continuidad de los cuidados por parte del personal de enfermería.⁵ Asimismo, resulta esencial promover en el personal sanitario la cultura de prácticas seguras de la organización, que incluye la evaluación constante de los resultados, la revisión de hábitos arraigados y el desarrollo de guías clínicas consensuadas y apoyadas por evidencia científica.⁶

Bajo la premisa de que toda actividad humana comporta un margen de error, la asistencia clínica no es la excepción. Por ello, los eventos adversos se han consolidado como indicadores clave para evaluar la seguridad del paciente; estos eventos pueden ser evitables o inevitables, pero su aparición está intrínsecamente ligada al entorno asistencial.⁷

El *Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos* (IBEAS) es una investigación internacional que midió la frecuencia de los daños o efectos no deseados causados por la atención médica en hospitales de Latinoamérica. En América Latina, 10 de cada 100 pacientes hospitalizados sufren algún daño en un día específico, cifra que se duplica al considerar toda la estancia hospitalaria.⁸ En el caso de México, se reportó una prevalencia del 7.7%, lo que impulsó la creación del *Sistema Integral de Calidad en Salud* (SICALIDAD) y la posterior obligatoriedad de las *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente* (AESP); dichas acciones son fundamentales para promover la cultura de seguridad en las ins-

tituciones de servicios de salud.⁹ El beneficio de adoptar la cultura de seguridad del paciente demuestra una mayor eficiencia en la prevención de incidentes.¹⁰

En el contexto nacional, la seguridad del paciente se sustenta en la NOM-004-SSA3-2012 (del expediente clínico); en esta norma se mandata documentar con precisión cada intervención y reducir los riesgos derivados de omisiones o fallas en la comunicación de los profesionales sanitarios involucrados en el proceso de atención.¹¹

Bajo el principio de *“lo que no se mide no se puede mejorar”*, se utiliza el modelo de la *Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud* (AHRQ, por sus siglas en inglés), el cual se enfoca en generar evidencia científica, herramientas y estrategias prácticas para que los sistemas de salud ofrezcan una atención más segura, eficiente y de alta calidad. Con el modelo de indicadores de la AHRQ, se mide la calidad de la atención médica, los resultados de los servicios de salud y los eventos adversos o complicaciones prevenibles en pacientes hospitalizados. Se evalúan 12 dimensiones críticas, tales como el aprendizaje organizacional y la respuesta no punitiva al error; con este enfoque, se puede transitar de una visión punitiva a una proactiva, donde el error se convierte en una oportunidad de rediseño institucional.^{12,13}

La cultura de seguridad del paciente puede abordarse desde una perspectiva funcionalista (prácticas y percepciones) o antropológica (el ser humano como ente dinámico); en ambos métodos se requiere de una evaluación crítica. En este ámbito, el profesional de enfermería es esencial debido a su presencia continua al lado del paciente.¹⁴ No obstante, para optimizar esta cultura, el personal de enfermería enfrenta múltiples desafíos, tales como la falta de recursos, deficiencias en infraestructura y un liderazgo con escaso compromiso, aunado a una falta de supervisión efectiva y una gestión donde las incidencias se manejan de manera individual, sin un seguimiento real de los reportes.¹⁵

Si bien la responsabilidad profesional en la seguridad del proceso de atención es compartida con los actores del sistema sanitario, el grupo de enfermería tiene un rol relevante por su exposición directa e indirecta en la continuidad del cuidado de las personas, factores que pueden obstaculizar la interacción efectiva y un entorno de trabajo saludable.¹⁶ Al respecto, en la notificación de eventos adversos entre 2016 y 2018, el 80.38% de los reportes fue realizado por personal de enfermería, con una incidencia del 1.94% por paciente/día, siendo la flebitis, las caídas y las complicaciones quirúrgicas los sucesos más

frecuentes.¹⁷ Esta vigilancia es crítica en unidades de cuidados intensivos, donde el 60% de los sucesos adversos se consideran evitables.¹⁸

En respuesta, se han elaborado guías técnicas para prevenir el riesgo de eventos adversos relacionados con el proceso de atención.¹⁹ No obstante, la implementación efectiva de estas pautas está condicionada a circunstancias laborales como la carga de asistencia excesiva y la rotación constante del personal, las cuales problematizan la aplicación de las normas, lineamientos o guías y comprometen la seguridad del paciente.²⁰

El punto de partida es la necesidad fundamental de evaluar la percepción del personal de enfermería sobre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente para identificar fallas ocultas en los procesos de atención y prevenir errores.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal con personal de enfermería elegido mediante un muestreo probabilístico con una estimación de error del 5%; en total, se seleccionó a 290 participantes por conglomerados respecto a su categoría y turno laboral.

Instrumentos de medición

- Para la caracterización sociodemográfica se utilizó un instrumento conformado por: edad en años, sexo, estado civil, categoría laboral (auxiliar de enfermería general, enfermera general, enfermera general clínica, enfermera especialista, enfermera jefa de piso, subjefa de enfermeras), turno laboral (matutino, vespertino, nocturno), área de servicio (medicina interna, urgencias, quirófano, consulta externa, unidad de cuidados intensivos, pediatría, unidad de cuidados intensivos neonatal y cirugía) y antigüedad laboral en años de servicio.
- Para evaluar las percepciones, valores y normas de los profesionales y el personal sobre las prácticas de seguridad y los errores médicos, se aplicó el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS, por sus siglas en inglés), desarrollado originalmente por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) y adaptado al español.²¹ El cuestionario fue diseñado para medir la cultura de seguridad del paciente dentro de las organizaciones de salud. Se realizaron pruebas estadísticas de validación interna en la población estudiada y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89. Consta

de 42 ítems organizados en 4 secciones y 12 dimensiones que proporcionan información sobre la percepción del clima de seguridad: 1) Frecuencia de eventos notificados (3 ítems), 2) Percepción de la seguridad (4 ítems), 3) Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad (4 ítems), 4) Aprendizaje organizacional/mejora continua (3 ítems), 5) Trabajo en equipo en la unidad/servicio (4 ítems), 6) Franqueza de la comunicación (3 ítems), 7) Feedback y comunicación sobre errores (3 ítems), 8) Respuesta no punitiva a los errores (3 ítems), 9) Dotación de personal (4 ítems), 10) Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (3 ítems), 11) Trabajo de equipo entre unidades (4 ítems), 12) Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (4 ítems). Para el total de ítems, las opciones de respuesta son de tipo Likert, que van desde *Totalmente en desacuerdo* (1), *En desacuerdo* (2), *Ni de acuerdo ni en desacuerdo* (3), *De acuerdo* (4) hasta *Totalmente de acuerdo* (5). Los resultados se expresan en porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas por cada ítem y dimensión.

Con base en los criterios de la AHRQ, la cultura de seguridad se clasifica como fortaleza si se obtiene un porcentaje $\geq 75\%$ de respuestas positivas (*Totalmente de acuerdo* y *De acuerdo*) para las preguntas formuladas en positivo, o un porcentaje $\geq 75\%$ de respuestas negativas (*Totalmente en desacuerdo* y *En desacuerdo*) para las preguntas formuladas en negativo. La AHRQ considera que los porcentajes de respuestas positivas iguales o superiores al 75% indican dimensiones que representan áreas fuertes de la cultura de seguridad, mientras que los porcentajes iguales o inferiores al 50% indican dimensiones que representan áreas con problemas.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y porcentajes, con un valor de $p = 0.05$.

Los procedimientos cumplieron con las normas éticas; el proyecto fue aprobado por el comité de ética R-2025-801-064, contando con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los participantes.

Resultados

Hubo un predominio del sexo femenino con un 69.7%, con una edad modal de 36 a 40 años. El 39.7% de

los participantes contaba con una antigüedad laboral ≥ 16 años. El 38.6% tenía la categoría de enfermera general y el 18.3% la de auxiliar de enfermería. Los participantes con grado académico de licenciatura, maestría o doctorado conformaron el 43.7%. Las áreas de trabajo con mayor representación fueron urgencias (24.8%) y medicina interna (21%). El 74.8% refirió tener conocimiento previo sobre la cultura de seguridad del paciente ([cuadro I](#)).

En la dimensión percepción general de seguridad, el 38.3% de las respuestas fueron positivas. Se destaca que el 57.9% de los participantes respondió positivamente a la pregunta: *“En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo por hacer más trabajo del que podemos manejar”*. En cuanto a la dimensión frecuencia de eventos adversos notificados, se obtuvo un 57.2% de respuestas positivas. Un 52.8% de respuestas favorables se registró en el ítem: *“Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de que afecte al paciente, se notifica”*. Respecto a la dimensión expectativas y acciones de supervisión/gerentes que promueven la seguridad del paciente, se obtuvo un 46.9% de respuestas favorables, así como un 61.4% de respuestas positivas para: *“Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos”*.

En la dimensión aprendizaje organizacional – mejora continua, las respuestas positivas fueron emitidas por el 66.6% de los participantes; en esta dimensión resalta la pregunta: *“Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente”*, con el 64.8% de respuestas positivas. El trabajo en equipo constituyó la dimensión con mayor porcentaje de respuestas positivas (73.8%); se destaca que el 73.1% del personal se trata con respeto.

En referencia a la dimensión de apertura de comunicación, esta alcanzó el 45.9% de respuestas positivas; cabe señalar que el personal se manifiesta libremente cuando percibe algo que podría afectar el cuidado del paciente, con un 56.6% de respuestas positivas.

Respecto a la dimensión de respuesta no punitiva al error, el resultado fue de 49.7% de respuestas positivas. En este sentido, al personal le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral, con un 45.5% de afirmaciones positivas. En el rubro de dotación de personal se logró un 32.1% de respuestas positivas, específicamente para el ítem: *“Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”*, con un 30.3% de respuestas positivas. Aunque la dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso adverso el 47.2% dio respuestas afirmativas. Los participantes respondieron positivamente

(57.2%) al considerar el apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente.

El trabajo en equipo entre departamentos del hospital presentó un 40.7% de respuestas positivas; en la pregunta: *“Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes”*, se obtuvo un 42.8% de respuestas afirmativas. La dimensión transferencias y transiciones hospitalarias registró un 39.7% de respuestas positivas; el ítem: *“Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital”*, obtuvo un 39.7% de respuestas positivas.

En relación con los comentarios y comunicación sobre errores, se alcanzó un 56.6% de respuestas positivas, en coincidencia con la pregunta: *“Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio”*, con un 52.8% ([cuadro II](#)).

El análisis entre categorías reveló diferencias estadísticamente significativas en diversas dimensiones e ítems del cuestionario. En la dimensión percepciones generales de seguridad, en el ítem: *“Solo por casualidad ocurren más errores en este servicio”*, el resultado fue significativo ($p = 0.059$) para la categoría laboral de enfermera jefe de piso. En la dimensión frecuencia de eventos adversos notificados, se observaron diferencias significativas en dos ítems: *“Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de que afecte al paciente, se notifica”* ($p = 0.034$) y *“Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, se notifica”* ($p = 0.049$), ambos en la categoría laboral de enfermera especialista. Respecto a la dimensión expectativas y acciones de supervisión/gerentes que promueven la seguridad del paciente, el ítem: *“Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos”* ($p = 0.058$) y el ítem: *“Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes”*, mostraron diferencias significativas en las categorías laborales de auxiliar de enfermería ($p = 0.01$) y enfermera especialista ($p = 0.004$). En la dimensión aprendizaje organizacional, mejora continua, el ítem: *“Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo”*, obtuvo significación en la categoría enfermera jefe de piso ($p = 0.067$). Al evaluar la efectividad del ítem: *“Después de introducir cambios para mejorar la seguridad del paciente”*, esta fue significativa en la categoría de enfermera especialista ($p = 0.037$).

En la dimensión trabajo en equipo entre los departamentos, las diferencias significativas se identificaron en los ítems: *“En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente”* ($p = 0.029$) respecto a la categoría laboral de enfermera general clínica ($p = 0.026$). El ítem: *“Cuando tenemos*

Cuadro I Características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería (n = 290)

Variable		Frecuencia	%
Edad	25-30 años	50	17.2
	31-35 años	44	15.2
	36-40 años	66	22.8
	41-45 años	29	10.0
	46-50 años	42	14.5
	51-55 años	38	13.1
	56-60 años	21	7.2
Sexo	Masculino	88	30.3
	Femenino	202	69.7
Estado civil	Soltero	125	43.1
	Casado	129	44.5
	Unión libre	21	7.2
	Divorciado	14	4.8
	Viudo	1	.3
Categoría laboral	Auxiliar de Enfermera General	53	18.3
	Enfermera General	112	38.6
	Enfermera General Clínica	48	16.6
	Enfermera Especialista	27	9.3
	Enfermera jefe de Piso	22	7.6
	Subjefe de Enfermeras	9	3.1
	Camillero de Unidad Hospitalaria	19	6.6
Área de Trabajo	Urgencias	72	24.8
	Medicina interna	61	21.0
	Quirófano	31	10.7
	Toco cirugía	16	5.5
	Unidad de Cuidados Intensivos	15	5.2
	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediatría	17	5.9
	Cirugía	37	12.8
	Consulta Externa	23	7.9
	Ginecología	12	4.1
	Quimioterapia	3	1.0
	Otro	3	1.0
Turno	Matutino	120	41.0
	Vespertino	85	29.3
	Nocturno	85	29.3
Antigüedad laboral	menos 1 año	41	14.1
	1 a 5 años	39	13.4
	6 a 10 años	45	15.5
	11 a 15 años	50	17.2
	16 a 20 años	58	20.0
	21 a 25 años	40	13.8
	más 26 años	17	5.9
Escolaridad	Secundaria	4	1.4
	Preparatoria	30	10.3
	Técnico	129	44.5
	Licenciatura	116	40.0
	Maestría	10	3.4
	Doctorado	1	0.3
Tiene hijos	Si	211	72.8
	No	79	27.2
Conocimiento del tema	Si	217	74.8
	No	73	25.2
Actividad extrainstitucional	Si	61	21.0
	No	229	79.0

Fuente: Elaboración propia, 2025

Cuadro II Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal de enfermería (n = 290)

Cultura de seguridad	Respuestas					
	Negativa		Neutral		Positiva	
	F	%	F	%	F	%
I. Percepciones generales de seguridad	24	8.3	155	53.4	111	38.3
• En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo por hacer más trabajo	53	18.3	69	23.8	168	57.9
• Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir	103	35.5	66	22.8	121	41.7
• Solo por casualidad ocurren más errores en este servicio	167	57.6	74	25.5	49	16.9
• Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área	116	40	73	25.2	101	34.8
II. Frecuencia de eventos adversos notificados	41	14.1	83	28.6	166	57.2
• Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?	58	20	79	27.2	153	52.8
• Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?	67	23.1	74	25.5	149	51.4
• Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es dañado?	64	22.1	85	29.3	141	48.6
III. Expectativas y acciones de supervisión /gerentes que promuevan la seguridad del paciente	29	10	125	43.1	136	46.9
• Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	51	17.6	61	21	178	61.4
• Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente	58	20	71	24.5	161	55.5
• Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes	133	45.9	84	29	73	25.2
• Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez	145	50.0	75	25.9	70	24.1
IV. Aprendizaje organizacional- mejora continua	22	7.6	75	25.9	193	66.6
• Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	41	14.1	61	21.0	188	64.8
• Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo	68	23.4	90	31.0	132	45.5
• Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	57	19.7	81	27.9	152	52.4
V. Trabajo en equipo dentro de los departamentos	13.0	4.5	63	21.7	214	73.8
• En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente	34	11.7	61	21.0	195	67.2
• Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo	60	20.7	77	26.6	153	52.8
• En este servicio, el personal se trata con respeto	27	9.3	51	17.6	212	73.1
• Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda de sus compañeros	62	21.4	61	21.0	167	57.6
VI. Apertura de comunicación	22.0	7.6	135	46.6	133	45.9
• El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	42	14.5	84	29.0	164	56.6
• El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	90	31.0	84	29.0	116	40.0
• El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente, no está bien	130	44.8	83	28.6	77	26.6
VII. Respuesta no punitiva al error	44.0	15.2	102	35.2	144	49.7
• El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	88	30.3	98	33.8	104	35.9
• Cuando se informa de un evento adverso, siente que se juzga a la persona y al problema	105	36.2	81	27.9	104	35.9
• Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral	72	24.8	86	29.7	132	45.5
VIII. Dotación de personal	43.0	14.8	154	53.1	93	32.1
• Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	126	43.4	76	26.2	88	30.3
• El personal de este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente	129	44.5	83	28.6	78	26.9

Continúa en la página: 7

Dimensiones	Negativa		Neutral		Positiva	
	F	%	F	%	F	%
• Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	135	46.6	70	24.1	85	29.3
• Con frecuencia trabajamos como en forma de crisis tratando de hacer mucho y muy rápidamente	78	26.9	92	31.7	120	41.4
IX. Apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente	26	9	98	33.8	166	57.2
• La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	89	30.7	92	31.7	109	37.6
• Las acciones de la dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	75	25.9	83	28.6	132	45.5
• La dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso	77	26.6	76	26.2	137	47.2
X. Trabajo en equipo entre departamentos del hospital	21	7.2	151	52.1	118	40.7
• Hay una buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos	79	27.2	107	36.9	104	35.9
• Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes	78	26.9	88	30.3	124	42.8
• Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos	92	31.7	91	31.4	107	36.9
• En este hospital con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios	121	41.7	98	33.8	71	24.5
XI. Transferencias y transiciones hospitalarias	59	20.3	116	40	115	39.7
• La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro	115	39.7	94	32.4	81	27.9
• A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turnos	113	39.0	86	29.7	91	31.4
• con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital	96	33.1	108	37.2	86	39.7
• Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	92	31.7	97	33.4	101	34.8
XII. Comentarios y comunicación sobre errores	34	11.7	92	31.7	164	56.6
• Se nos informa sobre los errores que se comenten en este servicio	62	21.4	75	25.9	163	52.8
• Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado	86	29.7	98	33.8	106	36.6
• En este servicio, discutimos como se pueden prevenir errores para que no vuelvan a suceder	61	21.0	77	26.6	152	52.4

Fuente: elaboración propia, 2025

mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo”, fue significativo en la categoría de auxiliar de enfermería ($p = 0.001$) y subjefe de enfermeras ($p = 0.027$). En el ítem: “En este servicio el personal se trata con respeto”, las diferencias se identificaron en las categorías de auxiliar de enfermería ($p = 0.001$) y enfermería especialista ($p = 0.031$).

En la apertura de comunicación, el ítem: “*El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien*”, mostró diferencia en la categoría de enfermera jefe de piso ($p = 0.004$). Ante la respuesta no punitiva al error, se identificaron diferencias en los ítems: “*El personal siente que sus errores son utilizados en su contra*”, en particular en la categoría de enfermera general clínica ($p = 0.06$); “*Cuando se informa de un evento adverso, siente que se juzga a la persona y al problema*”, referente a la categoría enfermera jefe de piso ($p = 0.061$), y “*Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral*”, en las categorías de enfermera general clínica ($p = 0.052$) y subjefe de enfermeras ($p = 0.048$).

En relación con la dotación de personal, se evidenciaron diferencias en los ítems: “*El personal de este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente*”, en la categoría de enfermera especialista ($p = 0.016$); y “*Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente*”, con la enfermera especialista ($p = 0.029$) y enfermera jefe de piso ($p = 0.06$). En la dimensión trabajo en equipo entre departamentos del hospital, en el ítem: “*Hay una buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos*”, el resultado fue significativo en la categoría auxiliar de enfermería ($p = 0.026$). En cuanto a la dimensión transferencias y transiciones hospitalarias, en el ítem: “*Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital*”, fue significativa en la enfermera jefe de piso ($p = 0.055$). En la dimensión comentarios y comunicación sobre errores, en el ítem: “*Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio*”, se identificó significancia en la enfermera especialista ($p = 0.003$).

Se encontraron diferencias significativas en varios ítems y categorías laborales relacionadas con la dimensión de apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente: “*La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente*” (enfermera especialista, $p = 0.032$); “*Las acciones de la dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria*” (enfermera jefe de piso, $p = 0.059$); y “*La dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso adverso*” (enfermera general, $p = 0.017$).

Estos hallazgos indican que las percepciones sobre la cultura de seguridad del paciente varían significativamente según la categoría profesional (cuadro III).

Discusión

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente mediante el HSOPSC evidenció un perfil demográfico y profesional concordante con el reportado en la literatura internacional. Respecto al predominio del sexo femenino, este se acerca a los valores habitualmente descritos en estudios recientes de diversos países, que oscilan entre el 76% y el 89%. Esta elevada feminización de las muestras refleja la composición de la fuerza laboral en enfermería.^{15,22,23}

Acerca de la relación significativa entre el conocimiento sobre la cultura de seguridad del paciente y el grado académico de los participantes, este hallazgo es similar a lo que se ha reportado respecto al nivel educativo como uno de los cinco factores asociados con una mejor percepción de la cultura de seguridad del paciente. Es probable que este efecto se deba a una mayor exposición a formación específica y a protocolos institucionalizados de seguridad del paciente.^{24,25,26}

En el presente estudio, al igual que en otras investigaciones realizadas con metodología similar, se identificó que tener conocimiento previo sobre la cultura de seguridad del paciente se relaciona significativamente con la percepción del ámbito laboral.^{23,27}

Para evaluar la fortaleza de la organización estudiada, cabe señalar que no se alcanzó el umbral de respuestas positivas para considerarse fuerte; estos hallazgos son consistentes con la literatura regional y nacional reciente, donde se observa una percepción de moderada a baja en la cultura de seguridad del paciente en entornos hospitalarios, particularmente en instituciones públicas de segundo y tercer nivel de atención.^{28,29,30}

En un metaanálisis de 30 estudios latinoamericanos que utilizaron la HSOPSC, el puntaje global de percepción po-

sitiva fue del 48%. En México, se reportan puntajes similares entre el 35% y el 50% de respuestas positivas globales, acentuando la necesidad de intervenciones sistémicas para fortalecer la cultura de seguridad del paciente.^{31,32,33}

Con base en el puntaje considerado como bajo en las dimensiones de dotación de personal, percepción general de la seguridad y respuesta no punitiva a los errores, estas emergen como áreas prioritarias de oportunidad alineadas con los patrones de investigaciones recientes de la región.^{34,35,36} De acuerdo con lo reportado en hospitales mexicanos y saudíes sobre la respuesta no punitiva, el temor a represalias inhibe la notificación de eventos adversos y afecta el aprendizaje organizacional.^{37,38} A pesar de una percepción positiva en la unidad de cuidados intensivos, la tasa baja de notificación de eventos adversos se alinea con estudios mexicanos donde los profesionales no los reportan por temor al castigo.³⁹ Se recomienda que en futuras investigaciones se aborde el estudio de las barreras expresivas en enfermería.⁴⁰

El trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional fueron las dimensiones con mayor fortaleza, de manera similar a los hallazgos positivos de la literatura internacional y nacional.^{41,42}

Conclusiones

Dado que en las dimensiones evaluadas no se alcanzó el umbral del 75% de respuestas positivas para considerar la fortaleza organizacional, evaluar la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario deja ver una realidad compleja donde la disposición del personal de enfermería colisiona con barreras estructurales sistémicas.

Si bien el trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional emergen como pilares de resiliencia y compromiso ético, estos esfuerzos individuales y colectivos parecen insuficientes frente a una organización que aún muestra rasgos de reactividad.

Se entiende que la seguridad del paciente es un proceso transversal e integrado de la institución. Un punto de reflexión crítica es la deficiencia percibida en la dotación de personal y la sobrecarga laboral que comprometen la seguridad y sitúan al personal en una vulnerabilidad ética constante; esta situación empeora por una comunicación interdepartamental fragmentada y problemas en las transiciones hospitalarias.

El análisis pone de manifiesto la persistencia de una cultura del miedo e indica que el enfoque punitivo sigue prevaleciendo sobre el aprendizaje sistémico. A pesar de

Cuadro III Percepción de las dimensiones de cultura de seguridad en relación con la categoría laboral (n = 290)

Dimensiones / ítems	Categoría laboral	%	p
Percepciones generales de seguridad			
Solo por casualidad ocurren más errores en este servicio	Enfermera Jefe de Piso	31.8	0.059
Frecuencia de eventos adversos notificados			
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?	Enfermera Especialista	33.3	0.034
	Camillero Unidad Hospitalaria	31.6	0.056
Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?	Enfermera Especialista	33.3	0.049
Expectativas y acciones de supervisión/gerentes que promuevan la seguridad del paciente			
Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	Enfermera Especialista	44.4	0.058
Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes	Auxiliar de Enfermera General	11.3	0.01
	Enfermera Especialista	48.1	0.004
	Camillero Unidad Hospitalaria	36.8	0.008
Aprendizaje organizacional- mejora continua			
Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo	Enfermera Jefe de Piso	63.6	0.067
Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	Enfermera Especialista	33.3	0.037
Trabajo en equipo de los departamentos			
En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente	Enfermera General Clínica	79.2	0.029
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo	Auxiliar de Enfermera General	39.6	0.001
	Subjefe de Enfermeras	89	0.027
En este servicio, el personal se trata con respeto	Enfermera Especialista	55.6	0.031
Apertura de comunicación			
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente, no está bien	Enfermera Jefe de Piso	50	0.004
Respuesta no punitiva al error			
El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	Enfermera General Clínica	48	0.06
Cuando se informa de un evento adverso, siente que se juzga a la persona y al problema	Enfermera Jefe de Piso	54.5	0.061
Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral	Enfermera General Clínica	58.3	0.052
	Subjefe de Enfermeras	78	0.048
Dotación Personal			
El personal de este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente	Enfermera Especialista	7.4	0.016
	Camillero Unidad Hospitalaria	47.4	0.037
Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	Enfermera Especialista	11.1	0.029
	Enfermera Jefe de Piso	45.5	0.06
Apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente			
La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	Enfermera Especialista	18.5	0.032
Las acciones de la dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	Enfermera Jefe de Piso	27.3	0.059
La dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso	Enfermera General	38.4	0.017
Hay una buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos	Auxiliar de Enfermera General	22.6	0.026
Transferencia y transiciones hospitalarias			
Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	Enfermera Jefe de Piso	54.5	0.055
Comentarios y comunicación sobre errores			
Se nos informa sobre los errores que se comenten en este servicio	Enfermera Especialista	26	0.003

Fuente: elaboración propia

que exista una intención de reporte de eventos adversos, el personal teme que los errores afecten su expediente laboral o se utilicen en su contra. Esta visión se refuerza con la percepción de una alta dirección reactiva, cuya preocupación por la seguridad del paciente parece activarse primordialmente tras la ocurrencia de incidentes graves, en lugar de sostener una vigilancia proactiva y preventiva.

Las discrepancias en la percepción de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente están mediadas

por la formación académica y la posición jerárquica. Para modificar esta realidad, es imperativo un cambio de paradigma organizacional que fomente un liderazgo transformacional comprometido con la prevención y gestión de riesgos en el ambiente laboral y el clima organizacional. La seguridad del paciente en este contexto no es una meta administrativa, es un imperativo humano que requiere de una intervención estructural profunda.

Referencias

1. Dos Santos-Bezerril M, Goncalves-da Costa ME, de Araújo-Lima Fraire V, Belmiro-Andrade F, Barreto Tavares-Chiavone F, Pereira-Santos VE. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la atención primaria de salud. *Enfermería Global*, 2022, vol. 21 (3) ;376-408 DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.503031>
2. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Meléndez-Mogollón IC, Macías-Maroto M, Álvarez-González AR. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2020; 36(2):1-14.
4. Pineda YP, Zapata-Lopera PA, Vásquez-Trespalcacios EM. Impacto de la cultura organizacional en las instituciones de salud: énfasis en la seguridad del paciente. Una revisión sistemática. *Rev Nure Inv*. 2022; 19(117); 1-10
5. Burquez-Hernández GJ, Zeladita-Huaman JA, Carceles-Reluz. Cultura de seguridad del paciente y reportes de eventos adversos en enfermeras intensivistas y emergencistas. *Rev Cubana Enfermer* 2024;40:1-14
6. Blanco-Quintana RM, Mora-Pérez Y, Solange Bosi de Souza-Magnago T, Navarro-Martiatu LM, Sánchez-García ZT, Iglesias-Armenteros AL. Modelo del queso suizo para el sustento de la cultura de seguridad del paciente en un hospital. *Medisur*. 2023; 21(4); 854-864
7. Jaimes-Valencia ML, Alvarado-Alvarado AL, Mejía-Arciniegas CN, López-Galán AV, Mancilla-Jiménez VA, Padilla-García CI. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una institución de tercer nivel 2015-2019. *Revista Cuidarte*. 2021;12(1);1-16. <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1092>
8. Organización Panamericana de la Salud. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de calidad y política social. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
9. Diario Oficial de la Federación: Consejo de Salubridad. Acuerdo por el que declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento dominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (internet). México; 02/12/2025. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5692439
10. Banderas-Ocampo MA, López-Jacinto EA, Roque-Pimentel C, Bojórquez-Sabido GA, Ramírez-Contreras L, Chan-Molina D, et al. Cultura de seguridad del paciente en hospitales regionales de alta especialidad. *Hosp Med Clin Manag*. 2020; 13:116-123. <https://doi.org/10.24875/HMCM.20000004>
11. Segura-García M.T, Castro-Vida M.Á, García-Martín M, Álvarez Ossorio-García de Soria R, Cortés-Rodríguez A.E, López-Rodríguez M.M. Cultura de seguridad del paciente en un hospital terciario: un estudio transversal. *Resolución Int. J. Ambiental de Salud Pública* 2023, 20 (3); 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032329>
12. Mella-Laborde M, Gea-Velázquez MT, Aranaz-Andrés JM, Ramos-Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 2020; 34(5):500-513. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
13. Ramirez de AV, Pérez CVJA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la investigación sanitaria y la calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Acta Med*. 2021; 19(2): 195-203. <https://dx.doi.org/10.35366/100442>
14. Larico-Peralta Y, Rosas-Itucayasi ML, Mutter-Cuellar KI. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Rev. méd. Basadrina*, 2021; 15(2): 11-20 <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.2.1048>
15. Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB, Duarte JC. Cultura de seguridad del paciente en la práctica clínica de enfermería. *Rev. latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:1-15. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>
16. Zuleta-González L, Silva-Jiménez D, Infante-Peñañiel A. Cultura de calidad y seguridad del paciente. Una revisión narrativa. *Revista Gestión de las personas y Tecnología* 2024; 50 (17): 66-87 <https://doi.org/10.35588/2qp8yt25>
17. López-Nieto Z, Estrada-Durán DM, Montes-Osorio MG. Sistema de notificación de eventos adversos como estrategia para la cultura de calidad y seguridad del paciente. *Rev Méd IMSS*. 2024; 32 (1):1-5 <https://doi.org/10.5281/zenodo.1037102>
18. Flores-González E, Godoy-Pozo J, Burgos-Grob F, Salas-Quijada CL. Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Cienc. enferm* 2021; 27: 1-7. <https://dx.doi.org/10.29393/ce27-27aeec40027>
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía técnica para la prevención de eventos adversos relacionados con la atención médica. México: IMSS; 2021. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/guias_practicaclinica?field_categoria_gs_value=17
20. Escandell-Rico FM, Pérez-Fernández L. La seguridad del paciente en las enfermeras de atención primaria. *Rev ciencias médicas*. 2023; 27: 1-10.
21. Tello-García M, Pérez-Briones NG, Torres-Fuentes B, Nuncio-Domínguez JL, Pérez-Aguirre DM, Covarrubias-Solís IF. Percepción del

personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*. 2023;22(2):111-138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>

22. Secretaría de salud. Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Consejo de salubridad general 2023: 77. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/919499/AESP_CSG-DGCES_16_junio_2023.pdf
23. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Informe técnico 2020; 38-144 disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>
24. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Estrategia global 2021:1-86. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
25. Elaine-Haas L, Angela-Gaedke M, Mendes-Santos JA. Cultura de la seguridad del paciente en los servicios de alta complejidad en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Rev Cogitare Enferm*. 2022; 27:1-15 <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87866>
26. Morales-Díaz N, Moreno-García LC, Martínez-Delgado L. Conocimiento y aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un hospital de segundo nivel de Cundinamarca. *Revista cultural del cuidado enfermería* 2022; 19(2): 8-25
27. Massaroli A, De Carli-Rodríguez ME, Kooke K, De Brito-Pitilin E, Brum-Haag F, et al. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital del sur de Brasil. *Cienc. enferm* 2021; 27;10:1-12. <https://doi.org/10.29393/CE27-10ACAM60010>
28. Rawas H, Abou-Hashish EA. Predictors and outcomes of patient safety culture at King Abdulaziz Medical City, Jeddah, Saudi Arabia. A nursing perspective. *BMC Nursing* 2023(22);229:1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01391-w>
29. Yaseen-Mohammed A, Alrabae MSN, Aboshaiqah AE, Tumala RB. The association between self-reported workload and perceptions of patient safety culture: A study of intensive care unit nurses. 2021(30);7-8:1003-1017 <https://doi.org/10.1111/jocn.15646>
30. Hao HS, Gao H, Li T, Zhang D. Assessment and Comparison of Patient Safety Culture Among Health-Care Providers in Shenzhen Hospitals. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2020(13):1543-1552. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S266813>
31. Alaska, Yasser A, Alkutbe, Rabab B. What Do We Know About Patient Safety Culture in Saudi Arabia? A Descriptive Study. *Journal of patient safety*. 2023;19(8): 517-524. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001165>
32. He H, Chen X, Tian L, et al. Perceived patient safety culture and its associated factors among clinical managers of tertiary hospitals: a cross-sectional survey. *BMC Nurs*. 2023(22):329;1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01494-4>
33. Alsulami A, Aaqoulah A, Almutairi N. Patient safety culture awareness among healthcare providers in a tertiary hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *Front. in Public Health* 2022; 1-10 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.953393>
34. Walter C, Begum T, Boyle JA, Ward J, Barzi F. Preconception Health of Indigenous Peoples in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2024;21(3):1-39. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030345>
35. Batista J, de Almeida-Cruz ED, Taporosky-Alpendre F, Parreira-da Silva D, Borges-Brandao M. et al. Diferencias entre los profesionales de enfermería y medicina respecto a la cultura de la seguridad del paciente quirúrgico. *Enfermería Global*. 2021: (20)3; 1-14. <https://doi.org/10.6018/eglobal.441571>
36. Kakemam E, Gharaee H, Rajabi MR, Nadernejad M, Khakdel Z, Raeissi P, et al. Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. *BMC Nursing* 2021;20(60):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00571-w>
37. Kakemam E, Hajizadeh A, Azarmi M, Zahedi H, Gholizadeh M, Roh YS. Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: A questionnaire survey in teaching hospitals. *Journal of Nursing Management* 2021;(29)5:1-14. <https://doi.org/10.1111/jonm.13257>
38. Cheghini Z, Kakemam E, Asghari-Jafarabadi M, Janati A. The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: a cross-sectional survey. *BMC Nurs* 2020; (19) 89; 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00472-4>
39. Camacho-Rodríguez DE. Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia. Promoc. Salud*. 2020; 25 (1): 141-153 <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.10>
40. Eman-Sayed H, Safaa-Mohamed AE, Faten-Ali A, Heba-Dakrory A. Perceptions of Staff Nurses about Patient Safety Culture at Minia General Hospital. *Revista Científica de Enfermería Minia* 2021;(10) 1:68-77. <https://doi.org/10.21608/msnj.2021.199347>
41. Majeda Abdullah SA, Arun Vijay S. Perceptions of patient safety culture among healthcare professionals in Ministry of Health hospitals in Eastern Province of Saudi Arabia. *Elsevier, Informatic in Medicine Unlocked* 2022; (28);1-6. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2022.100858>
42. Aranaz-Andrés JM, Espinel-Ruiz MA, Roldan-Moll F. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta complejidad de Madrid y acciones de mejora. *Revista de Investigación de Calidad Sanitaria*. 2025; (40)2; 97-106 <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.12.005>

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

Vázquez-Díaz A, Villanueva-Romero ML, Flores-Padilla L. Percepción del personal de enfermería sobre las dimensiones y prácticas de cultura de seguridad del paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026; 34(4):e1613. doi: 10.5281/zenodo.23165646

Dimensiones del cuidado humanizado por profesionales de enfermería percibido por los pacientes en la unidad de cuidados intensivos

Investigación
Vol. 34
Núm. 4

Dimensions of humanized care provided by nursing professionals as perceived by patients in the intensive care unit

Beatriz Adriana Dominguez-Majata^{1a}, Luis Enrique Trujillo-López^{1b}, Beatriz Racilla-Solano^{2a}, Mario Germán Montes-Osorio^{3a}, Dora María Estrada-Durán^{3b}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No 1, Curso Postécnico de Cuidados Intensivos. Orizaba, Veracruz, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No 1, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Orizaba, Veracruz, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Orizaba, Veracruz, México

Aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud 3101/ R-2025-3101-080

Doi: 10.5281/zenodo.23165665

Resumen

ORCID

0009-0005-2141-8494^a

0009-0004-4135-3889^b

0009-0006-2051-9733^c

0000-0001-7263-3630^d

0000-0002-3987-8908^e

Palabras clave (DeCS):

Humanización de la Atención

Enfermeras Especialistas

Unidades de Cuidados Intensivos

Introducción: la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson promueve una atención basada en la dignidad, la empatía y los valores humanísticos mediante la presencia real y el amor hacia el ser humano.

Objetivo: evaluar la percepción de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos sobre las dimensiones del cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería.

Metodología: estudio transversal analítico con 58 pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. Se aplicó el instrumento *Percepción del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas*, con base en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humanizado de Jean Watson ($\alpha = 0.934$). Análisis descriptivo y para comparar puntajes promedio según el sexo prueba *U* de Mann-Whitney

Resultados: las dimensiones con mayor puntaje promedio (4.6) fueron formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas, uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y enseñanza y aprendizaje transpersonal. Las diferencias significativas por sexo se presentaron en cinco de las diez dimensiones evaluadas ($p < 0.05$).

Conclusión: la percepción favorable de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos sobre el cuidado humanizado por el profesional de enfermería refleja la importancia del vínculo terapéutico y la competencia profesional en la atención del paciente en estado crítico.

Keywords (DeCS):

Humanization of Assistance

Nurse Specialists

Intensive Care Units

Abstract

Introduction: Jean Watson's theory of Human Caring promotes care based on dignity, empathy, and humanistic values through genuine presence and love for the human being.

Objective: To evaluate the perception of patients hospitalized in the intensive care unit regarding the dimensions of humanized care provided by nursing professionals.

Methodology: An analytical cross-sectional study involving 58 patients hospitalized in the intensive care unit. The instrument "Perception of humanized care provided by nursing professionals to hospitalized individuals" based on Jean Watson's Transpersonal Theory of Human Caring ($\alpha = 0.934$)—was administered. Analysis included descriptive statistics and the Mann-Whitney *U* test to compare mean scores by gender.

Results: The dimensions with the highest mean score (4.6) were the formation of a humanistic-altruistic system of values, the systematic use of the scientific method for problem-solving, and transpersonal teaching-learning. Significant differences based on gender were observed in five of the ten dimensions evaluated ($p < 0.05$).

Conclusion: The favorable perception held by intensive care unit patients regarding humanized care provided by nursing professionals reflects the importance of the therapeutic bond and professional competence in the care of critically ill patients.

Correspondencia:

Dora María Estrada Durán

Correo electrónico:

dora.estrada@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

19/02/2026

Fecha de aceptación:

31/07/2026



Licencia CC 4.0

Introducción

Desde los inicios de la atención a pacientes críticos, se ha reconocido la necesidad de brindar cuidados especializados a quienes se encuentran en riesgo vital. Este enfoque se remonta a la guerra de Crimea, cuando se priorizó la atención de soldados gravemente heridos, lo que redujo significativamente la mortalidad; posteriormente, el desarrollo de las primeras unidades de cuidados intensivos (UCI) y servicios de ventilación durante la epidemia de poliomielitis consolidó la vigilancia continua del paciente en estado crítico como base del cuidado intensivo moderno.¹

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de considerar la percepción y satisfacción del paciente para mejorar la calidad de los servicios sanitarios. En este contexto, surge el concepto de humanización de la atención como un enfoque integral que considera las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual del individuo, en contraste con la deshumanización centrada exclusivamente en la enfermedad. El enfoque de *humanización* incorpora el citado concepto del “*cuidado de lo invisible*”, el cual se refiere a la atención de los aspectos emocionales, subjetivos e intangibles en la salud y la enfermería; son acciones humanas como escuchar, mostrar empatía, acompañar y procurar la comodidad del paciente.²

Es así como el *cuidado humanizado* se constituye como un eje fundamental de la práctica de enfermería, especialmente en áreas como urgencias y la unidad de cuidados intensivos, donde el paciente suele experimentar ansiedad y vulnerabilidad. Una relación terapéutica enfermera-paciente basada en la comunicación, la empatía y la comprensión del contexto de cada persona ayuda a la aceptación de la enfermedad y a la adherencia al tratamiento.³ Con esta perspectiva, la interacción bidireccional entre profesional y paciente se sitúa como el núcleo de la práctica enfermera; no obstante, a pesar de que las cargas administrativas han desplazado en parte el cuidado directo y el vínculo terapéutico,⁴ su aplicación en los servicios de salud fortalece las decisiones clínicas integrales más allá del modelo biomédico tradicional.⁵

El *cuidado humanizado*, según Jean Watson, es una teoría de enfermería que busca conectar la mente, el cuerpo y el alma del paciente mediante una relación de confianza y respeto. Su enfoque teórico se basa en una visión holística que atiende las necesidades emocionales, espirituales y sociales de cada persona mediante la presencia real y el amor hacia el ser humano.⁶

Jean Watson propone diez factores de cuidado, denominados *Proceso Caritas*; la teoría se organiza en diez elementos orientados a guiar la práctica diaria: 1) Formar un sistema de valores humanos y altruistas, 2) Infundir fe y esperanza, 3) Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, 4) Crear una relación de ayuda y confianza, 5) Permitir la expresión de sentimientos, 6) Usar métodos creativos para la solución de problemas, 7) Promover la enseñanza y el aprendizaje interpersonal, 8) Proveer un entorno de apoyo físico, mental y espiritual, 9) Asistir en la satisfacción de las necesidades básicas, y 10) Permitir fuerzas espirituales y fenoménicas.^{7,8}

Asimismo, la *percepción del cuidado humanizado* se conceptualiza a partir de los principios propuestos por Watson, los cuales han servido de fundamento para el desarrollo de instrumentos que evalúan la percepción del paciente respecto al cuidado del profesional de enfermería; de esta forma, se establece la congruencia entre el constructo teórico, la variable de estudio y su medición.⁹

La percepción del cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería es la valoración subjetiva que tienen los pacientes y sus familiares sobre la calidad humana, empática y respetuosa recibida durante su proceso de salud-enfermedad. El principal enfoque del cuidado humanizado es la vivencia personal de la enfermedad y cómo el profesional de enfermería ayuda a entender y vivir este proceso a través de la expresión de sentimientos. Los procedimientos y la entrega de cuidados personalizados profundizan la relación enfermero-paciente mediante el equilibrio entre habilidades y competencias técnicas.¹⁰

Las áreas del hospital donde más se requiere mejorar el cuidado humanizado son las unidades de cuidados intensivos (UCI), los quirófanos y áreas quirúrgicas, los servicios de urgencias y las áreas de hospitalización general (como medicina interna). En las UCI, la humanización adquiere especial relevancia debido a que estos entornos se asocian culturalmente con sufrimiento, tecnología invasiva y restricciones familiares. Los pacientes y familiares experimentan ansiedad, desorientación y estrés derivados del aislamiento y la información limitada, lo que hace necesario permitir que los familiares participen en el apoyo emocional y en el cuidado básico del paciente.

Al respecto, el proyecto HU-CI es una iniciativa internacional orientada a promover estrategias de humanización en las unidades de cuidados intensivos mediante la participación familiar, la mejora de la comunicación, el bienestar del paciente y del profesional, así como la adecuación del entorno asistencial.^{11,12} Entre las estrategias

clave destacan la flexibilización de visitas y el modelo de una UCI de puertas abiertas, la comunicación estructurada con familiares y el cuidado del confort físico y emocional del paciente, considerando que el dolor, el miedo y la incertidumbre son experiencias frecuentes durante la hospitalización crítica.^{12,13} Asimismo, la incorporación de protocolos de cuidados paliativos y de final de la vida garantiza una atención digna, sin sufrimiento y centrada en las preferencias del paciente y su familia.¹⁴

El proceso de humanización en la UCI implica el desarrollo de competencias de gestión y liderazgo del personal de enfermería para organizar recursos, coordinar equipos y promover una cultura asistencial centrada en la persona. Cabe señalar que, con la implementación de modelos de UCI abiertas, se ha demostrado una mejora en la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales al reducir restricciones innecesarias y fortalecer la comunicación y el vínculo terapéutico.¹⁵

No obstante, es necesario considerar factores que pueden limitar la interacción terapéutica entre la enfermera y el paciente en la UCI, como el grado de especialización y el uso de tecnología avanzada, la sobrecarga laboral, el predominio de actividades administrativas y la priorización de procedimientos técnicos. Estas condiciones pueden influir en la percepción del paciente y su familia sobre el cuidado, lo que justifica la necesidad de evaluar la percepción de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos sobre las dimensiones del cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería del Hospital General Regional No. 1 en Orizaba, Veracruz.

Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Regional No. 1 de Orizaba, Veracruz, en el periodo comprendido de julio a noviembre de 2025. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo consecutivo, incluyendo a todos aquellos pacientes hospitalizados mayores de 18 años que cumplieron con los criterios de selección, obteniéndose una muestra final de 58 participantes.

Se incluyeron pacientes con estado neurológico íntegro, determinado mediante la escala de coma de Glasgow con una puntuación de 13 a 15 puntos, sin alteraciones cognitivas que limitaran la comprensión del instrumento, con capacidad para comunicarse verbalmente y que aceptaron participar mediante la firma del consentimiento in-

formado. Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de trastornos neurocognitivos, alteraciones psiquiátricas que pudieran interferir con la percepción o respuesta del instrumento, así como aquellos con barreras de comunicación que impidieran la aplicación del cuestionario. Se eliminaron los cuestionarios incompletos, los de participantes que retiraron su consentimiento durante el desarrollo del estudio y aquellos casos en los que no fue posible concluir la aplicación del instrumento por deterioro clínico, traslado o egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos antes de finalizar la evaluación.

Instrumento de medición

La evaluación de la percepción del cuidado humanizado se realizó con el *Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas*, el cual fue diseñado y validado para evaluar la percepción del paciente con relación al cuidado humanizado recibido por el profesional de enfermería, con base en los aspectos filosóficos de la Teoría Transperso-
nal del Cuidado Humanizado de Jean Watson ([anexo 1](#)).¹⁰

Dicho instrumento está estructurado con 36 ítems y 10 dimensiones: I) Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas, II) Instalación de fe y esperanza, III) Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, IV) Desarrollo de una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza, V) Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos, VI) Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones, VII) Promoción de la enseñanza y el aprendizaje transperso-
nal, VIII) Creación de un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, IX) Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas, y X) Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.

Para cada ítem, las opciones de respuesta consisten en una escala tipo Likert con valores de: 1 = Nunca, 2 = A veces, 3 = Regularmente, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre. En el estudio de validación original, el alfa de Cronbach del instrumento presentó una consistencia interna de $\alpha = 0.945$ y, en la presente investigación, de $\alpha = 0.934$.

El momento de la aplicación del instrumento fue al egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos y previo al traslado del paciente a un servicio de hospitalización en el mismo hospital, de acuerdo con su condición clínica y motivo de ingreso (medicina interna, cirugía o traumatología).

La fuente de información fue primaria, obtenida directamente de los pacientes mediante la aplicación del instrumento de medición.

Plan de análisis estadístico

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 26. Se aplicó estadística descriptiva para frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. El análisis de la percepción del cuidado humanizado se realizó mediante los puntajes promedio de cada una de las diez dimensiones del instrumento, identificando las puntuaciones de los participantes con base en los valores de la escala de: 1 = Nunca, 2 = A veces, 3 = Regularmente, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre.

Para el análisis de los puntajes promedio de cada dimensión del cuidado humanizado según el sexo, se utilizó la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$. Asimismo, se evaluó la consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados

Del total de 58 participantes, el 51.7% correspondió al sexo femenino y el 48.3% al masculino. Predominaron los grupos de 35 a 49 años y de 50 a 64 años, con un 31% cada uno, respectivamente; el 20.7% tenía entre 16 y 34 años y el 17.2% contaba con 65 años o más. El 29.3% refirió estudios de primaria, el 24.1% licenciatura, el 18.9% secundaria, el 15.5% bachillerato, el 6.8% posgrado y el 5.1% no contaba con escolaridad (cuadro I).

Con base en la percepción de los pacientes hospitalizados, el puntaje promedio global fue de 4 puntos en una escala de 1 a 5. Las tres dimensiones con mayor puntuación promedio correspondieron a: formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas, uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones y a promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, con un promedio de 4.6 puntos.

Las dimensiones relacionadas con la creación de un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, la satisfacción de las necesidades humanas y la aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas presentaron puntajes promedio superiores a 4 puntos, lo que refleja una percepción favorable del cuidado brindado por el personal de enfermería.

En contraste, la dimensión de *instalación de fe y esperanza*

Cuadro I Características de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (n = 58)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	30	51.7
	Masculino	28	48.2
Edad	18–34 años	12	20.7
	35–49 años	18	31.0
	50–64 años	18	31.0
	≥ 65 años	10	17.2
Escolaridad	Sin escolaridad	3	5.1
	Primaria	17	29.3
	Secundaria	11	18.9
	Bachillerato	9	15.5
	Licenciatura	14	24.1
	Postgrado	4	6.8

Fuente: elaboración propia

obtuvo un promedio de 1.9 puntos, según lo percibido por los pacientes hospitalizados (cuadro II).

Al comparar los puntajes promedio de las dimensiones del cuidado humanizado percibido por los pacientes según el sexo, se presentaron diferencias significativas en seis de las diez dimensiones evaluadas ($p < 0.05$). En promedios, la percepción de las mujeres frente a la de los hombres fue mayor en las dimensiones de *instalación de fe y esperanza* (2.49 / 1.26; $p = 0.001$), *cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás* (4.35 / 3.74; $p = 0.031$), *promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos* (3.95 / 3.26; $p = 0.038$), *uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones* (4.74 / 4.42; $p = 0.015$) y *crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual* (4.62 / 3.65; $p = 0.032$). Cabe señalar que, en la dimensión *ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas*, la percepción de los hombres fue mayor en comparación con la de las mujeres (4.32 / 4.12; $p = 0.027$). No se encontró diferencia significativa en la percepción de hombres y mujeres en las dimensiones de *formar un sistema de valores humanísticos y altruistas* ($p = 0.527$), *desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza* ($p = 0.058$), *promocionar de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal* ($p = 0.127$) y *aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas* ($p = 0.188$) (cuadro III).

Discusión

La percepción del cuidado humanizado por los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos fue favorable respecto a las dimensiones de *formación de valores*

Cuadro II Puntaje promedio de cada dimensión del cuidado humanizado percibido por los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos (n = 58)

Dimensión	Promedio
1. Formar un sistema de valores humanísticos y altruistas	4.62
2. Instalación de fe y esperanza	1.9
3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás	4.05
4. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza	3.45
5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos	3.62
6. Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones	4.58
7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal	4.57
8. Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual	4.15
9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas	4.22
10. Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas	4.2

Nota: Los puntajes fueron obtenidos mediante una escala tipo Likert de 1 a 5, donde valores más altos representan una mayor percepción de cuidado humanizado

Fuente: elaboración propia

Cuadro III Puntaje promedio del cuidado humanizado percibido según el sexo de los pacientes hospitalizados (n = 58)

Dimensión del cuidado humanizado	Hombres (n = 28)	Mujeres (n = 30)	p
1. Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas	4.63	4.62	0.527
2. Instalación de fe y esperanza	1.26	2.49	0.001
3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás	3.74	4.35	0.031
4. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza	3.14	3.73	0.058
5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos	3.26	3.95	0.038
6. Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones	4.42	4.74	0.015
7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal	4.28	4.85	0.127
8. Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual	3.65	4.62	0.032
9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas	4.32	4.12	0.027
10. Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas	4.31	4.13	0.188

Nota: La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney

Se consideró significancia estadística con un valor de $p < 0.05$

Fuente: elaboración propia

humanísticos y altruistas, en uso del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones, y en promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.

Se destaca que el promedio de 4.6 puntos se relaciona con el trato amable que los pacientes percibieron por parte del profesional de enfermería. Este hallazgo coincide con lo reportado por Gutiérrez Berrios *et al.*⁷ al señalar que los elementos interpersonales del cuidado, como el respeto, la empatía y la comunicación efectiva, constituyen componentes esenciales para que el paciente perciba una atención humanizada. Estos aspectos representan la expresión de una relación transpersonal donde el profesional de enfermería reconoce al paciente como un ser integral y no únicamente desde su condición clínica.

El puntaje promedio de 1.9 en la dimensión *instalación de fe y esperanza* muestra que los aspectos vinculados con las preferencias religiosas o espirituales durante la atención no fueron considerados. De acuerdo con lo reportado por Julca Lázaro⁹ y Aguado Pérez¹⁴ se destaca que la incorporación de la dimensión espiritual favorece el afrontamiento de la enfermedad y contribuye al bienestar integral del paciente. Esta diferencia podría explicarse en el contexto de la unidad de cuidados intensivos, donde las prioridades asistenciales se centran en la estabilización fisiológica y el manejo de condiciones críticas, limitando la atención de necesidades emocionales o espirituales. No obstante, este hallazgo representa un área de oportunidad para fortalecer los modelos de cuidado integral que incorporen los valo-

res, creencias y preferencias individuales del paciente y la familia como parte de la práctica de enfermería.

Conclusiones

La percepción favorable de los pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería refleja la importancia del vínculo terapéutico y la competencia profesional en la atención del paciente en estado crítico, sustentada en los valores humanísticos y altruistas, el uso del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones, y en la promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.

Referencias

1. Aguilar-García CR, Martínez-Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crit (Col Mex Med Crit)*. 2017;31(3):171-173. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171
2. Gómez-González JF, Cortés-López V, Basante-Muñoz L, et al. Humanización de los cuidados intensivos: un llamado a la acción durante y después del COVID-19. *Arch Med Fam Gen*. 2021;18(1):5-8.
3. Velásquez-Illanes PD. Percepción del cuidado humanizado del profesional enfermero según la teoría de Jean Watson en el servicio de emergencia de un hospital nivel II [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8604/Percepcion_VelasquezIllanes_Pilar.pdf
4. Santos-Holguín SA, Flores-Grijalba MC. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Vive Rev Salud*. 2023;6(16):93-103. doi: 10.33996/revistavive.v6i16.209
5. Valencia-Contrera MA, Melita-Rodríguez AB. Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. *Rev Enferm Benessere*. 2021. doi: 10.22370/bre.61.2021.3037
6. Melita-Rodríguez AB, Jara-Concha PT, Valencia-Contrera MA. Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención intrahospitalaria. *Index Enferm*. 2023;31(4):294-298. doi: 10.58807/indexenferm20225167
7. Gutiérrez-Berrios ZD, Gallardo-Muñoz IE. El cuidado humano y el aporte de las teorías de enfermería a la práctica enfermera. *Conecta Libertad*. 2020;4(2):127-135. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/110/354>
8. Vujanić J, Mikšić Š, Barać I, et al. Patients' and nurses' perceptions of importance of caring nurse-patient interactions: do they differ? *Healthcare (Basel)*. 2022;10(3):554. doi: 10.3390/healthcare10030554
9. Julca-Lázaro MO, Guzmán-Avalos M. Cuidado humanizado del profesional de enfermería relacionado con principios bioéticos en pacientes del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2022. *Apunt Bioet*. 2024;7(1):70-86. doi: 10.35383/apuntes.v7i1.1078
10. Hermosilla-Ávila A, Mendoza-Llanos R, Contreras-Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enferm*. 2016;25(4):273-277. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011
11. Saraguro-Fárez JA. Plan de estrategias para la humanización en los pacientes críticamente enfermos ingresados en la unidad de terapia intensiva del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil [tesis]. Quito: Universidad de las Américas; 2023. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/14540>
12. Grupo de Trabajo de Certificación del Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en unidades de cuidados intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
13. Rojas-Jara V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev Med Clin Condes*. 2019;30(2):120-125. doi: 10.1016/j.rmcl.2019.03.005
14. Aguado-Pérez MJ, Martín-Andrés L. Humanización en cuidados intensivos: el confort y el bienestar de los pacientes [tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2020. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691417/aguado_perez_maria%20jose.pdf
15. Martínez-Zubieta R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crit (Col Mex Med Crit)*. 2021;35(3):144-147. doi: 10.35366/100003

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Dominguez-Majata BA, Trujillo-López LE, Racilla-Solano B et al. Dimensiones del cuidado humanizado por profesionales de enfermería percibido por los pacientes en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(4):e1623. doi: 10.5281/zenodo.23165665

Anexo 1 Instrumento Percepción del Cuidado Humanizado en pacientes Hospitalizados
1 = Nunca, 2 = A veces, 3 = Regularmente, 4 = Casi siempre, 5 = Siempre

Dimensiones	Ítems	Escala Likert				
		1	2	3	4	5
I. Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas	Recibe un trato amable de parte de la enfermera					
	Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en usted					
	Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo de sim misma					
	Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo propio que la distingue de otras					
II. Instalación de fe y esperanza	La enfermera ha considerado sus preferencias religiosas					
	Siente que las acciones de la enfermera ayudan a fortalecer su fe					
	Siente que la enfermera al cuidarlo le transmite esperanza (formas de sentirse mejor)					
III. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás	Siente que tiene una relación cercana con la enfermera					
	Siente que la enfermera/o se conmueve con su situación de salud					
	La enfermera sabe como usted se siente y le consulta al respecto					
	Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera					
	Usted puede identificar como se siente la enfermera y manifestarlo con confianza					
	La enfermera es capaz de saber como se siente usted					
IV. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza	Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos					
	Siente una confianza mutua entre la enfermera y usted					
	La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente					
V. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos	La enfermera favorece o permite que usted exprese sus sentimientos					
	La enfermera le da tiempo para que usted exprese sus emociones					
	Siente que la enfermera lo escucha más allá de lo que pasa con su enfermedad					
	Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa					
VI. Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones	Siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basado en conocimientos					
	Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser					
	Siente que los cuidados que se le proporcionan es diferente a lo entregado a las demás personas					
VII. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal	Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan					
	Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan					
	Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan					
	Reconoce cual es su participación y que importancia tiene usted en los cuidados otorgados					
VIII. Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual	Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud					
	Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad					
	Siente que se apoya con respeto a su personalidad y cuerpo					
IX. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas	Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades físicas					
	Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales					
	Siente que la enfermera incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales					
X. Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas	La enfermera le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado					
	Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera					
	La enfermera lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y los demás					

Diana Adela Xicohténcatl-Mena^{1a}, Nayeli Guadalupe Legorreta-Rodríguez^{1b}, Elizabeth Barrios-Guevara^{1c}, Jeber Zuriel Matamoros-Martínez^{1d}, Erick Alberto Landeros-Olvera^{2e}

¹Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería, Programa de Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos. Puebla, Puebla, México

²Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería, Área de Posgrado. Puebla, Puebla, México

Registro PROSPERO ID: CRD420251175885

Doi: 10.5281/zenodo.23165709

ORCID

0009-0009-1662-2537^a
0009-0004-8875-1286^b
0009-0005-8005-1231^c
0009-0002-9072-5808^d
0000-0001-6270-1759^e

Palabras clave (DeCS):

Cuidados Críticos
Ventilación Mecánica
Succión
Aspiración Mecánica
Drenaje por Succión

Keywords (DeCS):

Critical Care
Mechanical Ventilation
Suction
Aspiration Mechanical
Suction Drainage

Correspondencia:

Erick Alberto Landeros Olvera

Correo electrónico:

erick.landerosolvera@viep.com.mx

Fecha de recepción:

01/12/2025

Fecha de aceptación:

29/05/2026

Resumen

Introducción: la frecuencia de la aspiración de secreciones (AS) es fundamental para mantener la permeabilidad de la vía aérea en los pacientes en estado crítico.

Objetivo: analizar la mejor evidencia científica disponible sobre la frecuencia óptima de la aspiración de secreciones en pacientes adultos con ventilación mecánica asistida en unidades de cuidados intensivos.

Metodología: se realizó una revisión de alcance con base en los lineamientos de PRISMA para identificar la mejor evidencia publicada entre 2013 a 2025. La búsqueda se realizó en PubMed, EBSCO-Host, CINAHL, CUIDEN, Scielo y repositorios universitarios. Se incluyeron guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y protocolos.

Resultados: de 670 artículos, se incluyeron 8 documentos. Los artículos evaluados con PRISMA obtuvieron 48%-85.1%, SIGN 1++ y de menor evidencia como práctica recomendada. Los artículos evaluados con STROBE oscilaron 72%-90.9%. Los artículos evaluados con AGREE II, alcanzaron 37% de los criterios.

Conclusión: es evidente la variabilidad en la frecuencia de la AS respecto al nivel de evidencia y grado de recomendación. Se muestra la variabilidad y el nivel de evidencia y rigurosidad metodológica de cada uno de los artículos con sus respectivos diseños para que el profesional de enfermería tome decisiones sobre la frecuencia de la AS con base en las características definitorias.

Abstract

Introduction: The frequency of secretion suctioning (SS) is fundamental to maintaining airway patency in critically ill patients.

Objective: To analyze the best available scientific evidence regarding the optimal frequency of secretion suctioning in adult patients receiving assisted mechanical ventilation in intensive care units.

Methodology: A scoping review was conducted based on PRISMA guidelines to identify the best evidence published between 2013 and 2025. Searches were performed in PubMed, EBSCO-Host, CINAHL, CUIDEN, SciELO, and university repositories. Clinical practice guidelines, systematic reviews, clinical trials, and protocols were included.

Results: Out of 670 articles, 8 documents were included. Articles evaluated using PRISMA scored between 48% and 85.1%; evidence levels ranged from SIGN 1++ to lower-level evidence supporting recommended practices. Articles evaluated using STROBE scored between 72% and 90.9%. Articles evaluated using AGREE II met 37% of the criteria.

Conclusion: There is evident variability in SS frequency regarding the level of evidence and grade of recommendation. The study highlights this variability, as well as the level of evidence and methodological rigor of each article—along with their respective study designs—to enable nursing professionals to make decisions regarding SS frequency based on defining characteristics.

Introducción

La ventilación mecánica asistida (VMA) es un recurso terapéutico de soporte vital que ha contribuido decisivamente a la mejora del estado de salud del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).¹ Sin embargo, la VMA aumenta la producción de secreciones bronquiales, dado que el paciente pierde el reflejo tusígeno y las secreciones tienden a acumularse en la vía aérea.²

En este contexto, se aplica la aspiración de secreciones (AS), procedimiento que se realiza regularmente a través del sistema de aspiración cerrado, un circuito que permite aspirar al paciente sin desconectarlo de la VMA.^{3,4} La AS consiste en la extracción de las secreciones orofaríngeas, nasofaríngeas, traqueales y endotraqueales a través de un catéter conectado a un sistema de succión; por lo que se convierte en un cuidado e intervención imprescindibles para mantener a los pacientes intubados en condiciones estables y óptimas de salud.⁵ Se sabe que la técnica de AS evita la obstrucción de las vías aéreas, facilita la ventilación y previene infecciones producidas por la acumulación de estas.⁶

Sin embargo, la continua aspiración endotraqueal conlleva para el paciente eventos adversos graves subsiguientes a la técnica, como hipoxia, bradicardia, arritmias, elevación de la presión intracraneal, bacteriemia, trauma de la mucosa, neumotórax, pérdida de la función ciliar y atelectasia.^{3,7}

El 100% de los pacientes hospitalizados en la UCI con una vía aérea artificial (traqueotomía o tubo endotraqueal) requieren en algún momento de la AS para garantizar la permeabilidad de la vía aérea, debido a que corren el riesgo de adquirir infecciones de las vías respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones.⁸ No obstante, el intervalo entre cada AS varía; en ocasiones se realiza por seguir un horario, por razón necesaria, por ser una técnica de rutina o, en otros casos, de acuerdo con una valoración previa y la condición clínica.⁶

La evidencia identificada hasta el momento muestra una gran variabilidad; los diseños versan sobre revisiones sistemáticas, revisiones de la literatura, ensayos clínicos aleatorizados y guías de práctica clínica. Los resultados se basan en criterios clínicos⁹ o sospecha de secreciones;¹⁰ algunos otros procedimientos se realizan bajo horario y rutina¹¹ o previa valoración.⁴ Es evidente la variabilidad y la falta de conocimientos sobre la frecuencia de la AS;¹² por ejemplo, la Asociación Estadounidense de Cuidados Respiratorios presentó una guía de práctica clínica¹³ con

diez recomendaciones para la succión endotraqueal segura en pacientes con VMA y vías respiratorias artificiales.⁵ Sin embargo, la frecuencia de la AS y la evidencia científica que sustenta la práctica clínica han variado con el tiempo.

La variabilidad en la frecuencia de la AS en América Latina no es diferente; por ejemplo, Colombia y México presentan guías de práctica clínica, protocolos y normativas desactualizadas donde se observa la variabilidad antes mencionada.^{14,15,16} En México no se han realizado estudios que describan la frecuencia de la AS, los protocolos no están unificados y no se muestra claridad al seleccionar la evidencia y su nivel de recomendación para realizar la técnica, dado que presentan diferentes datos sobre la frecuencia de la AS.^{16,17} A pesar de la variabilidad, sus beneficios son evidentes; un metaanálisis concluyó que la AS se asoció con una reducción de la incidencia de neumonía adquirida por ventilación, así como de la presencia de bacterias grampositivas o gramnegativas que la causan y de la duración de la ventilación mecánica.¹⁸

Para llevar a cabo los cuidados respiratorios del paciente en la UCI, el profesional de enfermería es quien se encuentra en la primera línea para realizar la técnica de AS, situación que destaca la importancia de establecer características definitorias o evidencias observables que sean esenciales o suficientes para lograr una oportuna y correcta AS.

Por lo tanto, es necesario realizar propuestas para que la AS se efectúe de forma oportuna y de calidad, con el propósito de analizar la mejor evidencia científica disponible sobre la frecuencia óptima de aspiración de secreciones en pacientes adultos con ventilación mecánica asistida en unidades de terapia intensiva.

Metodología

Se realizó una revisión de alcance bajo los lineamientos de la declaración PRISMA-ScR.¹⁹ Para mapear la directriz de la búsqueda de información, se estableció la siguiente pregunta de investigación con base en el formato PCC (Población, Concepto, Contexto):

¿Cuál es la mejor evidencia científica en pacientes adultos con ventilación mecánica invasiva y bajo efectos de sedación que implique características definitorias del cuidado de enfermería con relación a la frecuencia de la aspiración de secreciones en unidades de cuidados intensivos? (cuadro I).

Se buscó la información publicada entre 2013 y 2025 en las bases de datos PubMed, EBSCO-Host, CINAHL, CUIDEN y SciELO, además de otras fuentes como re-

Cuadro I Formulación de pregunta PCC

P	C	C
Población	Concepto	Contexto
Adultos con ventilación mecánica invasiva y bajo efectos de sedación	Frecuencia de aspiración de secreciones en pacientes con apoyo ventilación mecánica y bajo sedación	Características definitorias para realizar la aspiración de secreciones en pacientes con ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos

Fuente: elaboración propia

positorios universitarios e institucionales. Se realizó una estrategia de búsqueda específica con las palabras clave DeCS/MeSH, más otros términos no descritos en estos tesauros, combinados con operadores booleanos bajo el siguiente algoritmo verificado: en español: (((*aspiración, secreciones, frecuencia NOT pediátrico*) AND (*aspiración de secreciones*) AND (*aspiración, frecuencia y ventilación mecánica*))); en inglés: (((*aspiration AND secretions AND frequency NOT pediatric*) AND (*aspiration and secretions*) AND (*aspiration and frequency and mechanical ventilation*))); en portugués: (((*aspiração, secreções e frequência não pediátrica*) AND (*aspiração de secreções*) AND (*aspiração, frequência e ventilação mecânica*))).

Para agilizar la identificación de las palabras clave, se utilizó “*deepl.com*” para la traducción correspondiente de los artículos extraídos de las distintas bases de datos.²⁰ Los documentos fueron discutidos en su conjunto por los investigadores (cuatro estudiantes de la especialidad en cuidados intensivos y un doctor en enfermería con especialidad cardiovascular), quienes determinaron la pertinencia de inclusión de los artículos de acuerdo con su diseño de investigación y de otras fuentes (independientemente de su rigurosidad metodológica). Se incluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorios, revisiones bibliográficas, guías de práctica clínica y protocolos de enfermería como información complementaria a las características definitorias.

Una vez seleccionados los artículos, se eliminaron los duplicados en las diferentes bases de datos; los que fueron seleccionados se evaluaron mediante título y resumen para determinar su relevancia; posteriormente, se revisaron a texto completo para confirmar su elegibilidad. Las herramientas previamente seleccionadas para cotejar las características de los artículos de acuerdo con su diseño fueron las guías de notificación PRISMA para revisiones sistemáticas y metaanálisis,²¹ CONSORT para ensayos clínicos aleatorios,²² STROBE para estudios observacionales epidemiológicos²³ y AGREE II para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica,²⁴ las cuales facilitaron la evaluación de aspectos metodológicos y posibles

sesgos. Algunos de los artículos seleccionados también fueron valorados posteriormente con SIGN, de acuerdo con su diseño, para clasificar el nivel de evidencia y el grado de recomendación.²⁵

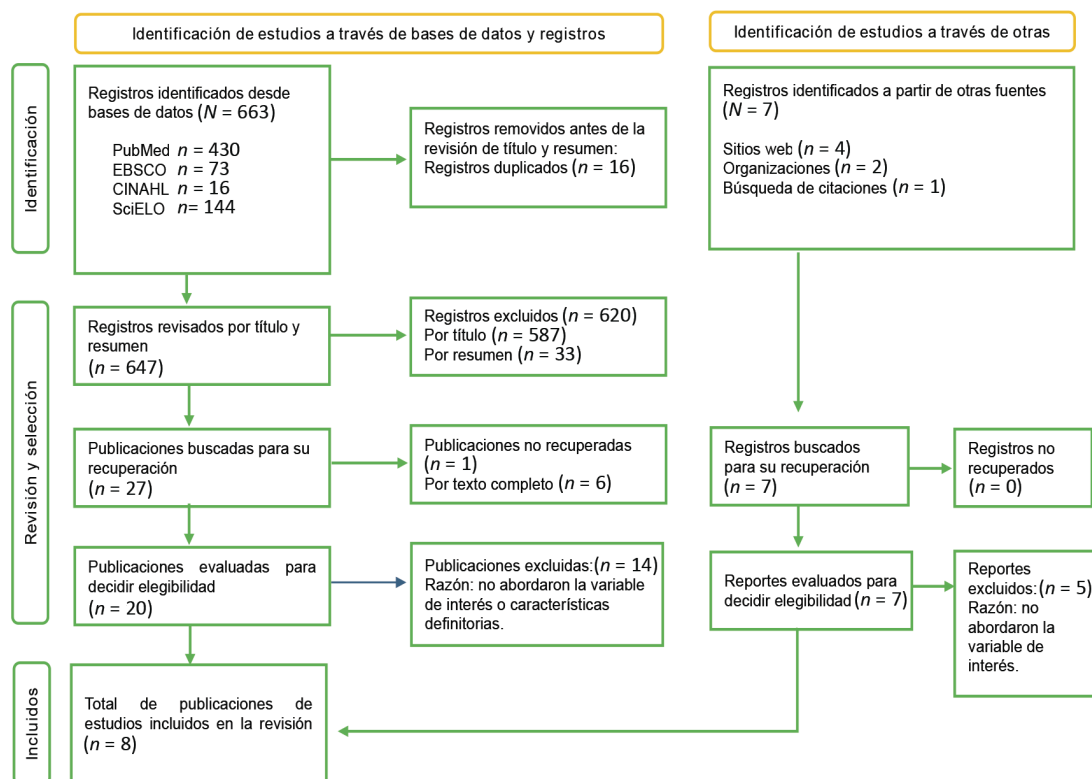
El proceso de revisión se realizó de forma paralela e independiente a través de dos grupos de dos investigadores cada uno (especialistas en formación); posteriormente, los resultados, el nivel de evidencia y el grado de recomendación de sus evaluaciones fueron corroborados o discutidos con el doctor para definir el dictamen. El protocolo fue registrado en PROSPERO para reducir el sesgo en los informes y promover la transparencia. ID: CRD420251175885.

Resultados

Se recuperaron 663 artículos en bases de datos y se eliminaron 16 duplicados, lo cual resultó en un total de 647 artículos para ser tamizados por título y resumen. Se eliminaron 620 artículos que no cumplieron con los criterios de selección; resultaron elegibles un total de 27 documentos que fueron leídos a texto completo, de los cuales seis tenían diferentes diseños de estudio o no abordaban las variables de interés y uno no pudo ser recuperado; quedaron 20 artículos y se excluyeron 14 por no presentar características definitorias.

Por otro lado, se identificaron siete documentos derivados de otras fuentes, como páginas web y organizaciones gubernamentales; se eliminaron cinco por no abordar la frecuencia de aspiración de secreciones o características definitorias. Finalmente, se incluyeron para el análisis y síntesis de la información dos revisiones sistemáticas, una revisión bibliográfica, un estudio transversal multicéntrico, dos estudios observacionales descriptivos, una guía de práctica clínica y un protocolo de atención. El número total de participantes de los documentos fue $n = 3,009$ (2,673 pacientes y 336 enfermeras). El flujo de la muestra se detalla en la [figura 1](#) y el escrutinio de los documentos seleccionados en el [cuadro II](#).

Figura 1 Diagrama de flujo PRISMA para artículos, bases de datos, registros y otras fuentes



Los artículos seleccionados en esta revisión de alcance fueron establecidos en el periodo de 2013 a 2025. Cabe señalar que los documentos seleccionados no cuentan con los elementos necesarios para evaluar el riesgo de sesgo; no obstante, se cotejaron con las declaraciones o herramientas de evaluación, así como con los que fueron señalados como prácticas recomendadas basadas en la experiencia clínica.

Los resultados fueron los siguientes: a) los artículos que se evaluaron con PRISMA obtuvieron un porcentaje máximo de 85.1% y un porcentaje mínimo de 48%; b) al valorar con SIGN, se obtuvo una mayor evidencia de 1++ y una menor evidencia de Grado C; y c) en los artículos evaluados con STROBE, la puntuación osciló entre 81.8% y 90.9%, con un grado de evidencia menor C.

La guía de práctica clínica fue evaluada con AGREE II y presentó una puntuación del 37%; en el protocolo colombiano no fue posible aplicar SIGN; sin embargo, presentó aportaciones a las características definitorias para la frecuencia de la AS, por lo que se consideró como parte de las prácticas recomendadas basadas en la experiencia clínica.

Para sintetizar la información de los resultados, a con-

tinuación se presentan las recomendaciones identificadas para la aspiración de secreciones en pacientes adultos con sedación y ventilación mecánica asistida (cuadro III).

Discusión

El objetivo de la presente revisión de alcance fue analizar la mejor evidencia científica disponible sobre la frecuencia óptima de aspiración de secreciones en pacientes adultos con ventilación mecánica asistida en unidades de terapia intensiva. Para mapear los resultados, se estableció la metodología de Peters²⁸ en el siguiente orden:

- *Extensión y variedad:* la revisión de la literatura probó la falta de evidencia sobre el tema estudiado. Existe evidencia sobre las situaciones técnicas de la AS, pero los criterios para definir la frecuencia son diversos y dependen de la patología de base del paciente y su estado clínico. Se pudo observar una variedad de diseños de estudio, aunque limitada; existe una carencia de ensayos clínicos aleatorios y controlados, así como una baja producción de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Llama la atención que no existen actualizacio-

Cuadro II Resultados obtenidos de los artículos

Autor, diseño de estudio y tamaño de muestra (n)	Frecuencia de la AS	Características definitorias para realizar la AS	Instrumento de medición	SIGN
1. Almeida Martínez JA, González Naranjo DE. Relación entre las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos ⁹ Revisión sistemática, n = 821 pacientes	La AS se realiza de acuerdo con la valoración del paciente.	-Gran cantidad de secreciones en el circuito del ventilador mecánico. -Aspirar cuando la saturación de oxígeno no sea la adecuada para la fiO_2 presente en el monitor. -Realizar cuando el paciente movilice secreciones en un tiempo no mayor a 15 segundos	PRISMA, (81.4%)	Evidencia 1+ Grado B
2. Pinto H. D'silva F. Sanil T: Knowledge and Practices of Endotracheal Suctioning amongst Nursing Professionals A Systematic Review ²⁶ n = 1804 pacientes	La AS realizarla cuando haya secreciones presentes y no como un cuidado de rutina	-Considerar la AS en pacientes con tubo endotraqueal (TET) que presenten síntomas Tos ineficaz -Presión pico elevada en la vía aérea en modo de control de volumen o disminución del volumen tidal -Dificultad respiratoria. -Aumento de la presión pico en la vía aérea con ventilador -Desaturación de oxígeno. -Patrón en dientes de sierra en la pantalla del ventilador Crepitantes gruesos en la tráquea y roncus en la auscultación pulmonar	PRISMA, (85.1%)	Evidencia 1++ Grado A
3. López Martín Irene. Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados ⁴ Revisión bibliografía, n = no indica.	La AS debe de realizarse previa valoración del paciente y no de forma rutinaria	-Curva gráfica con patrón de diente de sierra y en el aumento de la presión inspiratoria máxima durante la VMA por volumen o disminución de volumen de ventilación pulmonar si es controlada por la presión -Deterioro de la saturación de oxígeno y/o valores de gases sanguíneos arteriales -Secreciones visibles y dificultad respiratoria aguda -Sospecha de aspiración gástrica -Cuando se toma una muestra de esputo	PRISMA, (48%)	Evidencia 2++ Grado C
4. Wenjun C, Shuanghu, Xiaoli L, Nina W, Junqiang Z, Peng L, et al. Conocimientos y prácticas de las enfermeras de cuidados intensivos sobre las recomendaciones basadas en la evidencia para la aspiración endotraqueal: un estudio transversal multicéntrico en Changsha, China ²⁷ n = 281 enfermeras	La evaluación del paciente determina la necesidad de realizar la AS	Desconocimiento de varias prácticas esenciales de aspiración endotraqueal basada en la evidencia	STROBE, (81.8%)	Evidencia 1++ Grado B
5. Graef C, Steinberg DE, Farías KY, Aponte BG, Salzberg SE, Bouzat P. Práctica de aspiración de secreciones y sus complicaciones en sujetos con ventilación mecánica invasiva en unidades de cuidados intensivos de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Estudio observacional descriptivo, ¹² n = 48 pacientes	La AS se realiza previo a una valoración clínica al paciente.	-Auscultación: roncus y/o sibilancias audibles -Observación de secreciones visibles en el tubo endotraqueal -Presencia de frémitos a la palpación del tórax -Imagen en diente de sierra en la fase espiratoria de la curva flujo/tiempo del ventilador	STROBE, (90.9%)	Evidencia 2+ Grado C

Continúa en la página: 6

Continúa de la página: 5

Autor, diseño de estudio y tamaño de muestra (n)	Frecuencia de la AS	Características definitorias para realizar la AS	Instrumento de medición	SIGN
6. Agama H. Rivera Z. Vázquez O. Campos V. Hernández C. Ibarra E: Aspiración de secreciones: Conocimiento y práctica de enfermería ¹¹ Estudio descriptivo, n = 55 enfermeras	La AS se realiza cada cuatro horas	La AS de orofaringe/limpieza bucal y labios se realiza: -Bajo horario -Antes de manipular la sonda endotraqueal -Cambio de posición del paciente	STROBE, (72%)	Evidencia 2+ Grado C
7. Instituto Mexicano del Seguro Social: Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica ¹⁵ n = no indica.	La AS se realiza cada cuatro horas	Realiza AS de orofaringe/boca y labios -Antes de manipular la sonda endotraqueal -Cambio de posición del paciente	AGREE II, (37%)	Evidencia 1+ Grado B
8 Red Salud Armenia. Protocolo de Aspiración de Secreciones Empresa social del Estado de Armenia Quindío ¹⁴ n = no indica.	La AS se realiza determinando la necesidad de aspirar.	-Determinar la necesidad de la AS -Valorar el estado del paciente -Evitar acumulación excesiva de las secreciones	N/A	v ²

Fuente: elaboración propia

Notas: AS: Aspiración de secreciones. VMA: Ventilación mecánica asistida. N/A: No aplica. v2 : Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Cuadro III Síntesis narrativa de las recomendaciones identificadas para la aspiración de secreciones en pacientes adultos con sedación y ventilación mecánica asistida

Frecuencia	Aspectos Importantes para realizar AS	Características definitorias	Contraindicado
No hay frecuencia establecida, se propone realizar una valoración clínica previa y considerar la enfermedad base del paciente	-Realizar una previa auscultación de campos pulmonares (identificar roncos o sibilancias) -Identificar patrón “en dientes de sierra” visualizados en las curvas flujo-volumen del respirador (descartando la existencia de líquido condensado en el tubo corrugado del circuito o una oclusión) -Verificar presencia de hipersecreción -Identificar deterioro de la saturación de oxígeno y/o de la gasometría arterial -Valorar dificultad para la expulsión de las secreciones. -Considerar antes de realizar la movilización del paciente -Realizar ante una toma de muestra de expectoración	-La AS eleva la presión intracraneal no debe de ser continua -La AS puede ocasionar taquicardia o bradicardia, mantener en vigilancia estricta -La presión de la AS en adultos debe de ser de 80-120mmHg -Realizar una pre-oxigenación antes de la AS -El tiempo de AS no debe superar los 10 o 15 segundos para evitar la hipoxemia -Entre cada AS se debe esperar de 15 a 20 minutos hasta estabilizar -Se realiza la AS ocupando agua bidestilada para permeabilizar el sistema	-Pacientes neurológicos no aspirar, valorar si es necesario la AS -Pacientes con Síndrome de distrés respiratorio realizar AS con sistema cerrado por riesgo a atelectasia -Paciente con PEEP alta (Presión positiva al final de la espiración), valorar AS por riesgo de atelectasia

Fuente: elaboración propia con base a la revisión de alcance 2014 – 2025

AS = Aspiración de secreciones

nes de guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia, situación que pone en riesgo la técnica bajo características definitorias para lograr la AS en unidades de cuidados intensivos. Respecto al contenido de los documentos seleccionados, algunos trabajos no argumentan los criterios o la determinación de la frecuencia de la AS; por ejemplo, aquellos que determinaron la AS cada cuatro horas. No obstante, otros

trabajos presentan evidencia en las características definitorias para recomendar la AS.

- *Vacíos de conocimiento:* la evidencia es clara respecto a las características definitorias que se proponen para realizar la AS, lo que fundamenta siempre una valoración clínica previa del paciente y la consideración de la enfermedad de base. Esta premisa dista de realizar la AS por rutina o incluso por la indicación de una vez por turno.

En el estudio de Pinto,²⁶ clasificado con un nivel de evidencia 1++, se constituye el trabajo de mayor rigor metodológico dentro de esta revisión, donde las características definitorias o principales criterios clínicos son claros para indicar la AS: presión pico elevada en la vía aérea en modo controlado por volumen o disminución del volumen tidal, dificultad respiratoria, aumento de la presión pico en la vía aérea con ventilador, desaturación de oxígeno, patrón de dientes de sierra en la pantalla del ventilador, crepitantes gruesos en la tráquea y roncus en la auscultación pulmonar. Estos hallazgos respaldan la pertinencia de basar la práctica en parámetros objetivos y contribuyen a reforzar la seguridad del paciente en estado crítico.

No obstante, en la realidad de los hospitales que ofrecen servicios de cuidados intensivos, es común que la AS se realice sin considerar todas las características definitorias mencionadas en la valoración previa.

Sin embargo, en los hallazgos de esta revisión de alcance, no existe argumento alguno para realizar la AS *“por rutina”, “una vez por turno”* o *“para entregar al paciente a los profesionales de enfermería del siguiente turno sin pendientes”*; por lo tanto, la AS no está indicada ni justificada bajo estos términos. Incluso con la indicación de *“cuando sea necesario”*, que regularmente deriva de una valoración clínica subjetiva que puede estar condicionada por el conocimiento del profesional y de la enfermera especialista, en realidad no tiene fuerza de recomendación o corresponde a un nivel de evidencia de cuarto nivel del SIGN (*“opinión de expertos”*), que si bien es valiosa, la mayoría de las veces no se respalda con la evidencia publicada.^{25,29} Por ejemplo, la AS *“cuando sea necesario”* más la opinión del experto pueden converger en una mala práctica denominada *“rutina”*, que en varias situaciones se excusa en los documentos oficiales o protocolos de la misma UCI que establecen intervalos fijos, lo cual refleja la ausencia de consenso para la práctica de la AS; en consecuencia, esto puede influir en la aparición de complicaciones en el paciente que restan calidad al cuidado crítico.

En el mismo orden de ideas, los trabajos de López Martín⁴ y Almeida⁹ coinciden en que la AS no debe realizarse de manera rutinaria, sino únicamente ante la presencia de secreciones o manifestaciones clínicas específicas, como roncus, sibilancias audibles o patrones gráficos característicos en el ventilador, lo que refleja consistencia en la interpretación de la variabilidad de la práctica en cuidados críticos basados en evidencia.

Por el contrario, los trabajos de Agama¹¹ y la guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica¹⁵ aportan un enfoque interesante al recomendar la aspiración programada de la orofaringe y la limpieza bucal cada cuatro horas; sin embargo, la calidad metodológica y el periodo de vigencia caduco de la guía de práctica clínica limitan la generalización de sus resultados.

- Finalmente, para continuar con la estrategia del mapeo de acuerdo con Peters,²⁸ no se encontró una clarificación del concepto *“frecuencia de AS”*; sin embargo, la evidencia permitió entender cómo se establecieron las características definitorias que guían la clave para realizar la AS basada en la evidencia y discriminar las posturas rutinarias o institucionales sin fundamento.

Al respecto, en el contexto normativo mexicano, los documentos muestran que fueron elaborados con base en el consenso de expertos para establecer las recomendaciones de acuerdo con los niveles de evidencia y los grados de recomendación; esto debe considerarse porque la construcción de conocimiento por los expertos o sus experiencias representan el nivel más bajo de la validez del conocimiento.^{29,30} Esta falta de lineamientos normativos refleja un vacío regulatorio para estandarizar los cuidados intensivos en hospitales de segundo y tercer nivel en lo que se refiere a la AS; por lo anterior, resulta pertinente la actualización de las normas mexicanas mediante estudios de consenso recientes, a fin de que puedan constituir documentos de consulta confiables desde el punto de vista de la práctica basada en evidencia.^{16,17}

Esta situación pone de relieve la necesidad de fortalecer la investigación con diseños metodológicos más sólidos, así como de actualizar y unificar las guías nacionales o institucionales, con el fin de garantizar prácticas seguras, estandarizadas y centradas en la seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos.

Conclusiones

Los resultados hacen evidente la variabilidad significativa en la frecuencia de la AS respecto al nivel de evidencia y el grado de recomendación. Las ventajas de este trabajo radican en que no solamente muestra la variabilidad, sino también el nivel de evidencia y la rigurosidad metodológica de cada uno de los artículos con sus respectivos diseños, para que el profesional de enfermería tome decisiones sobre la frecuencia de la AS con base en las

características definitorias.

Se destaca que en ciertos artículos se establece que la frecuencia está determinada en ciertos lapsos, de forma rutinaria o bajo la opinión del experto de acuerdo con el nivel cuarto del SIGN, situación que marca subjetividades de juicio clínico no consensuado. Por lo tanto, no hay una frecuencia establecida para la AS; se propone realizar una valoración clínica previa y considerar la enfermedad de base del paciente. El cuidado de enfermería en esta técnica debe considerar la mejor evidencia publicada para tomar decisiones sobre la frecuencia de la AS, con base

en las características definitorias identificadas y las contraindicaciones.

Es importante destacar la necesidad de realizar nuevas investigaciones que permitan mayores avances con respecto a este tema, mejorar protocolos específicos y actualizar normativas oficiales, lo cual se vería reflejado en un avance significativo en la salud de los pacientes y en la calidad de la atención en las unidades de cuidados intensivos. Utilizar la mejor evidencia disponible puede fundamentar los cambios en la normativa interna de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Referencias

1. Martínez-Hurtado, Eugenio-D, Flores-Mariscal, Luisa-María. Manejo de la Vía Aérea y Ventilación Mecánica. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 2023. Disponible en: <https://dgb-buap.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?>
2. Centeno JV, Sang MC. Fundamentos de Ventilación Mecánica. En Distribuna Editorial Médica. Ventilación Mecánica. Colombia: Editorial Distribuna; 2025. p.153. Disponible en: https://www.google.com.mx/books/edition/Fundamentos_de_Ventilaci%C3%B3n_Mec%C3%A1nica/8IRGEQAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1
3. Almodóvar F. Sánchez T: Manual para preparar pruebas ECOE de enfermería. España: Elsevier; 2023. p.86,87. Disponible en: https://www.google.com.mx/books/edition/Manual_para_preparar_pruebas_ECOE_de_enf/kb29EAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
4. López Martín Irene. Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. Ene. [Internet]. 2021 [citado 2025 Nov 20];15(1): 1051. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100007&lng=es. Epub 06-Dic-2021
5. Blakeman T. Brady J.Yoder M. Capellari E.Shawna L: AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. Respiratory Care. February 2022 Vol 67 No 2. Disponible en: <https://www.aarc.org/wp-content/uploads/2022/10/cpg-artificial-airway-suctioning.pdf>
6. Cazho-Tobar DA, Merchán-Coronel MG, Rodríguez-Quezada FC. Protocolo basado en evidencia para la aspiración de secreciones en la práctica enfermera: un enfoque seguro y efectivo [Evidence-based protocol for secretion aspiration in nursing practice: a safe and effective approach]. CER [Internet]. 2025 May 9 [cited 2025 Nov. 20];3(especial1):1-52. Available from: <https://revistas.institutoperspectivasglobales.org/index.php/CER/article/view/606>
7. Clavero R. Lasheras A. Gil S. Sánchez A. Romero. Rodríguez C: Aspiración endotraqueal con sistemas cerrados. Revista Ocronos. 2023;6(2)252. Disponible en: <https://revistamedica.com/aspiracion-endotraqueal-sistemas-cerrados/>
8. Cortes-Telles Arturo, Che-Morales José Luis, Ortiz-Farías Diana Lizbeth. Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales. Neumol. cir. torax [revista en la Internet]. 2019 Sep [citado 2025 Nov 20];78(3):313-323. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000300313&lng=es&tln=es
9. Martínez JA, González Naranjo DE. Relación entre las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos – Una Revisión Sistemática. Ciencia Latina [Internet]. 14 de abril de 2025 [citado 20 de noviembre de 2025];9(2):2790-81. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/17094>
10. Macías Sánchez KG, Acurio Barre SL, Chandi Ortiz KL. Cuidados de enfermería en pacientes con intubación endotraqueal en la unidad de cuidados intensivos. DC [Internet]. 24 de agosto de 2022 [citado 20 de noviembre de 2025];8(3):794-806. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2958>
11. Agama H. Rivera Z. Vázquez O. Campos V. Hernández C. Ibarra E: Aspiración de secreciones: Conocimiento y práctica de enfermería. Congreso Internacional de Investigación Academia Journals [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2025 Nov 16];13(2):6–11. Disponible en: <https://researchs.bibliotecabuap.elogim.com/c/4by2bf/viewer/pdf/ua4wokedvb>
12. Graef C, Steinberg DE, Farías KY, Aponte BG, Salzberg SE, Bouzat P. Práctica de aspiración de secreciones y sus complicaciones en sujetos con ventilación mecánica invasiva en unidades de cuidados intensivos de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: estudio observacional descriptivo. AJRPT [Internet]. 28 de febrero de 2025 [citado 20 de noviembre de 2025];7(1):13-20. Disponible en: <https://revista.ajrpt.com/index.php/Main/article/view/350>
13. Singh R. Bhalotra AR. Sharma S: Audit on Practices of Endotracheal Suctioning in Intensive Care Unit Patients among Health Care Workers (HCWs). Indian J Crit Care Med. 2024 Jan;28(1):58-65. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24615. PMID: 38510774; PMCID: PMC10949278. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38510774/>
14. Red Salud Armenia ESE. Protocolo de Aspiración de Secreciones [Internet]. Armenia: Red Salud Armenia ESE; 2014 [citado el 24 de mayo de 2026]. Código: M-GH-P-036. Disponible en: <https://redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-036%20Protocolo%20aspiracion%20de%20secreciones.pdf>
15. Instituto Mexicano del Seguro Social: Guía de práctica clínica <<Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica>>. Guía de Práctica Clínica [citado nov 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/624GER.pdf>
16. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA-3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. [citado nov 2025]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=35314307&fecha=3D17/09/2013#gsc.tab=0
17. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-

- SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. [citado nov 2025]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009#gsc.tab=0
18. Zhi M. Ling G. Guoqui W. Chao L. Yan Z. Wanjie G, et al. Subglottic secretion suction for preventing ventilator-associated pneumonia: an updated meta-analysis and trial sequential analysis. *Crit Care*. 2016 Oct 28;20(1):353. doi: 10.1186/s13054-016-1527-7. PMID: 27788682; PMCID: PMC5084404. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27788682/#full-view-affiliation-2>
 19. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018.
 20. DeepL. Traductor de DeepL [Internet]. Colonia: DeepL SE; [citado 24 may 2026]. Disponible en: <https://www.deepl.com/es/translator>.
 21. J. Page M, E. Mackenzie J, M. Boussuyt P, Boutron I, C. Hoffmann T, D. Mulrow C, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas, *Revista Española de Cardiología*, Volume 74, Issue 9, 2021, Pages 790-799, ISSN 0300-8932. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-declaraci243n-prisma-202058-una-gu237a-actualizada-para-la-publicaci243n-de-revisiones-sistem225ticas-articulo-S0300893221002748-pdf>
 22. Hopewell S, et al. CONSORT 2025 explanation and elaboration: updated guideline for reporting randomised trials. *BMJ*. 2025; 388:e081124. Disponible en: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>
 23. Von EE. Altman GD. Egger M. Pocock SJ: The Strengthening of the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies, *International Journal of Surgery*, Volume 12, Issue 12, 2014, Pages 1495-1499, ISSN 1743-9191. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S174391911400212X>
 24. Flórez G. Montoya D: Las guías de práctica clínica y el instrumento AGREE II. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. Septiembre de 2011 [consultado el 17 de noviembre de 2025]; 40(3): 563-576. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000300014
 25. Instituto Argonés de Ciencias de la Salud. SIGN<<Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN>>. [Consultado en Nov 2025]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-niveles/>
 26. Pinto H. D'silva F. Sanil T: Knowledge and Practices of Endotracheal Suctioning amongst Nursing Professionals: A Systematic Review. *Indian J Crit Care Med*. 2020 Jan;24(1):23-32. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23326. PMID: 32148345; PMCID: PMC7050166. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7050166/>
 27. Wenjun C, Shuanghu, Xiaoli L, Nina W, Junqiang Z, Peng L, et al. Conocimientos y prácticas de las enfermeras de cuidados intensivos sobre las recomendaciones basadas en la evidencia para la aspiración endotraqueal: un estudio transversal multicéntrico en Changsha, China. *BMC Nurs* 20, 186 (2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00715-y>
 28. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Lockwood C, editors. *JBIManual for Evidence Synthesis* [Internet]. Adelaide: JBI; 2024 [cited 2026 May 25]. Available from: [refreshedbyus.com](https://www.refreshedbyus.com)
 29. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: A guideline developer's handbook [Internet]. Edinburgh: SIGN; 2019 [citado 25 May 2026]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-niveles/>
 30. Sánchez-Mendiola M. ¿Qué es la pirámide de la evidencia? *Rev Fac Med (Mex)* [Internet]. 2025 [citado 25 May 2026];68(3):30-35. Disponible en: [scielo.org.mx](https://www.scielo.org.mx)

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Xicohténcatl-Mena DA, Legorreta-Rodríguez NG, Barrios-Guevara E et al. Frecuencia recomendada de la aspiración de secreciones para pacientes adultos sedados en estado crítico: revisión de alcance. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(4):e1604. doi: 10.5281/zenodo.23165709

Starlin Javier Martínez-García^{1a}, Emmanuel Liriano-Parra^{2b}, Fausto Antonio Suriel-Rosario^{3c}

¹Sinclair Community College; Science, Mathematics & Engineering Division; Biomedical Engineering Technology. Ohio, Estados Unidos

²Universidad Autónoma de Santo Domingo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina. Santo Domingo, República Dominicana

³Universidad Católica Santo Domingo, Unidad de Posgrado. Santo Domingo, República Dominicana

Doi: 10.5281/zenodo.23165740

ORCID

0009-0006-5951-3531^a

0009-0004-6323-6560^b

0009-0008-7746-8994^c

Palabras clave (DeCS):

Diabetes Mellitus Tipo 2
Alfabetización en Salud
Autoeficacia
Autocuidado
Enfermería Traslacional

Keywords (DeCS):

Diabetes Mellitus, Type 2
Health Literacy
Self Efficacy
Self Care
Translational Nursing

Correspondencia:

Starlin Javier Martínez García

Correo electrónico:

info@starlinmartinez.com

Fecha de recepción:

01/02/2026

Fecha de aceptación:

20/07/2026

Resumen

Introducción: la diabetes tipo 2 (DT2) es un desafío prioritario por su prevalencia y consecuencias del descontrol glucémico. Con el enfoque de enfermería traslacional los determinantes conductuales son centrales en la modulación de los resultados metabólicos.

Objetivo: analizar la relación entre alfabetización en salud, autoeficacia y autocuidado con el control glucémico (HbA1c) en adultos con diabetes tipo 2.

Metodología: revisión sistemática según PRISMA 2020. Se incluyeron estudios de cohorte y ensayos clínicos aleatorizados sobre alfabetización en salud, autoeficacia y autocuidado y su relación con el control glucémico (HbA1c). Se integraron matrices de trazabilidad y evidencia crítica, sistematizando las métricas reportadas por cada estudio sin recalcularlas.

Resultados: la alfabetización en salud mostró la asociación menos consistente con el control glucémico. La autoeficacia se asoció de forma más consistente con mejoras en la HbA1c. El autocuidado mostró asociaciones significativas en la mayoría de los estudios, con resultados inconsistentes en un subgrupo de ensayos.

Conclusión: la autoeficacia y el autocuidado mostraron las asociaciones más consistentes con el control glucémico, mientras que la alfabetización en salud presentó resultados más heterogéneos. Estos hallazgos respaldan a la enfermería traslacional como eje estratégico para transformar esta evidencia en intervenciones clínicas de alto impacto.

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes (T2D) is a priority challenge due to its prevalence and the consequences of uncontrolled blood glucose. Within the framework of translational nursing, behavioral determinants play a central role in modulating metabolic outcomes.

Objective: To analyze the relationship of health literacy, self-efficacy, and self-care with glycemic control (HbA1c) in adults with type 2 diabetes.

Methodology: A systematic review was conducted following PRISMA 2020 guidelines. Cohort studies and randomized clinical trials addressing health literacy, self-efficacy, and self-care—and their relationship with glycemic control (HbA1c)—were included. Traceability and critical evidence matrices were integrated, systematizing the metrics reported by each study without recalculating them.

Results: Health literacy showed the least consistent association with glycemic control. Self-efficacy was more consistently associated with improvements in HbA1c. Self-care showed significant associations in most studies, though results were inconsistent in a subset of trials.

Conclusion: Self-efficacy and self-care demonstrated the most consistent associations with glycemic control, whereas health literacy yielded more heterogeneous results. These findings support translational nursing as a strategic axis for transforming this evidence into high-impact clinical interventions.

Introducción

La diabetes tipo 2 (DT2) representa un problema prioritario de salud pública debido a su alta prevalencia, curso crónico y elevada carga de complicaciones asociadas a un control glucémico inadecuado. El mal control metabólico, habitualmente evaluado mediante la hemoglobina glucosilada (HbA1c), incrementa de forma significativa la morbilidad, mortalidad y los costos sanitarios. En este contexto, la evidencia actual indica que el control de la DT2 depende no solo del tratamiento farmacológico, sino también de determinantes conductuales y cognitivos relacionados con el autocuidado del paciente.^{1,2}

Esta revisión se enmarca en la enfermería traslacional, entendida como el proceso de síntesis, adaptación e implementación de hallazgos científicos dispersos en guías, protocolos o intervenciones de enfermería, a diferencia de la práctica basada en evidencia, centrada en aplicar resultados ya validados en el punto de atención.^{3,4} Bajo este marco, la presente revisión no se limita a resumir la literatura disponible, sino que la organiza y jerarquiza mediante la Matriz de Evidencia Crítica descrita en la Metodología, con el propósito de facilitar su traducción a la práctica clínica de enfermería.

Estudios observacionales realizados en distintos contextos geográficos han descrito asociaciones entre mayores niveles de autocuidado, adherencia terapéutica, alimentación saludable, actividad física y automonitoreo glucémico, y valores más bajos de HbA1c.^{5,6} Asimismo, la alfabetización en salud y la autoeficacia se han identificado como determinantes que median la adopción de conductas saludables, evidenciándose que niveles bajos de comprensión terapéutica se asocian con mayor riesgo de mal control glucémico.^{7,8}

En países de ingresos bajos y medios, factores estructurales y sociales como el nivel educativo, el acceso a servicios de salud, las comorbilidades y el apoyo familiar limitan la capacidad de autocuidado, contribuyendo a una

alta prevalencia de control glucémico deficiente.^{9,10} Desde la perspectiva de la enfermería, las intervenciones educativas, el empoderamiento del paciente y los modelos de atención liderados por enfermería han demostrado reducciones significativas de HbA1c en ensayos clínicos aleatorizados, alineándose con los principios de la enfermería traslacional.^{7,11,12,13,14,15}

No obstante, la evidencia disponible proviene de estudios con diseños, poblaciones e instrumentos heterogéneos, sin que exista una síntesis que permita contrastar la consistencia y relevancia clínica de cada determinante conductual sobre el control glucémico. Esta heterogeneidad metodológica, y no la existencia de la asociación en sí, constituye el vacío de conocimiento que esta revisión busca resolver.

Con base en el enfoque de la enfermería traslacional, es posible mejorar el control glucémico de las personas con diabetes tipo 2 al sintetizar la evidencia disponible e identificar los determinantes conductuales con mayor potencial de traducción hacia intervenciones lideradas por enfermería. Por ello, el objetivo fue analizar la relación entre la alfabetización en salud, la autoeficacia y el autocuidado con el control glucémico (HbA1c) en adultos con diabetes tipo 2.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*),¹⁶ bajo el enfoque de la enfermería traslacional. La pregunta de investigación se estructuró mediante el formato PICO: Población, Intervención/Exposición, Comparación, Outcomes (**cuadro I**).

Pregunta de investigación

¿Cuál de los determinantes conductuales (alfabetización en salud, autoeficacia o autocuidado) es el que más

Cuadro I Estructura final de la pregunta PICO

Elementos		Descripción
P	Población	Adultos de 18 años o más con diagnóstico de DT2
I	Intervención/Exposición	Determinantes conductuales evaluados longitudinalmente (estudios de cohorte) o como componente de una intervención (ensayos clínicos aleatorizados): alfabetización en salud, autoeficacia y autocuidado
C	Comparación	Niveles bajos, insuficientes o subóptimos de alfabetización en salud, autoeficacia o autocuidado frente a niveles adecuados, según lo reportado en cada estudio
O	Outcomes/Resultado	Control glucémico medido mediante HbA1c

Fuente: elaboración propia

influye en la variación del control glucémico (HbA1c) en adultos con diabetes tipo 2?

Estrategia de búsqueda y selección de fuentes de información

Se realizó una búsqueda exhaustiva en *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science* y *SciELO*, de artículos publicados entre enero de 2019 y enero de 2026; dicho periodo captura la consolidación de instrumentos de autocuidado y alfabetización de segunda generación y se alinea con la declaración de PRISMA 2020.¹⁶ Se incluyó un año adicional previo para incorporar estudios elegibles identificados por verificación cruzada de referencias.

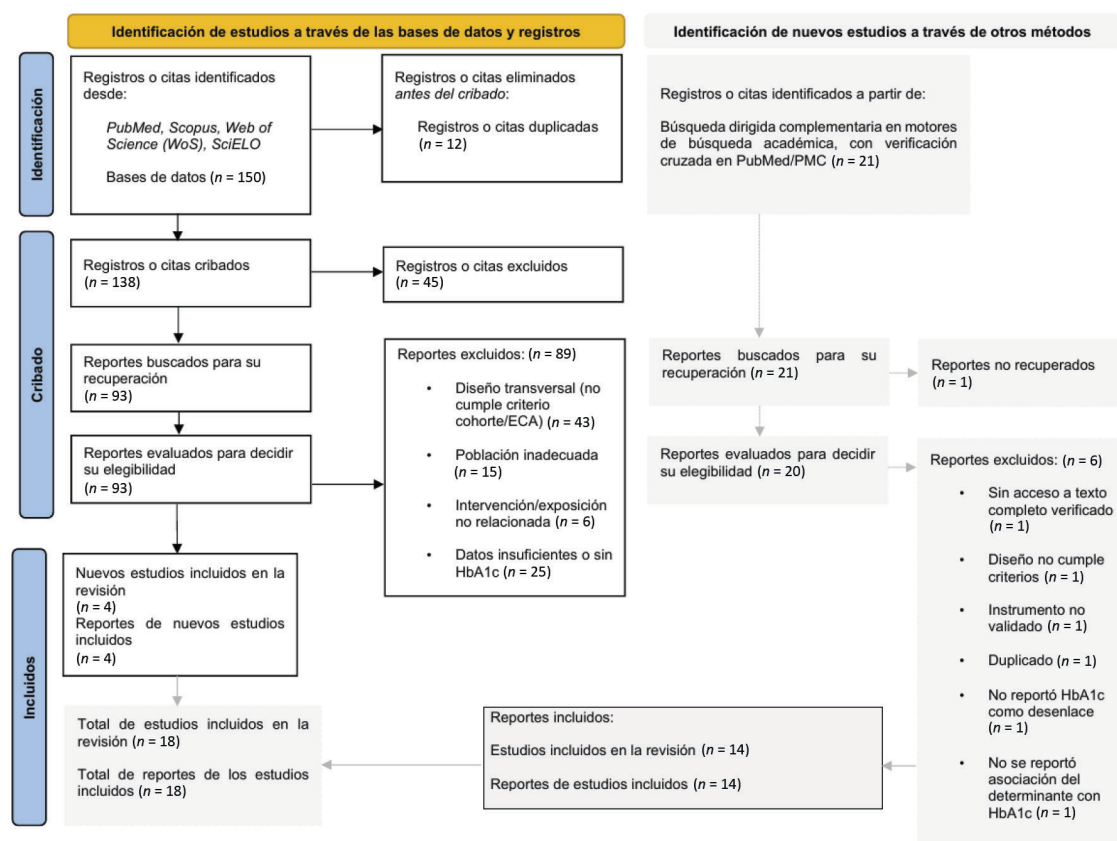
Se utilizaron términos MeSH/DeCS: (*Type 2 Diabetes Mellitus*) AND (*Self-care OR Self-efficacy OR Health literacy*) AND (*Glycemic control OR HbA1c*) AND (*Nursing*). Tras restringir la elegibilidad a cohortes y ECA, se realizó una búsqueda complementaria con verificación individual de cada referencia (DOI/PMID/PMCID) en PubMed/PMC, documentada en el diagrama PRISMA (figura 1).

Selección de estudios y criterios de elegibilidad

El proceso se ejecutó en las fases de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión (PRISMA 2020). Los criterios de inclusión fueron: estudios primarios de cohorte (prospectivo o histórico) o ensayo clínico aleatorizado, publicados entre 2019 y 2026, en adultos con DT2, que evaluaran al menos uno de los tres determinantes de interés y reportaran su efecto o asociación con HbA1c, disponibles en texto completo en español o inglés. Los criterios de exclusión fueron: revisiones, metaanálisis, editoriales, diseños transversales o de casos y controles, población pediátrica, diabetes gestacional o tipo 1, estudios sin medición cuantitativa de HbA1c y artículos sin acceso a texto completo.

En los casos de estudios que evaluaron simultáneamente más de un determinante conductual, por ejemplo, autoeficacia y autocuidado,¹¹ y alfabetización en salud y autoeficacia,¹⁷ su ubicación en un único cuadro obedece a fines de organización expositiva y no implica que el determinante no reflejado en el título del cuadro

Figura 1 Diagrama de flujo PRISMA 2020 del proceso de selección de estudios



correspondiente sea secundario; el resultado combinado reportado por cada estudio puede consultarse en la columna “Resultado”.

Evaluación de la Calidad Metodológica y Riesgo de Sesgo

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo se evaluaron individualmente: calidad del reporte mediante STROBE¹⁸ para estudios de cohorte, CONSORT¹⁹ para ensayos clínicos, riesgo de sesgo mediante los checklists JBI²⁰ para cohortes y RoB 2.0²¹ para ECA. Con este último se evaluaron cinco dominios (proceso de aleatorización, desviaciones de la intervención, datos faltantes, medición del resultado y selección del reporte).

Síntesis de la evidencia

La evidencia se organizó mediante una *Matriz de Evidencia Crítica* desarrollada específicamente para esta revisión, que sistematiza cada estudio según el determinante evaluado, el tipo de diseño, el instrumento utilizado, la medida estadística reportada (diferencias de medias/proporciones, OR/AOR, β /B o tamaño del efecto, según el diseño) y el indicador de control glucémico, mediante un libro de códigos que garantiza trazabilidad. No se modificaron ni recalcularon los valores originales; la interpretación distingue explícitamente entre asociación (cohortes) y efecto (ECA), sin asumir causalidad uniforme entre ambos tipos de evidencia.

Instrumentos y variables evaluadas

Los estudios emplearon instrumentos validados para alfabetización en salud, autoeficacia y autocuidado (SDS-CA²² para autocuidado, DMSES²³ para autoeficacia, además de HLS-EU-Q16, PHE-s, T2DM-DSMS, DSES, FCCHL, entre otros). Variables asociadas (adherencia, empoderamiento evaluado mediante DES/DES-SF,²⁴ apoyo social, estilo de vida) se consideraron solo cuando se relacionaban con las tres variables centrales o con HbA1c.

Consideraciones éticas

Al tratarse de una revisión sistemática de literatura publicada, no fue necesaria la solicitud de consentimiento informado ni la aprobación por un comité de ética, cum-

pliando con las normativas internacionales de manejo de datos secundarios de acceso público.

Resultados

En esta revisión sistemática se incluyó un total de 18 estudios primarios, mediante los cuales se evaluaron los determinantes de alfabetización en salud (5), autoeficacia (5) y autocuidado como determinante conductual principal (8). Asimismo, 14 estudios correspondieron a ensayos clínicos aleatorizados (9 individuales y 5 por conglomerados o de brazos múltiples) y 4 a estudios de cohorte (3 prospectivos y 1 histórico). Los estudios se realizaron en 10 países, con predominio de Asia (13), América del Norte (3), África (1) y Europa (1). El tamaño muestral osciló entre 64 y 900 participantes reclutados originalmente (843 analizados en el estudio de mayor tamaño), con un total de 5,847 participantes analizados en el conjunto de los 18 estudios.

Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Los 14 ensayos clínicos aleatorizados fueron evaluados mediante RoB 2.0 (*figura 2*: juicio por dominio y *figura 3*: resumen ponderado). El dominio D1 (aleatorización) y D5 (selección del resultado reportado) mostraron bajo riesgo en el 71.4% de los estudios; el D2 (desviaciones de la intervención) concentró el mayor riesgo, con algunas preocupaciones en el 92.9% de los casos. El juicio global fue de algunas preocupaciones en 13 de los 14 estudios (92.9%) y de alto riesgo en uno (Fadli *et al.*,²⁵ dominio D5).

En la misma línea, 4 correspondieron a estudios de cohorte, evaluados mediante el checklist JBI (11 ítems; *figura 4*: juicio por ítem; *figura 5*: resumen ponderado). Dos estudios, Wang *et al.*²⁶ y Trief *et al.*,²⁷ no mostraron preocupaciones metodológicas relevantes. Gao *et al.*²⁸ presentaron un ítem en alto riesgo (Q6), sin que ello modificara su juicio global, clasificado como algunas preocupaciones; Gucciardi *et al.*²⁹ se clasificó con algunas preocupaciones en dos ítems (Q6 y Q9).

En la categoría de alfabetización en salud, 5 estudios cumplieron los criterios de inclusión: 2 ensayos clínicos aleatorizados individuales, 2 por clústeres o de brazos múltiples y 1 cohorte prospectiva, con tamaños muestrales entre 64 y 799 participantes. Tres de estos cinco estudios encontraron una asociación o efecto estadísticamente significativo sobre el control glucémico ($p < 0.01$ a $p < 0.0001$); en los dos restantes no se observó diferencia significativa entre grupos (*cuadro II*).

Figura 2 Riesgo de sesgo por dominio, RoB 2.0 (n = 14 ECA)

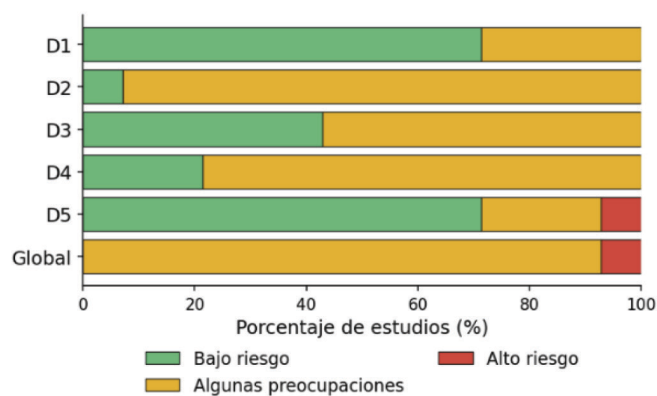


Figura 3 Resumen ponderado del riesgo de sesgo, RoB 2.0 (n = 14 ECA)

		Dominios de riesgo de sesgo					
		D1	D2	D3	D4	D5	Global
Estudio	Ađralı y Akyar (2022)	+	-	-	-	+	-
	Sriklo <i>et al.</i> (2023)	-	-	+	-	+	-
	Curtis <i>et al.</i> (2024)	+	-	-	-	+	-
	Wang L <i>et al.</i> (2019)	-	-	+	+	+	-
	Asmat <i>et al.</i> (2024)	+	-	+	-	-	-
	Fadli <i>et al.</i> (2026)	+	-	-	-	x	x
	Zhang A <i>et al.</i> (2025)	+	-	+	+	+	-
	Bilgehan y Vardar İnkaya (2025)	+	-	-	-	-	-
	Changsieng <i>et al.</i> (2023)	-	-	-	-	+	-
	Terkes <i>et al.</i> (2024)	+	-	-	-	+	-
	Esmailpour <i>et al.</i> (2025)	+	-	-	-	+	-
	Ranjbaran <i>et al.</i> (2022)	-	+	+	+	+	-
	Panagiotidis <i>et al.</i> (2025)	+	-	+	-	-	-
	Ibrahim NF <i>et al.</i> (2025)	+	-	-	-	+	-

Dominios:
D1: Sesgo derivado del proceso de aleatorizaci3n.
D2: Sesgo debido a desviaciones de las intervenciones previstas.
D3: Sesgo debido a datos faltantes del desenlace.
D4: Sesgo en la medici3n del desenlace.
D5: Sesgo en la selecci3n del resultado

Juicio

- Alto (x)
- Algunas preocupaciones (-)
- Bajo (+)

Figura 4 Evaluación crítica JBI, estudios de cohorte (n = 4)

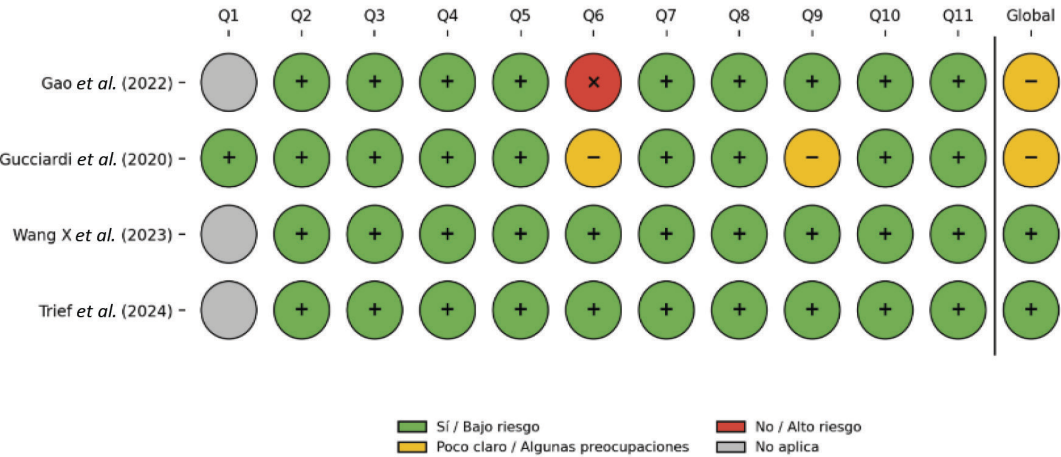
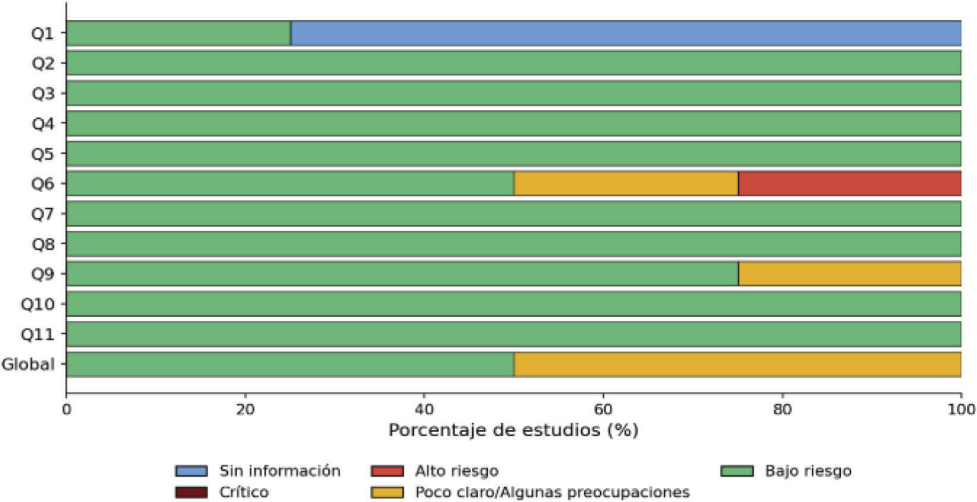


Figura 5 Resumen ponderado de la evaluación crítica JBI, estudios de cohorte (n = 4)



Cuadro II Alfabetización en salud y control glucémico en adultos con diabetes tipo 2 (n = 5)

Ref	Estudio	País	n	Diseño	Instrumentos	Resultado (intervalo/control)	p
26	Wang X et al., 2023	China (rural)	206 (de 321)	Cohorte prospectiva ¹	DKN mod+SDSCA	Conocimiento→HbA1c, β = -0.062	< 0.01
30	Ağralı y Akyar, 2022	Turquía	107 (54/53)	ECA	HLS+DMSES+HBM	HbA1c: 7.8→7.5 vs. 7.2→7.2	NS (p > 0.05)
31	Sriklo et al., 2023	Tailandia	64 (32/32)	ECA clúster	FCCHL+SMBS	ΔHbA1c: 7.76→6.75 vs. 7.73→7.58	< 0.001
32	Curtis et al., 2024	EE. UU.	756 (362/394)	ECA pragmático	ACP Guide (NVS)	HbA1c a 6m: 8.28 vs. 8.44	NS (p = 0.19)
33	Wang L et al., 2019	China	799 (200×3+199)	ECA clúster (4 brazos)	c-HeLMS+c-DNT-5	ΔHbA1c: -0.90%	< 0.0001

¹Wang et al.²⁶ se autodenominan “analytical cross-sectional study” en el título y resumen, pero miden HbA1c en dos tiempos (basal y a 10 meses) mediante datos de seguimiento (tracking data); se incluye como cohorte prospectiva con esta salvedad metodológica explícita
NS: no significativo

En la categoría de autoeficacia (**cuadro III**), 5 estudios cumplieron los criterios de inclusión: 2 ensayos clínicos aleatorizados individuales, 1 por clústeres y 2 cohortes prospectivas, con tamaños muestrales entre 120 y 843 participantes. Todos los estudios encontraron una asociación o efecto estadísticamente significativo con el control glucémico ($p = 0.02$ a $p < 0.001$).

El autocuidado fue el determinante con mayor número de estudios ($n = 8$): 5 ensayos clínicos aleatorizados individuales, 2 por clústeres o de brazos múltiples y 1 cohorte histórica, con muestras que variaron entre 89 y 771 participantes. Cinco de los ocho estudios reportaron una reducción estadísticamente significativa de HbA1c ($p = 0.012$ a $p < 0.001$), mientras que en tres no se observó diferencia significativa entre los grupos comparados (**cuadro IV**).

Discusión

La relación entre los determinantes conductuales mostró que la autoeficacia presentó la relación más uniforme con el control glucémico, seguida del autocuidado, mientras que la alfabetización en salud mostró mayor heterogeneidad cuando fue evaluada de manera aislada. Esta diferencia no implica menor relevancia clínica de alguno de los determinantes, sino que su contribución podría depender de la capacidad del paciente para transformar el conocimiento en conductas sostenidas y de las características de las intervenciones implementadas.

La autoeficacia mostró los resultados más consistentes, los cinco estudios incluidos mostraron asociaciones o efectos favorables sobre la HbA1c ($p = 0.02$ a

Cuadro III Autoeficacia y control glucémico en adultos con diabetes tipo 2 ($n = 5$)

Ref	Estudio	País	<i>n</i>	Diseño	Instrumentos	Resultado (intervalo/control)	<i>p</i>
17	Panagiotidis <i>et al.</i> , 2025	Grecia	120 (60/60)	ECA	HLS-EU-Q16+DMSES	Δ HbA1c: 7.60→6.96 vs. 7.62→7.68	< 0.001
27	Trief <i>et al.</i> , 2024	EE. UU.	348	Cohorte prospectiva	DSES	Autoeficacia→HbA1c elevado, OR = 0.91	0.02
28	Gao <i>et al.</i> , 2022	China	843 (de 900)	Cohorte prospectiva	Lorig's DSES	Distrés/depresión→HbA1c vía autoeficacia, $\beta = 0.105/0.004$	IC95%≠0
34	Ibrahim <i>et al.</i> , 2025	Egipto	330 (165/165)	ECA	MDQ-SE+DES-SF	HbA1c controlado: 72.1% vs. 55.1%	0.001
35	Ranjbaran <i>et al.</i> , 2022	Irán	248 (124/124)	ECA clúster	HAPA (propio)	Δ HbA1c: 8.07→7.77 vs. 8.34→8.56	< 0.001

Cuadro IV Autocuidado y control glucémico en adultos con diabetes tipo 2 ($n = 8$)

Ref	Estudio	País	<i>n</i>	Diseño	Instrumentos	Resultado (intervalo/control)	<i>p</i>
11	Asmat <i>et al.</i> , 2024	Pakistán	583 (de 612)	ECA	DMSES+SDSCA	Autoeficacia+autocuidado→HbA1c, $R^2 = 0.232$	< 0.001
12	Bilgehan y Vardar inkaya, 2025	Turquía	102 (34/34/34)	ECA (3 brazos)	T2DM-DSMS+DES	Δ HbA1c: 9.41→7.93 vs. 9.43→9.40	0.005 (d = 1.066)
13	Changsieng <i>et al.</i> , 2023	Tailandia	103 (51/52)	ECA clúster	SED+L-Cat+Hill-Bone	Δ HbA1c: -1.1%	< 0.001 (d = 0.68)
14	Terkas <i>et al.</i> , 2024	Turquía	89 (44/45)	ECA	SDSCA+DMSES+DQOL	Δ HbA1c: 8.11→7.60 vs. 8.39→8.03	NS ($p = 0.233$)
15	Esmailpour <i>et al.</i> , 2025	Irán	90 (45/45)	ECA	SDSCA (Toobert)	HbA1c (GEE), $B = -0.022$	NS ($p = 0.284$)
25	Fadli <i>et al.</i> , 2026	Indonesia	90 (45/45)	ECA ²	DKQ-24+MDQ+SDSCA+PSS-10	Δ HbA1c = -1.7%	< 0.001
29	Gucciardi <i>et al.</i> , 2020	Canadá	771 (487/284)	Cohorte histórica	Expediente	Δ A1C (GEE), efecto = -0.262	0.012
36	Zhang <i>et al.</i> , 2025	China	198 (99/99)	ECA	SDSCA+SED+Chen	Δ HbA1c: -0.99% vs. -0.42% ³	A los 6 meses: $p = 0.05$; interacción global: $p = 0.51$ (NS)

²Fadli *et al.*²⁵ Se autodenominan "cuasiexperimental" en el resumen, pero el método describe aleatorización por bloques con ocultamiento de asignación mediante sobres sellados (SNOSE), cumpliendo criterios de ECA

³Zhang *et al.*³⁶ Interacción grupo por tiempo en el límite de significancia a los 6 meses ($p = 0.05$); la interacción global a lo largo de todo el seguimiento no fue significativa ($p = 0.51$).

NS: no significativo

$p < 0.001$).^{28,34,35,27,17} En específico, Ibrahim *et al.*,³⁴ documentaron HbA1c controlada en 72.1% del grupo de intervención frente a 55.1% del grupo control ($p = 0.001$), y Ranjbaran *et al.*,³⁵ observaron una reducción de 8.07 a 7.77, frente a un incremento de 8.34 a 8.56 en el grupo control ($p < 0.001$); los tres estudios restantes confirmaron la misma dirección mediante reducciones comparables de HbA1c o coeficientes independientes de cero.^{28,27,17} La convergencia de ensayos individuales, ensayos por conglomerados y cohortes en una misma dirección respalda los modelos de autorregulación, según los cuales la percepción de competencia facilita el inicio y mantenimiento del autocuidado.

La variabilidad de la evidencia se concentró principalmente en la alfabetización en salud, donde solo tres de cinco estudios evidenciaron diferencias significativas entre grupos. Curtis *et al.*,³² en el estudio pragmático de mayor tamaño muestral ($n = 756$), y Ağralı y Akyar³⁰ no hallaron diferencias a los seis meses (8.28 frente a 8.44, $p = 0.19$, y $7.8 \rightarrow 7.5$ frente a $7.2 \rightarrow 7.2$, $p > 0.05$, respectivamente); en el primero, pese a la elevada participación, los autores atribuyeron el resultado nulo a la ausencia de cambios conductuales suficientes, y en el segundo, posiblemente porque los valores basales ya estaban próximos a la meta terapéutica. En contraste, los otros tres estudios mostraron reducción de HbA1c, especialmente Wang L *et al.*³³ y Sriklo *et al.*³¹ ($p < 0.0001$ y $p < 0.001$), además de Wang X *et al.*²⁶ ($p < 0.01$).

En el caso del autocuidado, cinco de los ocho estudios documentaron reducción de HbA1c con efecto favorable.^{11,29,25,12,13} Fadli *et al.*²⁵ ($p < 0.001$), Bilgehan y Vardar İnkaya¹² ($p = 0.005$; $d = 1.066$) y Changsieng *et al.*¹³ ($p < 0.001$; $d = 0.68$) aportaron la evidencia más convergente. En cambio, Terkes *et al.*¹⁴ ($p = 0.233$), Esmailpour *et al.*¹⁵ ($p = 0.284$) y Zhang *et al.*³⁶ no mantuvieron el efecto: en este último, la interacción grupo por tiempo fue limítrofe a los seis meses ($p = 0.05$), pero no se sostuvo a lo largo del seguimiento completo ($p = 0.51$). Estas diferencias parecen relacionarse con la duración, intensidad y estabilidad temporal de las intervenciones, así como con los niveles basales de HbA1c, más que con una ausencia definitiva de relación.

En conjunto, la alfabetización en salud favorece la comprensión de la enfermedad, la autoeficacia fortalece la capacidad percibida para actuar y el autocuidado representa la ejecución práctica de esas competencias. Aunque los estudios no evaluaron formalmente la interacción entre los tres componentes, los hallazgos respaldan inter-

venciones integradas y no estrategias centradas exclusivamente en la transmisión de información. El resultado nulo de Curtis *et al.*,³² pese a la elevada participación, ilustra que la educación por sí sola puede ser insuficiente si no promueve cambios conductuales sostenidos.

Las intervenciones con mejores resultados compararon componentes activos de *coaching*, empoderamiento o autorregulación guiados por enfermería.^{12,25,34,35} Esto posiciona al profesional de enfermería no solo como transmisor de información, sino como facilitador de confianza, toma de decisiones y ejecución sostenida del autocuidado.

A partir de la *Matriz de Evidencia Crítica* desarrollada por los autores, esta revisión aporta una jerarquización narrativa, no equivalente a un metaanálisis, basada en la dirección de las asociaciones, la significancia estadística, la calidad metodológica valorada mediante RoB 2.0 y JBI, y la aplicabilidad clínica de los 18 estudios incluidos. La autoeficacia y el autocuidado mostraron el mayor potencial de traducción clínica, mientras que la alfabetización en salud aislada requiere complementarse con estos componentes.

Las investigaciones futuras deberían evaluar intervenciones lideradas por enfermería que integren simultáneamente autoeficacia y autocuidado, incorporar los siete comportamientos del modelo ADCES7³⁷ (alimentación saludable, actividad física, monitoreo, toma de medicamentos, resolución de problemas, reducción de riesgos y afrontamiento saludable) como desenlaces diferenciados y estandarizar la medición mediante HbA1c, especialmente en contextos de bajos recursos, donde el acceso limitado a esta prueba reduce la comparabilidad de la evidencia.

Conclusión

De los tres determinantes evaluados, la alfabetización en salud mostró la relación más heterogénea con el control glucémico, mientras que la autoeficacia presentó el patrón más uniforme y el autocuidado mostró resultados favorables en la mayoría de los estudios. Desde la perspectiva de la enfermería traslacional, estos hallazgos respaldan el diseño de intervenciones que integren el fortalecimiento de la autoeficacia, la alfabetización en salud y el autocuidado, en lugar de depender únicamente de la transmisión de información. Esta jerarquización proporciona una base para orientar futuras intervenciones de enfermería dirigidas a optimizar el control glucémico en personas con diabetes tipo 2.

Limitaciones del estudio

Esta revisión presenta las siguientes limitaciones:

- a) La heterogeneidad de los instrumentos y de las métricas estadísticas entre los estudios impidió realizar un metaanálisis cuantitativo, por lo que la síntesis se basó en una comparación narrativa jerarquizada.
- b) La mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados presentaron algunas preocupaciones en el dominio de desviaciones de la intervención (D2), dado que no es posible cegar las intervenciones conductuales; esta condición es inherente al diseño y no necesariamente implica menor validez.
- c) La revisión no fue registrada prospectivamente en PROSPERO, debido a que la selección de estudios había iniciado antes de considerar el registro. No obstante, se aplicaron criterios de elegibilidad explícitos, una estrategia reproducible y procedimientos definidos conforme a PRISMA 2020.
- d) Se excluyeron los estudios transversales y de casos y controles con el propósito de priorizar la temporalidad, lo que pudo reducir la disponibilidad de evidencia procedente de contextos de bajos recursos, donde estos diseños predominan.
- e) El determinante de autocuidado no incorporó explícitamente los siete comportamientos del modelo ADCES7, aspecto que deberá considerarse en futuras investigaciones.

Referencias

1. Rodrigues S, Patrício AI, Cristina C, Fernandes F, Santos GM, Antunes I, et al. Health Literacy and Adherence to Therapy in Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study in Portugal. *Health Lit Res Pract*. 2024;8(4):e194-203. doi:10.3928/24748307-20240625-01.
2. Ibrahim AM, Gano FAEL, Abdel-Aziz HR, Elneblawi NH, Zaghamir DEF, Abu Negm LMM, et al. Tailoring nursing interventions to empower patients: personal coping strategies and self-management in type 2 diabetes care. *BMC Nurs*. 2024;23:926. doi:10.1186/s12912-024-02573-w.
3. Sidani S, Braden CJ. Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions. 1st ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2011. doi:10.1002/9781118785553
4. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare. *Nurs Res Pract*. 2012;2012:792519. doi:10.1155/2012/792519.
5. Ong-Artborirak P, Seangpraw K, Boonyathe S, Auttama N, Winaiprasert P. Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Thai communities. *BMC Geriatr*. 2023;23:297. doi:10.1186/s12877-023-04010-0
6. Jackson IL, Eshiet UI, Onung SI, Egbe ES. Diabetes management self-efficacy and glycaemic control among people with type 2 diabetes in a resource-limited setting. *Discov Public Health*. 2025;22:35. doi:10.1186/s12982-025-00423-x
7. Zhao X, Liu Q, Guo X, Hu X, Cheng L. Serial mediation roles of empowerment and self-care activities connecting health literacy, quality of life, and glycemic control in people with type 2 diabetes. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2024;21(3):330-7. doi:10.1111/wvn.12684.
8. Hussein SH, Albatineh AN, Almajran A, Ziyab AH. Association of health literacy and other risk factors with glycemic control among patients with type 2 diabetes in Kuwait: A cross-sectional study. *Prim Care Diabetes*. 2021;15(3):571-7. doi:10.1016/j.pcd.2021.01.011
9. Tegegne KD, Gebeyehu NA, Yirdaw LT, Yitayew YA, Kassaw MW. Determinants of poor glycemic control among type 2 diabetes in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2024;12:1256024. doi:10.3389/fpubh.2024.1256024
10. Gouveia-Bezerra KM, de Oliveira-Tito-Borba AK, de Oliveira-Markes AP, Gomes-da Silva-Carvalho Q, da Silva-Santos AH, Ramos-Ventura-da Silva-Cavalcanti B. Conocimiento y autoeficacia en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. *Enferm Glob*. 2023;22(71):68-109. doi:10.6018/eglobal.553591
11. Asmat K, Sivarajan Froelicher E, Dhamani KA, Gul R, Khan N. Effect of patient-centered self-management intervention on glycemic control, self-efficacy, and self-care behaviors in South Asian adults with type 2 diabetes mellitus: A multicenter randomized controlled trial. *J Diabetes*. 2024;16(9):e13611. doi:10.1111/1753-0407.13611.
12. Bilgehan T, Vardar İnkaya B. The effect of a holistic nurse coaching intervention on glycemic control, diabetes self-management, and empowerment: a randomized controlled trial. *BMC Nurs*. 2025;24:627. doi:10.1186/s12912-025-03252-0
13. Changsieng P, Pichayapinyo P, Lagampan S, Lapvongwatana P. Implementation of Self-Care Deficits Assessment and a Nurse-Led Supportive Education Program in Community Hospitals for Behavior Change and HbA1c Reduction: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Prim Care Community Health*. 2023;14:21501319231181106. doi:10.1177/21501319231181106
14. Terkes N, Bektas H, Balci MK. Effect of web-based education intervention on blood glucose control, self-care and quality of life in patients with type 2 diabetes: A single-blinded randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2024;30(6):e13298. doi:10.1111/ijn.13298
15. Esmailpour A, Ilali E, Papi S, Fendereski A, Kashi Z, Razeghi Jahromi S. Effects of a Mobile Health Diabetes Self-care Program on HbA1C, FBS and Self-care in Older Adults with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *J Nurs Midwifery Sci*. 2025;12(1):e156857. doi:10.5812/jnms-156857
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
17. Panagiotidis P, Kalokairinou A, Tzavara C, Michailidou A, Velonaki VS. Evaluation of a Family-Based, Health Literacy-Adapted Educa-

- tional Intervention Program in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Cureus*. 2025;17(3):e80239. doi:10.7759/cureus.80239
18. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453-7. doi:10.1016/S0140-6736(07)61602-X
 19. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*. 2010;340:c332. doi:10.1136/bmj.c332
 20. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Scheckel R, et al. Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020. Available from: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
 21. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898. doi:10.1136/bmj.l4898
 22. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000;23(7):943-50. doi:10.2337/diacare.23.7.943
 23. Van der Bijl JJ, van Poelgeest-Eeltink A, Shortridge-Baggett L. The psychometric properties of diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *J Adv Nurs*. 1999;30(2):352-9. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01124.x
 24. Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*. 2000;23(6):739-43. doi:10.2337/diacare.23.6.739
 25. Fadli F, Nursalam N, Sjattar EL, Uly N. Improving self-care, HbA1c control, and quality of life in type 2 diabetes: a self-regulation intervention based on the individual and family self-management theory. *Front Clin Diabetes Healthc*. 2026;6:1712334. doi:10.3389/fcdhc.2025.1712334
 26. Wang X, Tian B, Zhang S, Zhang J, Yang W, Li J, et al. Diabetes knowledge predicts HbA1c levels of people with type 2 diabetes mellitus in rural China: a ten-month follow-up study. *Sci Rep*. 2023;13:18248. doi:10.1038/s41598-023-45312-y
 27. Trief PM, Wen H, Burke B, Uschner D, Anderson BJ, Liu X, et al. Psychosocial Factors and Glycemic Control in Young Adults With Youth-Onset Type 2 Diabetes. *JAMA Netw Open*. 2024;7(4):e245620. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.5620
 28. Gao Y, Xiao J, Han Y, Ji J, Jin H, Mawen DG, et al. Self-efficacy mediates the associations of diabetes distress and depressive symptoms with type 2 diabetes management and glycemic control. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022;78:87-95. doi:10.1016/j.genhosppsych.2022.06.003
 29. Gucciardi E, Xu C, Vitale M, Lou W, Horodezny S, Dorado L, et al. Evaluating the impact of onsite diabetes education teams in primary care on clinical outcomes. *BMC Fam Pract*. 2020;21:48. doi:10.1186/s12875-020-01111-2
 30. Ağralı H, Akyar İ. The effect of health literacy-based, health belief-constructed education on glycated hemoglobin (HbA1c) in people with type 2 diabetes: A randomized controlled study. *Prim Care Diabetes*. 2022;16(1):173-8. doi:10.1016/j.pcd.2021.12.010
 31. Sriklo M, Tamdee D, Aungwattana S, Kaewthummanukul T. Effects of Enhance Health Literacy through Transformative Learning Program on Self-Management and Hemoglobin A1C Level Among Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2023;27(2):317-33. doi:10.60099/prijnr.2023.262041
 32. Curtis LM, Davis TC, Arnold CL, Gan JM, McSweeney JC, Hur S, et al. Effectiveness of a health literacy intervention to improve diabetes outcomes in rural family medicine clinics: a randomized pragmatic trial. *Health Lit Commun Open*. 2024;2(1):2382133. doi:10.1080/28355245.2024.2382133
 33. Wang L, Fang H, Xia Q, Liu X, Chen Y, Zhou P, et al. Health literacy and exercise-focused interventions on clinical measurements in Chinese diabetes patients: A cluster randomized controlled trial. *EclinicalMedicine*. 2019;17:100211. doi:10.1016/j.eclinm.2019.11.004
 34. Ibrahim NF, Nofal HA, Ali HT, El-Rafey DS, Almadani N, Mahfouz R, et al. Enhancing self-care management in diabetic patients: a randomized controlled trial exploring the interplay of social support, self-efficacy, and empowerment. *Acta Diabetol*. 2025;62:1691-701. doi:10.1007/s00592-025-02498-z
 35. Ranjbaran S, Shojaeizadeh D, Dehdari T, Yaseri M, Shakibazadeh E. The effectiveness of an intervention designed based on health action process approach on diet and medication adherence among patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetol Metab Syndr*. 2022;14:3. doi:10.1186/s13098-021-00773-x
 36. Zhang A, Wang J, Wan X, Zhang Z, Zhao S, Bai S, et al. Community-Based Intelligent Blood Glucose Management for Older Adults With Type 2 Diabetes Based on the Health Belief Model: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2025;13:e60227. doi:10.2196/60227
 37. Association of Diabetes Care and Education Specialists, Kolb L. An Effective Model of Diabetes Care and Education: The ADCES7 Self-Care Behaviors. *Sci Diabetes Self Manag Care*. 2021;47(1):30-53. doi:10.1177/0145721720978154

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Martínez-García SJ, Liriano-Parra E, Suriel-Rosario FA. *Enfermería traslacional: revisión sistemática de los determinantes conductuales y el control glucémico en adultos con diabetes tipo 2*. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(4):e1616. doi: 10.5281/zenodo.23165740

Juan Manuel Deniz-Andrade^{1a}, Sarahi Xitlali Godínez-Andrade^{2b}, Adriana Elizabeth Margalli- Mancilla^{3c}, Hilda Romero-Zepeda^{4d}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 18, Medicina Preventiva. Villa de Álvarez, Colima, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 1, Servicio de Pediatría. Villa de Álvarez, Colima, México

³Universidad de Colima, Facultad de Filosofía, Profesora-Investigadora de Tiempo Completo.

Colima, Colima, México

⁴Universidad Autónoma de Querétaro, Comité de Ética en Investigación, Profesora de Tiempo Completo. Querétaro, Querétaro, México

Doi: 10.5281/zenodo.23266682

ORCID

0009-0004-1024-9317^a

0009-0003-4745-1466^b

0009-0006-3215-1892^c

0000-0002-5553-8962^d

Palabras clave (DeCS):

Bioética

Ética Clínica

Ética Profesional

Ética en Enfermería

Vulnerabilidad en Salud

Keywords (DeCS):

Bioethics

Ethics, Clinical

Ethics, Professional

Ethics, Nursing

Health Vulnerability

Correspondencia:

Juan Manuel Deniz Andrade

Correo electrónico:

jdeniz4@proton.me

manueldeniz.and@gmail.com

Fecha de recepción:

03/03/2026

Fecha de aceptación:

20/07/2026

Resumen

Introducción: la práctica sanitaria debe reconocer la enfermedad como una experiencia integral que implica vulnerabilidad física, emocional y social, más allá de su dimensión biológica. La fragmentación y despersonalización de la atención evidencian la necesidad de priorizar la dignidad humana y el cuidado integral del paciente y su familia.

Objetivo: reflexionar sobre la vulnerabilidad del paciente moderno y su relación con la ética del cuidado.

Metodología: a través de la revisión de literatura filosófica, bioética y de enfermería, se analiza cómo la tendencia de los sistemas de salud contemporáneos a priorizar la eficiencia, la tecnificación y los protocolos normativos genera la despersonalización y aumenta la experiencia de vulnerabilidad de los pacientes, en un contexto en el que la ética del cuidado ha sido históricamente relegada frente a los enfoques deontológicos y administrativos de la bioética tradicional.

Resultados: el artículo propone una reflexión crítica que reivindica la centralidad del cuidado como dimensión ética, relacional y ontológica, fundamentada en autores clásicos y contemporáneos. Reconocer la vulnerabilidad del paciente como condición constitutiva permite humanizar la práctica clínica, enriquecer la reflexión bioética y fortalecer la relación profesional de salud-paciente.

Conclusiones: la integración de la ética del cuidado en la bioética clínica contribuye a un abordaje más sensible, dialógico y ético, capaz de responder a los desafíos de la medicina moderna sin comprometer la dignidad y la singularidad de cada paciente.

Abstract

Introduction: Healthcare practice must recognize illness as a holistic experience involving physical, emotional, and social vulnerability, extending beyond its biological dimension. The fragmentation and depersonalization of care highlight the need to prioritize human dignity and the comprehensive care of both the patient and their family.

Objective: To reflect on the vulnerability of the modern patient and its relationship with the ethics of care.

Methodology: Through a review of philosophical, bioethical, and nursing literature, this study analyzes how the tendency of contemporary health systems to prioritize efficiency, technologization, and standardized protocols fosters depersonalization and heightens patients' experience of vulnerability—occurring in a context where the ethics of care have historically been sidelined in favor of the deontological and administrative approaches of traditional bioethics.

Results: The article offers a critical reflection that reaffirms the centrality of care as an ethical, relational, and ontological dimension, grounded in the work of classical and contemporary authors. Recognizing patient vulnerability as a constitutive condition allows for the humanization of clinical practice, enriches bioethical reflection, and strengthens the healthcare professional-patient relationship.

Conclusions: Integrating the ethics of care into clinical bioethics fosters a more sensitive, dialogic, and ethical approach, capable of addressing the challenges of modern medicine without compromising the dignity and uniqueness of each patient.

Introducción

La práctica sanitaria contemporánea enfrenta el desafío complejo de atender a pacientes cada vez más expuestos a condiciones de vulnerabilidad derivadas de factores sociales, culturales, económicos y estructurales. En este sentido, la enfermedad no solo es un fenómeno biológico, sino que constituye una experiencia existencial que involucra fragilidad física, incertidumbre emocional, dependencia de otros y exposición a sistemas de salud que, con frecuencia, priorizan la eficiencia, la estandarización y la tecnificación sobre el cuidado integral.

Es así como el *paciente y su familia* enfrentan, además del proceso propio de la enfermedad, la fragmentación de los sistemas de salud, la presión de instituciones orientadas a indicadores de productividad y la reducción de la relación de los profesionales de la salud con el paciente a un cumplimiento normativo, generando experiencias de espera, despersonalización y dependencia;¹ con dicha situación, se evidencia la necesidad de replantear los modelos de atención desde una perspectiva integral y reflexiva, capaz de situar la vulnerabilidad y la dignidad del paciente en el centro de la práctica clínica.

En la literatura de enfermería y bioética se enfatiza la importancia de reconocer al paciente como sujeto integral, cuya vulnerabilidad requiere respuestas que trasciendan la norma y la técnica, incorporando la escucha activa, la interpretación de la narrativa y la promoción de su dignidad.²

Con esta lógica, el cuidado emerge como eje central de la praxis sanitaria, no solo en términos técnicos, sino como un componente ético, relacional y ontológico de la existencia humana; al respecto, se ha profundizado en la dimensión filosófica del cuidado, señalando que la vulnerabilidad no es un defecto por superar, sino una condición constitutiva de la existencia que exige una ética sensible y comprometida.³ Esta perspectiva permite comprender que los sistemas de salud, aun cuando sean técnicamente eficientes, pueden fallar éticamente si no reconocen la interdependencia humana y la necesidad del acompañamiento integral del paciente.

Cabe señalar que la práctica de la medicina moderna se ha caracterizado por la tecnificación y la especialización, que han producido avances indiscutibles en el diagnóstico y tratamiento; en consecuencia, se ha reforzado la fragmentación de la atención y la percepción del paciente como un objeto técnico, lo que se refleja en los tiempos de consulta reducidos y en protocolos estrictos

bajo la presión de indicadores administrativos que condicionan la relación terapéutica con el paciente. La ética del cuidado, en contraste con la ética normativa, subraya la interrelación en la atención personalizada y la responsabilidad por el otro, al reconocer la vulnerabilidad como elemento constitutivo del ser humano y fundamento de toda relación ética.⁴

El vacío de conocimiento que surge entre lo técnico-administrativo y lo relacional-ético es particularmente relevante en los contextos de espera prolongada, fragmentación institucional y presión de recursos. La persona enferma que depende de turnos, citas o procedimientos complejos experimenta no solo la incertidumbre propia de la enfermedad, sino también la percepción de ser invisibilizada dentro del sistema. La despersonalización revela el desplazamiento de la ética del cuidado frente a la ética normativa y la tecnocracia sanitaria, e implica la necesidad de una bioética más dialógica y sensible a la experiencia concreta del paciente, capaz de situar la vulnerabilidad y la interdependencia como ejes de análisis y acción.⁵

En el presente artículo se propone una reflexión teórica que recupere la centralidad de la vulnerabilidad y del cuidado en bioética, articulando referencias filosóficas y éticas que permitan superar la fragmentación de los enfoques normativos. Para ello, se parte de la comprensión de la vulnerabilidad desde factores estructurales, sociales y culturales, analizando cómo los sistemas de salud actuales potencian la espera, la despersonalización y la invisibilidad del sufrimiento. Se examina la ética del cuidado como propuesta ética y ontológica capaz de reorientar la práctica profesional, contrastando sus principios con los de la ética deontológica tradicional. Asimismo, se integran las perspectivas filosóficas de Heidegger,⁶ Ricoeur⁷ y Masiá Clavel³ para fundamentar una mirada que reconoce la interdependencia, la fragilidad y la dignidad del paciente como elementos constitutivos de toda acción bioética.

Con este análisis se busca ofrecer un aporte teórico-reflexivo que oriente la práctica profesional, la formación académica y las políticas de salud hacia un enfoque humanizado, ético y sensible a la vulnerabilidad. No se trata de proponer soluciones instrumentales inmediatas, sino de generar un marco conceptual que permita repensar la posición del paciente en la práctica clínica y en la bioética contemporánea; mediado por una reflexión ontológica del cuidado, se sitúa al paciente en el centro y se reconoce su vulnerabilidad como constitutiva, como un camino para contrarrestar la tendencia a la despersonalización y recuperar la dimensión relacional y ética del acto médico.

En esta propuesta se reconoce la relevancia de los códigos deontológicos, los principios normativos y los avances tecnológicos; asimismo, sostiene que estos elementos por sí solos son insuficientes para garantizar una atención humana y ética. Con un enfoque centrado en el cuidado, se busca situar la interdependencia, la escucha, la empatía y la responsabilidad en el corazón de la atención sanitaria, constituyendo así una bioética capaz de dialogar con la experiencia concreta del paciente y de responder a los desafíos éticos contemporáneos.

Esta reflexión se fundamenta en supuestos académicos y filosóficos de autores clásicos de la bioética, como Beauchamp⁴ y Childress,⁵ sobre la importancia de principios como la beneficencia y la justicia; sin embargo, esta perspectiva puede complementarse con la ética del cuidado, que aporta una mirada relacional y ontológica, centrada en la vulnerabilidad y la interdependencia humana. Por su parte, Heidegger⁶ ha explorado la finitud y la vulnerabilidad como condiciones esenciales de la existencia humana, proporcionando un sustento conceptual para comprender al paciente como *ser-en-el-mundo* con necesidades éticas y existenciales. Asimismo, Masiá Clavel, en obras como *Animal vulnerable* y *Fragilidad en esperanza*, desarrolla una reflexión sobre la fragilidad y la vulnerabilidad aplicable al ámbito sanitario, subrayando la necesidad de un cuidado ético y humanizante que reconozca la dimensión ontológica de la experiencia del paciente.^{3,8} De este modo, el texto se estructuró con base en tres ejes interrelacionados:

- La constatación de la vulnerabilidad del *paciente moderno* frente a sistemas de salud orientados a la eficiencia.
- La identificación de un vacío en la bioética contemporánea, donde la *ética del cuidado* ha sido relegada frente a enfoques normativos y técnico-administrativos.
- La formulación de un objetivo de reflexión teórica que busca recuperar la *centralidad del cuidado y la vulnerabilidad en la praxis bioética*, ofreciendo un marco conceptual y filosófico que pueda orientar la práctica profesional, la formación académica y la política sanitaria.

Es así como se propone un marco de reflexión que integra filosofía, bioética y práctica sanitaria, para humanizar la atención, fortalecer la dimensión ética del cuidado y promover una bioética más sensible, dialógica y comprometida con la dignidad del ser humano; esta aproximación permite situar al paciente no como mero receptor de intervenciones técnicas, sino como sujeto que exige atención ética, reconocimiento de su vulnerabilidad y acompañamiento integral.

Por lo anterior, la finalidad del presente artículo es visibilizar la vulnerabilidad del paciente moderno como factor crítico en la relación profesional de la salud-paciente y en la estructura de los sistemas de salud, ante la posibilidad de reivindicar la ética del cuidado como principio ontológico y ético que deba orientar la bioética, no como complemento opcional, sino como eje central de toda reflexión sobre la práctica sanitaria.

Marco teórico

1. *El paciente moderno habita una paradoja: vive más años que sus antepasados y, sin embargo, experimenta con mayor intensidad la fragilidad de su existencia.*

La biomedicina le ofrece diagnósticos precoces y terapias de vanguardia; al mismo tiempo, produce lenguajes, protocolos y dinámicas asistenciales que, si no se someten a una reflexión ética permanente, pueden reducir a la persona a un objeto de intervención clínica; en ese contexto, no cambia el hecho de enfermar —condición inherente a la vulnerabilidad humana—, sino la manera en que esa experiencia es vivida e interpretada dentro del sistema de salud.

La enfermedad deja de ser únicamente un acontecimiento biológico para convertirse también en una experiencia ética y relacional, en la que el paciente puede verse desplazado de su propia narrativa cuando el sistema *habla por él, sobre él y alrededor de él, pero pocas veces con él*.⁵

La vulnerabilidad, lejos de ser un accidente periférico, es una condición inherente a la existencia humana porque expresa la apertura al paso del tiempo, al dolor y a la dependencia. La fenomenología nos enseñó que el cuerpo no es un objeto entre objetos, sino el modo encarnado de estar-en-el-mundo; cuando la enfermedad irrumpe, esa encarnación se vuelve extraña, aparece una especie de exilio doméstico en el que “*yo mismo*” deviene inhóspito.⁶ El *paciente moderno* reconoce ese extrañamiento en la sala de espera, en el monitor que grafica su pulso en tiempo real, en la firma del consentimiento informado que pretende congelar la ambigüedad del sufrimiento en cláusulas previsibles. Su experiencia reclama una hermenéutica del padecer que restituya al lenguaje clínico el espesor de la biografía.⁹

Desde la ética, el principalismo —autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia— sigue siendo un mar-

co útil, pero muestra sus límites cuando la autonomía se interpreta en clave de autosuficiencia y queda ciega a la interdependencia real de los cuerpos y de los afectos.⁵ La literatura reciente ha insistido en que la vulnerabilidad no es solo un atributo del “*otro frágil*”, sino una condición inherente a la existencia humana. Desde la tradición de la bioética europea, la vulnerabilidad se entiende como la posibilidad permanente de ser dañado, derivada de la finitud, la corporeidad y la interdependencia que caracterizan a toda persona. Esta condición puede intensificarse por factores sociales, económicos y culturales, configurando escenarios de mayor exposición al daño y de disminución en la capacidad de proteger los propios intereses.¹⁰

Aquí se hace audible la voz del cuidado. La ética del cuidado —madurada por décadas de crítica a un modelo moral excesivamente formalista— sostiene que la respuesta adecuada al sufrimiento no se agota en la corrección del procedimiento, sino en la responsabilidad concreta por el otro en su singularidad, en su contexto y en sus lazos.¹¹ Cuidar no equivale a sentimentalizar la clínica; implica atención, tiempo y deliberación situada, tres bienes escasos en sistemas de salud crecientemente digitalizados y acelerados.¹² Humanizar el cuidado no es añadir calidez como adorno al final de la cadena técnica, sino reordenar los fines de la práctica, a fin de que la tecnología sirva a la biografía y no la biografía a la tecnología.¹³

En la estela de Levinas,¹⁴ el *paciente moderno* nos enfrenta con un rostro que nos desinstala, el otro como mandato ético anterior a toda norma, como proximidad que reclama acogida antes que cálculo. Esa prioridad del otro no anula la autonomía, la reinterpreta; el elegir bien requiere haber sido bien cuidado; de ahí que la deliberación clínica deba integrar, junto al balance de riesgos y beneficios, una lectura fina de dependencias reales, redes de apoyo, miedos y esperanzas que el lenguaje técnico no siempre nombra.⁵

La pandemia reciente dejó al descubierto tanto la potencia solidaria de los sistemas de salud como sus fisuras en el triage al límite, las soledades hospitalarias, las brechas digitales y socioeconómicas. En ese laboratorio involuntario se confirmó que la humanización del cuidado no es una retórica, sino un criterio de justicia y de calidad asistencial.^{15,16}

Ricoeur⁹ hablaba del *sí mismo como otro*, identidad narrativa que se fragua en la prueba de la alteridad; trasladado a la clínica, eso significa que el proyecto terapéutico —y el institucional— solo cobra legitimidad cuando logra contarse desde la perspectiva del paciente, sin reducirlo

a un diagnóstico. Heidegger⁶ evocaba que la existencia es un poder-ser abierto; a su vez, la enfermedad clausura, pero también puede *re-abrir* la pregunta por el sentido si encuentra profesionales y estructuras que sepan sostener la espera. Levinas¹⁴ nos recuerda que esa espera no es vana: es el tiempo del cuidado, en el que quien sufre no es dejado a solas con sus signos vitales, sino acompañado por una comunidad clínica capaz de oír la ética que tantas veces queda silenciada por el ruido de la maquinaria.¹⁷

Así entendido, el *paciente moderno* no es un consumidor de servicios, sino un prójimo cuya vulnerabilidad funda la obligación de cuidar con competencia para no errar en lo que puede objetivarse y ternura para no fallar en lo que solo puede acompañarse.^{10,12,15}

2. La noción de vulnerabilidad desde la bioética

La vulnerabilidad humana constituye un eje central de la reflexión bioética contemporánea, ya que no solo señala la fragilidad inherente al ser humano, sino que también revela las estructuras sociales, culturales y políticas que amplifican o atenúan esa fragilidad. Comprender la vulnerabilidad implica reconocer que todo ser humano está expuesto a riesgos y dependencias, y que dicha exposición es inseparable de su condición ética. Emmanuel Levinas¹⁴ subraya que el rostro del otro nos interpela y nos recuerda nuestra propia fragilidad; en esa mirada se funda la ética, en la responsabilidad que surge ante la vulneración del otro. La bioética, entonces, no puede limitarse a un conjunto de normas o procedimientos, sino que debe abrirse a la experiencia concreta de quienes sufren, situando la vulnerabilidad como criterio de interpretación y acción.

Lydia Feito² distingue entre la dimensión antropológica de la vulnerabilidad, que afirma la fragilidad constitutiva del ser humano, y su dimensión social, que reconoce cómo las condiciones de vida, las desigualdades y las estructuras sociales generan “espacios de vulnerabilidad” y “poblaciones vulnerables”. Esta doble dimensión muestra que la vulnerabilidad no es solo un atributo individual, sino también un fenómeno relacional construido socialmente, que exige una respuesta ética y política capaz de transformar las condiciones que la perpetúan. Reconocer esta dimensión social implica cuestionar los sistemas de salud, las políticas públicas y las normas institucionales que muchas veces priorizan la eficiencia técnica por encima del cuidado integral del sujeto.

La perspectiva de la interseccionalidad ha profundizado aún más este análisis, mostrando cómo diferentes

factores —como género, identidad sexual, etnia, nivel socioeconómico o edad— se entrecruzan y producen capas de vulnerabilidad que no pueden abordarse de manera aislada. Miguel Ángel León Ortiz¹⁸ retoma la propuesta de Florencia Luna sobre la “*vulnerabilidad por capas*” y explica que este modelo permite identificar niveles de riesgo diferenciados en grupos históricamente marginados, como infantes trans, y comprender cómo la discriminación y la exclusión potencian la fragilidad humana. Esta visión compleja exige que la bioética contemple la multiplicidad de factores que determinan la vulnerabilidad y que el cuidado se adapte a la singularidad de cada situación.

Con base en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO),¹⁹ se enfatiza la necesidad de respetar la dignidad y los derechos de los más vulnerables y se recuerda que la bioética debe servir para protegerlos y no para reducirlos a meros objetos de atención técnica. En la práctica clínica, esto significa que cada decisión debe integrar no solo los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, sino también un reconocimiento de la dependencia, la fragilidad y la necesidad de acompañamiento humano que todo paciente experimenta en mayor o menor grado.

En su libro *El animal vulnerable*,³ Masiá Clavel plantea una reflexión profunda sobre la vulnerabilidad humana, reconoce que la fragilidad es indispensable para la convivencia ética y la construcción de relaciones solidarias; asimismo, permite entender que todos los seres humanos comparten esta condición. En *Fragilidad en esperanza*,⁸ profundiza aún más al mostrar que la vulnerabilidad puede ser un punto de partida para la esperanza, sugiriendo que reconocer nuestra fragilidad no nos condena a la pasividad, sino que nos impulsa a actuar de manera ética y comprometida con la vida de los demás.

Estas ideas amplían la noción de vulnerabilidad, no como un simple dato de la existencia, sino como una llamada a la transformación ética y social; cuando se integra con la bioética, deja de ser una categoría pasiva o negativa y se convierte en una guía para la acción. La bioética, por tanto, se configura como un espacio de deliberación crítica donde la vulnerabilidad humana orienta las decisiones y las prácticas desde la clínica hasta la política sanitaria. Reconocerla implica también asumir que las estructuras sociales y las instituciones no siempre favorecen la protección de los más frágiles, y que una ética comprometida debe cuestionar estas limitaciones, proponiendo alternativas que humanicen la atención y fortalezcan la justicia social.

En síntesis, la vulnerabilidad constituye un eje que permite reflexionar críticamente sobre la práctica clínica, la justicia social y la dimensión ética de la existencia. No se trata solo de constatar la fragilidad humana, sino de comprenderla como una condición que nos interpela y nos exige responsabilidad, cuidado y solidaridad.

Integrar la vulnerabilidad con la bioética significa reconocer la interdependencia de los seres humanos, actuar sobre las estructuras que perpetúan la fragilidad y promover un cuidado ético que transforme la experiencia de quienes sufren, ofreciendo dignidad, esperanza y acompañamiento. Nos recuerda que la autonomía no puede entenderse como independencia absoluta, sino que debe ser comprendida en relación con la interdependencia y la responsabilidad por el otro.

3. La ética del cuidado y su marginalidad en la bioética tradicional

La ética del cuidado se configura como un paradigma ético que desafía las concepciones tradicionales de la moral, en las que predominan la justicia abstracta y la autonomía individual, proponiendo, en cambio, un enfoque centrado en la interdependencia humana, la atención al otro y la responsabilidad compartida. Carol Gilligan, psicóloga y filósofa, al analizar la moralidad femenina frente a la teoría del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg, identifica que las mujeres suelen conceptualizar la ética a partir de las relaciones y del cuidado, en lugar de centrarse exclusivamente en principios universales de justicia.²⁰ Este hallazgo no solo cuestiona las jerarquías tradicionales del pensamiento moral, sino que también revela cómo la ética del cuidado emerge de la experiencia concreta de la vida cotidiana, donde la vulnerabilidad y la dependencia configuran la existencia humana.

Gilligan²⁰ subraya que la atención al otro no es un atributo secundario, sino un componente fundamental de la moralidad. La ética del cuidado reconoce que los seres humanos no existen de manera aislada y que su bienestar depende intrínsecamente de la capacidad de los otros para responder a sus necesidades. Este enfoque transforma la noción misma de responsabilidad, que deja de ser un mandato abstracto y se convierte en un compromiso relacional, sensible a las circunstancias y particularidades de cada situación. Así, la ética del cuidado se convierte en una guía que orienta la acción ética desde la compasión, la empatía y la escucha activa, elementos esenciales para enfrentar los dilemas morales contemporáneos.

Nel Noddings,²¹ filósofa y educadora, complementando el pensamiento de Gilligan, enfatiza que el cuidado ético implica una deliberación consciente y sostenida sobre las necesidades del otro, lo que ella denomina “cuidado ético”, en contraste con el cuidado espontáneo o natural. Este cuidado ético exige un compromiso reflexivo que integra la sensibilidad emocional con la responsabilidad moral, reconociendo la vulnerabilidad del otro como un llamado a la acción ética. La filósofa política y teórica Joan Tronto²² amplía esta concepción al introducir la dimensión política del cuidado, señalando que la ética del cuidado no puede limitarse al ámbito personal o familiar, sino que debe orientarse también a la justicia social y a la construcción de instituciones que sostengan la vida y protejan a los más vulnerables. Con esta perspectiva, la ética del cuidado se convierte en un instrumento crítico para analizar y transformar las prácticas sociales y sanitarias; no solo porque guía la conducta de los individuos, sino porque también inspira la formulación de políticas públicas que reconozcan y valoren el trabajo de cuidado, promuevan la equidad y fortalezcan la solidaridad social.

En última instancia, la ética del cuidado revela que la moralidad no puede concebirse como un sistema de reglas rígidas, sino como un proceso dinámico de interacción humana, donde la vulnerabilidad y la dependencia son reconocidas y respetadas. Este enfoque no minimiza la importancia de la justicia, sino que la complementa, integrando la sensibilidad y la empatía como componentes esenciales de la acción ética. Así, la ética del cuidado ofrece un marco robusto para enfrentar los desafíos contemporáneos, promoviendo una práctica ética que sea a la vez humana, relacional y transformadora, capaz de orientar la reflexión moral en la clínica, la educación y la política social.

No obstante, aunque la ética del cuidado ha emergido como un paradigma central para comprender la moralidad desde la interdependencia, la empatía y la responsabilidad relacional, su reconocimiento dentro de la bioética tradicional ha sido históricamente limitado. Este fenómeno refleja cómo los marcos normativos dominantes, centrados en la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia, han priorizado principios abstractos por encima de las relaciones concretas y del cuidado cotidiano.⁵ En este sentido, Gilligan²⁰ y Noddings²¹ han subrayado que las concepciones patriarcales de la ética han relegado la sensibilidad y la atención al ámbito doméstico o asistencial, lo que invisibiliza la importancia del cuidado como núcleo de la acción ética.

Joan Tronto²² enfatiza que esta marginalidad no es neutral, sino el resultado de decisiones sociales e institucionales que determinan las formas de ética que se consideran válidas. Su exclusión tiene consecuencias prácticas: en la atención clínica, la experiencia subjetiva del sufrimiento, la vulnerabilidad y la dependencia del paciente pueden ser relegadas, mientras se privilegian criterios técnicos o administrativos. Masiá Clavel⁸ señala que una bioética que ignore la ética del cuidado corre el riesgo de volverse deshumanizada, desligada de la fragilidad concreta de los pacientes y de las llamadas éticas que esta genera.

Incorporar la ética del cuidado en la bioética contemporánea no es meramente un gesto académico, sino un imperativo moral, porque obliga a repensar la deliberación ética e integrar la atención a la vulnerabilidad y la responsabilidad relacional como ejes centrales del juicio moral. Solo así se supera la marginalidad histórica del cuidado y se consolida una bioética que combine justicia, autonomía y, sobre todo, humanidad.^{8,20,22}

Discusión crítica

La vulnerabilidad constituye una condición inherente a la existencia humana. Sin embargo, en el paciente moderno adquiere características particulares derivadas de las transformaciones sociales, culturales y tecnocientíficas que configuran la atención sanitaria contemporánea. No se trata únicamente de una condición biológica asociada a la enfermedad, sino de una experiencia que puede intensificarse por factores sociales, culturales y estructurales. Cabieses¹ ha demostrado que la vulnerabilidad social afecta directamente la salud y la capacidad de los individuos para enfrentar la enfermedad, y revela cómo los factores de inequidad, pobreza o exclusión refuerzan la fragilidad del paciente.

En este sentido, la vulnerabilidad no puede comprenderse solo como una debilidad personal, sino como un fenómeno relacional y estructural que atraviesa al sujeto en múltiples dimensiones. Esta perspectiva coincide con Masiá Clavel,²³ quien subraya que la fragilidad no es un accidente circunstancial, sino una condición constitutiva de la existencia humana. Por tanto, reconocerla es indispensable para evitar que los sistemas de salud reduzcan al paciente a un objeto técnico y despersonalizado.

Una de las formas más evidentes en que la vulnerabilidad se intensifica es la espera prolongada en los sistemas sanitarios. El tiempo de espera no representa únicamente

un retraso administrativo, sino que constituye una experiencia de incertidumbre, dependencia y angustia para el paciente y su familia. Tal como lo señalan Masiá Clavel²³ y Ricoeur,⁷ el sufrimiento no puede reducirse al dolor físico, sino que implica la vivencia subjetiva del abandono, la invisibilidad y la pérdida de control. La espera se convierte en una forma de violencia estructural que erosiona la dignidad del enfermo y agrava su sensación de fragilidad. Estudios recientes en servicios de urgencias en América Latina muestran que la reducción de los tiempos de espera mejora significativamente la adherencia a los tratamientos y fortalece la confianza en los profesionales de la salud, evidenciando que atender la vulnerabilidad no es solo una cuestión ética, sino también un factor de calidad asistencial.²⁴

El desafío ético que plantea la vulnerabilidad no puede ser resuelto únicamente desde una bioética normativa o deontológica. Si bien principios como la autonomía, la justicia o la no maleficencia son indispensables, resultan insuficientes para responder a la complejidad del sufrimiento humano en su singularidad.⁵ Gilligan ha subrayado que la ética requiere una sensibilidad hacia la interdependencia y la particularidad de cada relación, algo que los marcos normativos abstractos no alcanzan a contemplar.⁴ Heidegger aporta un marco ontológico clave al señalar que ser-en-el-mundo implica apertura al otro y responsabilidad frente a su fragilidad.⁶ Por su parte, Masiá Clavel²³ insiste en que comprender la fragilidad humana es condición necesaria para una práctica ética transformadora. De esta forma, la ética del cuidado se presenta como un horizonte capaz de complementar y rebasar la perspectiva deontológica, integrando la norma con la sensibilidad relacional; dicha integración es lo que permite que la bioética no se limite a prescribir deberes, sino que acompañe existencialmente al paciente en su sufrimiento.

La fragmentación institucional y la despersonalización del trato son otros factores que profundizan la vulnerabilidad.²⁵ La tecnificación y la burocratización de los sistemas sanitarios tienden a medir la calidad de la atención en términos de productividad, eficiencia o cumplimiento de protocolos, relegando la dimensión humana de la relación clínica. Esta tendencia conduce a la reducción del paciente a un expediente o un caso, invisibilizando su experiencia subjetiva. Peláez²⁶ advierte que la educación en salud, centrada casi exclusivamente en la transmisión de procedimientos técnicos, refuerza esta lógica y debilita la capacidad de los profesionales para escuchar y acompañar al enfermo. De ahí la importancia de que en la

formación se incluyan nociones de empatía, sensibilidad ética y capacidad para reconocer la vulnerabilidad como parte constitutiva de la práctica sanitaria; en congruencia, reorientar a las instituciones hacia modelos de atención centrados en la persona implica no solo un cambio organizativo, sino también un cambio cultural y ético que restituya al paciente su lugar como sujeto de cuidado.

Gilligan⁴ y Tronto²² insisten en que el cuidado es un acto relacional que exige atención concreta a las necesidades del otro, mientras que Ricoeur⁷ enfatiza la importancia de escuchar la narrativa del paciente para comprender su sufrimiento en toda su dimensión. Masiá Clavel²³ complementa esta visión al plantear que la fragilidad es inseparable de la esperanza, lo que implica que el cuidado no se agota en aliviar, sino que también sostiene y da sentido en medio de la vulnerabilidad. Estas aportaciones permiten articular una propuesta bioética que, lejos de reducirse a principios universales, integra la sensibilidad, la interdependencia y la relacionalidad como fundamentos de la acción ética.

Repensar la noción de vulnerabilidad implica que no puede ser ignorada ni tratada como un simple efecto colateral de la enfermedad o de la gestión hospitalaria; como tal, se constituye como el núcleo desde el cual debe pensarse la práctica clínica y la bioética. El reto no es únicamente conceptual, sino práctico y político; para introducir la noción y significado de la vulnerabilidad en el centro de las políticas de salud se requiere rediseñar flujos de atención que reduzcan la espera y la fragmentación, generar espacios de comunicación efectiva entre pacientes y profesionales, y capacitar a los trabajadores de la salud en habilidades relacionales y éticas.

Esto supone reconocer que cada decisión administrativa tiene un impacto ético, que la despersonalización no es un efecto inevitable de la tecnificación, sino el resultado de modelos que privilegian la eficiencia sobre la dignidad. La bioética del cuidado, en este sentido, ofrece un marco que no solo humaniza la práctica clínica, sino que también orienta la transformación institucional, abriendo la posibilidad de sistemas de salud que sean al mismo tiempo eficientes y profundamente humanos.

Conclusiones

El recorrido reflexivo de este trabajo ha tenido como eje central la necesidad de repensar la bioética desde una dimensión ontológica del cuidado, situando al paciente no como un mero objeto de intervención médica, sino

como un sujeto vulnerable cuya existencia reclama reconocimiento, acompañamiento y respuesta ética.

Asimismo, se ha puesto de manifiesto que, aunque la tradición deontológica y principialista ha sido fundamental en la consolidación de la bioética moderna, resulta insuficiente para dar respuesta a la complejidad del sufrimiento humano, especialmente en contextos donde la fragilidad y la enfermedad exponen la condición más radical del ser humano, *su finitud*.

Es relevante reconocer cómo el paradigma biomédico y la ética normativa han priorizado los principios abstractos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia que, si bien orientan la acción sanitaria, corren el riesgo de diluir la experiencia singular del paciente en marcos demasiado generales. En contraste, la ética ontológica del cuidado busca situar la práctica médica en un horizonte más humano, al reconocer que la relación clínica no se limita a la aplicación técnica de procedimientos, sino que constituye un espacio de encuentro existencial entre seres humanos igualmente vulnerables.

En este sentido, se hace énfasis en que la vulnerabilidad no es un accidente ocasional que afecta a ciertos grupos, sino una dimensión constitutiva de la condición humana; es así como la enfermedad, el dolor y la muerte hacen visible esta fragilidad. Se subrayó la trascendencia de introducir la noción y significado de la vulnerabilidad como categoría central en las políticas y prácticas de salud, recordando a la medicina y a la bioética que su tarea no puede reducirse a prolongar la vida biológica, sino que ha de preocuparse por la dignidad, la calidad de vida y el sentido del cuidado.

Para superar la lógica verticalista y paternalista, los profesionales de la salud deben reivindicar una práctica de la bioética más dialógica, mediada por la escucha activa, la apertura a la narrativa del enfermo y la sensibilidad hacia su sufrimiento. Estos son componentes imprescindibles de una práctica que quiera asumirse como ética en el sentido más profundo, capaz de reconocer al paciente como interlocutor válido y no únicamente como receptor de tratamientos.

Los argumentos previamente expuestos convergen en que la bioética contemporánea debe transitar desde un marco normativo rígido hacia una ética del cuidado que reconozca al otro como ser vulnerable, cuya dignidad demanda hospitalidad, respeto y acompañamiento; este tránsito no supone abandonar los principios tradicionales, sino reconfigurarlos en clave ontológica, es decir, a la luz de la experiencia humana fundamental del cuidado como base de toda relación ética.

En un mundo marcado por avances tecnológicos vertiginosos, la biomedicina ha expandido sus horizontes hasta límites insospechados, por ejemplo: *prolongación de la vida en estados críticos, reproducción asistida, manipulación genética, inteligencia artificial aplicada a diagnósticos, entre otros*. No obstante, se han generado nuevos dilemas que cuestionan el lugar del paciente y la primacía del bienestar humano; con frecuencia, la fascinación por la técnica desplaza la atención hacia el dato biomédico, invisibilizando la experiencia subjetiva de quienes viven la enfermedad. La pertinencia de esta reflexión para la bioética contemporánea es indiscutible.

Es en este contexto donde la reivindicación del cuidado como dimensión ontológica se vuelve fundamental. Como lo señaló Heidegger, el cuidado no se reduce a un acto asistencial, sino que constituye la forma básica de *estar-en-el-mundo-con-otros*; desde esta perspectiva, la medicina y la bioética redescubren que lo que está en juego no es solo la corrección de disfunciones orgánicas, sino la preservación del sentido humano de la existencia en situaciones de fragilidad.

Así, la bioética contemporánea no puede limitarse a responder al *“qué hacer”* en casos particulares, sino que debe abrirse a la pregunta más radical: ¿Cómo debemos estar con el otro que sufre? Este giro resulta especialmente relevante en sociedades donde la eficiencia, la productividad y el rendimiento se han convertido en valores hegemónicos. La enfermedad y la vulnerabilidad aparecen entonces como realidades incómodas, muchas veces marginadas o gestionadas bajo lógicas burocráticas. Reivindicar el cuidado ontológico significa cuestionar esta lógica y afirmar que toda vida, incluso en condiciones de dependencia extrema, tiene un valor intrínseco que merece reconocimiento y acompañamiento.

Ante la creciente mercantilización de la salud, el riesgo de cosificar al paciente se incrementa; es cuando la ética del cuidado nos recuerda que la salud es un derecho y que la práctica clínica es, antes que nada, una responsabilidad ética hacia la vulnerabilidad del otro. En la práctica, esto se traduce en la urgencia de repensar las políticas públicas de salud, si bien con un enfoque en indicadores cuantitativos, también en las dimensiones cualitativas vinculadas con el trato humano, la escucha y la empatía. Una bioética sensible al cuidado ontológico exige políticas que garanticen no solo el acceso a medicamentos o procedimientos, sino también a espacios de acompañamiento psicosocial, espiritual y comunitario que fortalezcan la dignidad del paciente.

Tradicionalmente, el paciente ha sido concebido como receptor pasivo de intervenciones, reducido a la condición de “*caso clínico*” o “*historia médica*”. Su voz, su experiencia y su sufrimiento han sido subordinados a la objetividad de los diagnósticos y a la autoridad del médico; esta concepción ya no es sostenible en una bioética que aspire a responder a los desafíos contemporáneos.

Este trabajo constituye una invitación a repensar el lugar del paciente en la práctica médica y en la reflexión bioética. Repensar al paciente significa reconocerlo como sujeto moral, portador de una narrativa única que debe ser escuchada y respetada. La ética ontológica del cuidado insiste en que la relación clínica no es simplemente un acto de aplicación de saberes técnicos, sino un encuentro humano donde ambas partes —profesional de la salud y paciente— se transforman mutuamente. Al abrirse al sufrimiento del paciente, se confronta también con su propia vulnerabilidad y finitud, lo que lo humaniza y le recuerda que su labor va más allá de lo técnico, en esencia, una praxis del cuidado.

Referencias

- Cabieses B. La vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. *Rev Med Chile*. 2016;144(7):849-856. doi: 10.4067/S0034-98872016000700011.
- Feito-Grande L. Vulnerabilidad. *Anales Sis San Navarra*. 2007;30 (Supl.3):07-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-6272007000600002&lng=es
- Masiá Clavel J. El animal vulnerable. Madrid: Trotta; 2015.
- Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1982.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 8a ed. Valdés E, traductor. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2025.
- Heidegger M. Ser y tiempo. Rivera JE, traductor. Madrid: Trotta; 2012.
- Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: Ediciones Sígueme; 1990.
- Masiá Clavel J. Fragilidad en esperanza: enfoques de antropología. Bilbao: Desclee De Brouwer; 2015.
- Ricoeur P. Sí mismo como otro. Neira Calvo A, traductor. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1996.
- Valdez Fernández AL, Fernández-Silva CA, Bittner Hofmann CX, Mancilla CR. Aproximaciones al concepto de vulnerabilidad desde la bioética: una revisión integradora. *Persona Bioet*. 2021;25 (2):e2522. doi:10.5294/pebi.2021.25.2.2.
- Gilligan C. En una voz humana. Collyer Canales J, traductor. Madrid: Taurus; 2025.
- Paulo Neto A. Bioética clínica, deliberación y digitalización de la medicina. *Rev Bioet*. 2024;32:e3394ES.
- Mancera-Guzmán CL. Bioética y humanización del cuidado. *Apuntes Bioet*. 2025.
- Levinas E. Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad. 2a ed. García-Baró M, traductor. Salamanca: Sígueme; 2012.
- Garrafa V. Bioética y el derecho de acceso a los cuidados de salud. *Salud Colect*. 2023;19:e4491.
- Rubio F. Pandemia y bioética: lecciones para el cuidado humanizado. *Bioet Derechos Hum*. 2021;47:55-67.
- Masiá-Clavel J. Cuidar la vida: debates bioéticos. Barcelona: Herder; 2012.
- León-Ortiz MA. Tres coordenadas de análisis de la niñez trans: vulnerabilidad, interseccionalidad y bioética. *Rev Bioet Derecho*. 2023;59:31-47. doi:10.1344/rbd2023.59.41525.
- UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París: UNESCO; 2005.
- Gilligan C. La ética del cuidado. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2013.
- Noddings N. Caring: a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley: University of California Press; 1984.
- Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care. New York: Routledge; 1993.
- Masiá-Clavel J. Fragilidad en esperanza. Barcelona: Herder; 2019.
- Honneth A. La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica; 1997.
- Pujol de Castro A. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que ejercen en atención primaria. *Gac Sanit*. 2024;38(2):121-128. doi:10.1016/j.gaceta.2023.10.004.
- Peláez F. La bioética y la ética del cuidado para el desarrollo humano integral. *Rev Colomb Bioet*. 2009;14(1):7-17.

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Deniz-Andrade JM, Godínez-Andrade SX, Margalli-Mancilla AE et al. La ética silenciada del cuidado: la vulnerabilidad expectante del paciente moderno en contextos clínicos. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(4):e1628. doi: 10.5281/zenodo.23266682

Yamileth Ataly Carreón-Vásquez^{1a}, Marisol Velasco-Aragón^{2b}

¹Universidad Regional del Sureste, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Programa de Servicio Social de Enfermería. San Sebastián Tutla, Oaxaca, México

²Universidad Regional del Sureste, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Docente de Tiempo Completo. San Sebastián Tutla, Oaxaca, México

Doi: 10.5281/zenodo.23266719

ORCID

0009-0000-4508-6926^a
0000-0003-1643-632X^b

Palabras clave (DeCS):

Planificación de Atención al
Paciente
Niño
Infecciones por Cocksackievirus

Keywords (DeCS):

Patient Care Planning
Child
Cocksackievirus Infections

Correspondencia:

Marisol Velasco Aragón

Correo electrónico:

veam0308@profesores.urse.edu.mx

Fecha de recepción:

07/11/2025

Fecha de aceptación:

08/04/2026

Resumen

Introducción: en el presente estudio de caso se aplicó la metodología del proceso de atención de enfermería y valoración integral con base en los patrones funcionales de Marjory Gordon en un paciente pediátrico con infección por virus Cocksackie, con el fin de identificar diagnósticos de enfermería, establecer intervenciones oportunas y evaluar los resultados que contribuyan a mejorar la calidad del cuidado, prevenir complicaciones y fortalecer el bienestar del paciente y su entorno familiar.

Desarrollo: es un estudio de caso en el Centro de Desarrollo Infantil No. 6 en San Andrés Huayapan, Oaxaca de Juárez. Se utilizó la cédula de valoración por patrones funcionales con un paciente masculino de dos años, con infección por virus Cocksackie. Se diseñó e implementó el plan de atención de enfermería con base en la interrelación de las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

Conclusión: se demostraron alteraciones en los patrones de manejo y percepción de la salud, nutricional metabólico y actividad y ejercicio; con relación a los diagnósticos en la gestión de la salud, el estado nutricional y el patrón respiratorio, se denota la influencia de factores modificables como el déficit de conocimiento de los cuidadores, el incumplimiento del esquema de vacunación, los hábitos alimentarios inadecuados y la exposición constante a entornos colectivos.

Abstract

Introduction: This case study applied the nursing process methodology, and a comprehensive assessment based on Marjory Gordon's functional health patterns to a pediatric patient with a Cocksackievirus infection. The aim was to identify nursing diagnoses, establish timely interventions, and evaluate outcomes to improve the quality of care, prevent complications, and enhance the well-being of the patient and their family.

Development: This case study was conducted at Child Development Center No. 6 in San Andrés Huayapan, Oaxaca de Juárez. A functional health pattern assessment tool was used with a 2-year-old male patient diagnosed with a Cocksackievirus infection. A nursing care plan was designed and implemented based on the interrelationship of the NANDA, NOC, and NIC taxonomies.

Conclusion: Alterations were identified in the health perception-management, nutritional-metabolic, and activity-exercise patterns. Regarding diagnoses related to health management, nutritional status, and respiratory patterns, the study highlights the influence of modifiable factors such as caregivers' lack of knowledge, incomplete vaccination schedules, inadequate dietary habits, and constant exposure to group settings.

Introducción

La infección por virus Cocksackie constituye un problema relevante dentro de las enfermedades virales pediátricas, particularmente por su alta transmisibilidad y su impacto en poblaciones menores de cinco años. Este agente pertenece al género Enterovirus de la familia Picornaviridae y se caracteriza por ser un virus de ARN monocatenario de sentido positivo, no encapsulado, con dos grupos principales (A y B) que presentan variabilidad en su tropismo tisular y manifestaciones clínicas.¹ Desde el punto de vista epidemiológico, se ha documentado que estos virus son responsables de una proporción significativa de infecciones exantemáticas infantiles, siendo la enfermedad mano-pie-boca (EMPB) su presentación clínica más frecuente.²

A nivel global, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centers for Disease Control and Prevention reportan que la EMPB afecta predominantemente a niños menores de cinco años, con patrones estacionales marcados en primavera y verano en climas templados.³ En regiones asiáticas, particularmente en China, se han registrado más de seis millones de casos entre 2016 y 2020, con tasas de hospitalización de entre 5% y 10% en menores de tres años.⁴

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señala que esta enfermedad representa aproximadamente el 12% de las patologías exantemáticas pediátricas, y que cerca del 18% de los brotes en guarderías están asociados a este virus.⁵ Asimismo, se ha descrito una tasa de reinfección de hasta el 30% en un periodo de 12 meses, atribuida a la diversidad de serotipos circulantes, lo que incrementa la carga epidemiológica y la demanda de servicios de salud.⁶

Clínicamente, la EMPB se manifiesta con fiebre, lesiones vesiculares dolorosas en mucosa oral, palmas y plantas, así como irritabilidad y riesgo de deshidratación, especialmente en lactantes y preescolares.⁷ Aunque su evolución suele ser autolimitada, la presencia de complicaciones como meningitis aséptica, encefalitis o miocarditis —más frecuentes en infecciones por serotipos como Cocksackie A6, A16 y enterovirus 71— representa un desafío clínico que puede incrementar la morbilidad y requerir hospitalización.⁸ La mortalidad es baja (< 1%), pero el impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, así como en los sistemas sanitarios, es considerable.⁹

Para el abordaje por personal de enfermería, se requiere de una valoración sistemática basada en los patrones fun-

cionales de Marjory Gordon, mediante los cuales se pueden identificar alteraciones en los patrones *nutricional-metabólico* (dificultad para la ingesta por lesiones orales), *actividad-ejercicio* (fatiga e irritabilidad), *sueño-descanso* (alteraciones por dolor), *cognitivo-perceptual* (dolor y malestar) y *rol-relaciones* (impacto en la dinámica familiar).

Esta valoración integral facilita la identificación de necesidades reales y potenciales, orientando la planificación de cuidados individualizados y basados en evidencia.¹⁰

La importancia de establecer un plan de cuidados de enfermería estructurado radica en la forma sistemática de organizar el proceso de la atención enfocado en los problemas, los riesgos potenciales y garantizar intervenciones oportunas y seguras. Con la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) centrado en el paciente pediátrico con infección por virus Cocksackie se favorece el control sintomático (fiebre, dolor, hidratación), la prevención de complicaciones (neurológicas y cardíacas), la promoción de la salud (educación) y la detección temprana de signos de alarma, asimismo, la posibilidad de disminuir la estancia hospitalaria y la carga asistencial.¹¹ Formar los planes de cuidados con las taxonomías NANDA, NIC y NOC (NNN) es fundamental porque estandariza el lenguaje clínico y transforma el cuidado de enfermería en una práctica científica, segura y medible, mejora la calidad de los registros y fortalece la continuidad del cuidado en el proceso de atención hospitalaria.¹² Así como en la educación de padres y cuidadores, en la promoción de medidas preventivas para el aislamiento temporal, la higiene de manos y la adecuada hidratación, lo cual es fundamental para reducir la transmisión y evitar reinfecciones.¹³

Las taxonomías de la *NANDA International*, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC) se vinculan a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). La interrelación entre las tres taxonomías se establece mediante los diagnósticos (NANDA) que identifican y nombran de forma precisa las respuestas humanas y los problemas de salud reales o de riesgo del paciente; con los resultados (NOC) se definen las metas y los indicadores esperados para evaluar el progreso o la mejoría del paciente mediante escalas objetivas, y con las intervenciones (NIC) se especifican las acciones y tratamientos basados en la evidencia que realiza el personal de enfermería para alcanzar los resultados previstos.

Con la implementación de los planes de cuidados en la práctica clínica de enfermería, se fortalece el rol autónomo al incorporar el conocimiento con rigor científico en la toma de decisiones basadas en un juicio clínico funda-

mentado en lugar de acciones empíricas o improvisadas. Se evidencia la mejora de los resultados en el paciente pediátrico y se favorece un enfoque holístico centrado en el binomio niño–familia.¹⁴ Al unificar el lenguaje se permite la comunicación con los mismos términos y se evitan confusiones en los turnos o expedientes; lo cual facilita la medición y evaluación de la efectividad real de los cuidados mediante el seguimiento de los indicadores del paciente.

La importancia de diseñar un plan de cuidados radica en la necesidad de fortalecer el proceso de atención de enfermería (PAE) para un paciente pediátrico potencialmente complicado por la infección por virus Cocksackie; a pesar de su alta incidencia, existe limitada sistematización en la utilización del PAE en casos con recurrencia y complicaciones, lo que representa un área de oportunidad para mejorar la calidad de los cuidados.¹⁵ Su contribución para el conocimiento disciplinar de enfermería se centra en la integración del enfoque clínico, epidemiológico y metodológico del PAE en un caso de paciente pediátrico con reincidencia, aporta evidencia aplicada para la práctica clínica y refuerza el rol de enfermería en la detección temprana de complicaciones, la prevención de reinfecciones y la promoción de intervenciones educativas en contextos comunitarios y familiares.

El propósito fue aplicar la metodología del proceso de atención de enfermería y valoración integral con base en los patrones funcionales de Marjory Gordon en un paciente pediátrico con infección por virus Cocksackie, con el fin de identificar diagnósticos de enfermería, establecer intervenciones oportunas y evaluar los resultados que contribuyan a mejorar la calidad del cuidado, prevenir complicaciones y fortalecer el bienestar del paciente y su entorno familiar.

Desarrollo

Es un estudio de caso clínico retrospectivo con base en la metodología del proceso de atención de enfermería, se llevó a cabo en el Centro de Desarrollo Infantil No. 6 perteneciente al Instituto Estatal de Educación Pública (IEEPO) en San Andrés Huayapan, Oaxaca de Juárez. El caso fue de un paciente masculino de dos años, que cursó con infección por virus Cocksackie, manifestado por descamación del estrato córneo, fiebre, úlceras en manos, pies y boca. Con antecedente de haber presentado reinfección en más de una ocasión.

Valoración

La valoración de enfermería se realizó con base en los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, la información relacionada se obtuvo mediante el interrogatorio dirigido a los padres, revisión del expediente clínico y datos proporcionados por el personal de salud. Se identificaron las respuestas humanas alteradas y se establecieron los problemas prioritarios conforme a la taxonomía de NANDA International.¹⁶

Se trata de paciente masculino de dos años, con peso de 18 kg y talla de 92 cm, grupo sanguíneo O+, con antecedentes de hiperreactividad bronquial sibilante, infecciones respiratorias recurrentes, faringoamigdalitis y diagnóstico actual de infección por virus Cocksackie con presencia de lesiones herpéticas. El esquema de vacunación está incompleto, lo que incrementa su vulnerabilidad a procesos infecciosos (cuadro I).

Estos hallazgos sustentan la necesidad de implementar un plan de cuidados individualizado orientado al control sintomático, prevención de complicaciones y educación a los cuidadores, fortaleciendo así la calidad del cuidado pediátrico y la prevención de infecciones recurrentes (cuadro II).¹⁷

Aspectos éticos

De acuerdo con las consideraciones éticas y legales, el presente estudio se desarrolló en apego a los principios establecidos en la Asociación Médica Mundial mediante la Declaración de Helsinki, documento rector que establece lineamientos generales para la investigación médica en seres humanos, sustentados en los cuatro principios fundamentales de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.²²

Asimismo, se siguieron las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual señala que toda investigación que involucre seres humanos debe priorizar el bienestar, la dignidad y la seguridad de los participantes.²³ En particular, se consideraron los artículos 14, 17, 20, 21 y 22, los cuales especifican aspectos relacionados con el diseño, la ejecución, el resguardo de la información y el consentimiento informado.

En cumplimiento de lo anterior, se solicitó a los padres o tutores de los menores participantes la firma del consentimiento informado por escrito, en el que se explicó de manera clara y comprensible el objetivo del estudio,

los procedimientos a realizar, los posibles riesgos y beneficios, así como la confidencialidad de la información recabada. Este documento autorizó la recopilación, el uso y el análisis de los datos exclusivamente con fines de la presente investigación, conforme a lo establecido en las normas internacionales de investigación en salud.²⁴

De igual forma, se obtuvo la autorización institucional emitida por la dirección del Centro de Desarrollo Infantil (CENDI) No. 6, garantizando que las actividades desarrolladas se llevarían a cabo en un entorno seguro y conforme a la normativa vigente. Se aseguró en todo momento el respeto a la privacidad de los participantes, mediante la codificación de los datos y evitando la divulgación de información personal identificable, en concordancia con los principios de confidencialidad y protección de datos.²⁵

Conclusiones

A partir de los hallazgos se demostraron alteraciones en los patrones de manejo y percepción de la salud, nutri-

cional metabólico y actividad y ejercicio; con relación a los diagnósticos en la gestión de la salud, el estado nutricional y el patrón respiratorio, se denota la influencia de factores modificables como el déficit de conocimiento de los cuidadores, el incumplimiento del esquema de vacunación, los hábitos alimentarios inadecuados y la exposición constante a entornos colectivos.

En este contexto, es fundamental priorizar la educación a los cuidadores como la base para el logro de todas las intervenciones, el fortalecimiento de prácticas preventivas y la promoción de estilos de vida saludables. Asimismo, es necesario intervenir de manera oportuna en el control de los factores de riesgo respiratorios y nutricionales, con el fin de disminuir la recurrencia de procesos infecciosos y prevenir complicaciones.

De esta manera, la intervención de enfermería adquiere un papel clave en la mejora del estado de salud del paciente pediátrico, contribuyendo no solo al manejo clínico, sino también al desarrollo integral del menor y al fortalecimiento del entorno familiar como eje fundamental del cuidado.

Referencias

- Knipe DM, Howley PM. *Fields Virology*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- Cherry JD, Harrison GJ. *Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.
- Centers for Disease Control and Prevention. Hand, foot, and mouth disease (HFMD). Atlanta: CDC; 2020.
- Xing W, et al. Epidemiological characteristics of HFMD in China, 2016–2020. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(5):e123–e130.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín epidemiológico. Ciudad de México; IMSS; 2024.
- Solomon T, Lewthwaite P. Virology, epidemiology, pathogenesis of enterovirus infections. *Lancet Neurol*. 2018;17(5):e45–e56.
- American Academy of Pediatrics. *HealthyChildren.org*. 2024.
- Mao QY. Use of IVIG in severe enterovirus infections. *J Infect Dis*. 2012;205(4):e56–e62.
- Organización Mundial de la Salud. HFMD global report. Ginebra; OMS; 2023.
- Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. 15th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2016.
- Alfaro-LeFevre R. *Aplicación del proceso de enfermería*. 9ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014.
- Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International Nursing Diagnoses*. 2021–2023.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 7th ed. Elsevier; 2018.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 6th ed. Elsevier; 2018.
- Bravo-Bonoso DG, Álava-Bravo EI, Chila-Reina RM, et al. Impacto del Proceso de Atención de Enfermería en la calidad del cuidado del paciente. *Rev Científica Higía Salud*. 2025;12(1).
- Gordon M. *Manual de valoración de enfermería*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Centers for Disease Control and Prevention. Hand, foot, and mouth disease. Atlanta: CDC.
- NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024/2026*. Thieme; 2024.
- Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2021–2023*. 12th ed. New York: Thieme; 2021.
- Moorhead S, Swanson E, Johnson M, et al. *Nursing outcomes classification (NOC)*. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, et al. *Nursing interventions classification (NIC)*. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
- World Medical Association. *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. JAMA. 2013;310(20):2191–4.
- Secretaría de Salud. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Diario Oficial de la Federación; 1984.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. Geneva: CIOMS; 2016.
- World Health Organization. *Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants*. Geneva: WHO; 2011.

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

Carreón-Vásquez YA, Velasco-Aragón M. Plan de atención de enfermería para un paciente pediátrico con infección por el virus Cocksackie. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(1):e1594. doi: 10.5281/zenodo.23266719

Cuadro I Valoración del paciente pediátrico con base en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

Patrón funcional	Datos objetivos/ subjetivos	Diagnóstico de enfermería
Patrón-1_ Percepción manejo de la salud	Esquema de vacunación incompleto para la edad, infecciones recurrentes del virus coxsackie Infecciones virales recurrentes.	Gestión de la salud familiar ineficaz (00080) relacionado con conocimientos deficientes de los cuidadores y esquema de vacunación incompleto, evidenciado por incumplimiento del calendario de inmunización y recurrencia de procesos infecciosos Riesgo de infección (00004) asociado a exposición en entorno colectivo (guardería), sistema inmunológico inmaduro y contacto con agentes virales
Patrón-2_ Nutricional metabólico	Obesidad	Dinámica de alimentación del preescolar y escolar ineficaz (00270) relacionada con hábitos alimentarios inadecuados manifestado por consumo frecuente de alimentos de baja calidad Nota: el menor se encuentra por encima del peso recomendado
Patrón-4_ Actividad /ejercicio	Hiperreactor bronquial sibilante, amigdalitis	El antecedente de hiperreactividad bronquial y padecimientos respiratorios recurrentes permite identificar: Patrón respiratorio ineficaz (00032) relacionado con hiperreactividad bronquial, evidenciado por antecedentes de sibilancias

Fuente: Guía de Valoración 11 Patrones funcionales

Cuadro II Plan de cuidados de enfermería con base en la interrelación de las taxonomías NANDA, NOC, NIC

Diagnóstico de enfermería	Resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)
Dominio 1 Promoción de la salud Clase 2 Gestión de la salud Diagnóstico: Gestión de la salud familiar ineficaz relacionada con inadecuada alfabetización en salud del cuidador manifestado por fracaso al tomar medidas para reducir el factor de riesgo en uno o mas miembros de la familia.	Dominio: VI Salud familiar Clase X: Bienestar familiar Código: 2606 Resultado: Estado de salud de la familia Indicador: Medidas adecuadas para el cuidado de los niños Escala de medición: Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3)	Dominio: 5 Familia Clase S: Cuidados de crianza Código: 8274 Intervención: Cuidado del niño Establecer una relación de confianza y terapeutica con el niño y sus cuidadores. Enseñar, de forma clara al cuidador temas como: Higiene personal la importancia del lavado de manos para evitar el contagio recurrente). Prevención de infecciones respiratorias y gastrointestinales.
Dominio 2 Nutrición Clase 1 Ingestión Dinamica de alimentación del preescolar y escolar ineficaz relacionada con hábitos alimetarios inadecuados manifestado por consumo frecuente de alimentos de baja calidad	Dominio: II Salud fisiológica Clase K Digestión y nutrición Código: 1008 Resultado: Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	Dominio: 5 Clase S: Cuidados de crianza Código: 8282 Intervención: Enseñanza nutricional en la primera infancia (1 a 5 años)

Continúa en la página: 6

Diagnóstico de enfermería	Resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)
Dominio 4 Actividad y reposo Clase 4 Respuesta cardiovascular/pulmonares Diagnóstico Patrón respiratorio ineficaz relacionado con obstrucción de las vías aéreas (hiperreactividad bronquial sibilante).	Dominio: IV Conocimiento y conducta de la salud Clase GG: Conocimiento sobre su condición de salud Código: 1803 Resultado: Conocimiento manejo de la enfermedad	Dominio: 2 Fisiológico Complejo Clase k: Manejo Respiratorio Código: 3140 Intervención: Manejo de la vía aérea - Educación sobre signos de alarma: cianosis, disnea progresiva, fiebre persistente, rechazo de líquidos. - Promover higiene nasal con soluciones salinas para disminuir obstrucción. - Evitar exposición del niño a humo, polvo y cambios bruscos de temperatura. - Orientar sobre medidas de aislamiento relativo en enfermedad Coxsackie (no compartir utensilios, juguetes). - Reforzar la importancia de completar el esquema de vacunación.
Dominio: 11 Seguridad/ protección Clase: 1 Infección Código: 00004 Diagnóstico Riesgo de infección r/c respuesta inmune deteriorada y vacunación inadecuada	Dominio: II Salud fisiológica Clase: H Respuesta inmune Código: 0702 Resultado Estado inmune	Dominio: 4 Seguridad Clase V: Manejo del riesgo Código: 6540 Intervención: Control de infecciones - Verificar y registrar el estado de vacunación, informando a padres sobre el esquema incompleto. - Educación a los padres sobre la importancia de completar esquema de vacunación y acudir a citas programadas. - Fomentar hidratación adecuada para mantener mucosas húmedas y disminuir riesgo de complicaciones. - Promover dieta balanceada rica en proteínas y vitaminas para reforzar inmunidad. - Evitar exposición a humo de tabaco, polvo y cambios bruscos de temperatura que agraven broncoespasmo. - Enseñar a los cuidadores signos de alarma: dificultad respiratoria, fiebre persistente, rechazo de líquidos, convulsiones. - Brindar apoyo emocional a los padres ante la ansiedad por el estado inmunitario y respiratorio de su hijo.^{18,19,20,21}

**Educational innovation experience: virtual simulation to develop
clinical reasoning in postgraduate nursing students**

Vanessa Jara-Jara^{1a}, Johanna Castro-Sandoval^{1b}, Paola Carrasco-Aldunate^{1c}

¹Universidad San Sebastián, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Escuela de Enfermería Sede Santiago. Santiago, Región Metropolitana, Chile

Proyecto adjudicado en el 1° Concurso de Innovación en Docencia de la Universidad San Sebastián (CID N°46,2023). Santiago, Región Metropolitana, Chile

Doi: 10.5281/zenodo.23266719

Resumen

ORCID

0000-0002-2224-7317^a

0000-0002-9064-7216^b

0000-0003-1879-4702^c

Palabras clave (DeCS):

Enfermería

Razonamiento Clínico

Enseñanza Mediante Simulación de

Alta Fidelidad

Simulación por Computador

Introducción: la simulación virtual se ha consolidado como una estrategia pedagógica para el desarrollo del razonamiento clínico en contextos de alta complejidad. Con el objetivo de sistematizar una experiencia de innovación educativa en estudiantes de posgrado en enfermería, se diseñó e implementó un conjunto de actividades de simulación virtual en escenarios de las unidades de cuidados intensivos.

Desarrollo: la experiencia de innovación se diseñó con cuatro módulos: *M1-Cardiovascular*, *M2-Respiratorio*, *M3-Neurológico* y *M4-Infecioso*, y se implementó en un diplomado *e-learning* dirigido a profesionales de enfermería del área de cuidados intensivos, mediante actividades de simulación virtual y recursos audiovisuales interactivos. Se realizó un análisis descriptivo del desempeño en las evaluaciones formativas de la cohorte (T0), que participó en el taller tradicional de análisis de casos clínicos en modalidad virtual, y de la cohorte (T1), que participó en las actividades de simulación virtual. Se identificaron diferencias en los promedios de desempeño académico entre ambas cohortes, principalmente en los módulos *M1-Cardiovascular* y *M2-Respiratorio*.

Conclusión: la sistematización de la experiencia de innovación educativa confirma que la simulación virtual constituye una estrategia formativa pertinente para desarrollar el razonamiento clínico avanzado en estudiantes de posgrado en enfermería. Al mismo tiempo, promueve la participación activa, la reflexión clínica y la autonomía profesional en entornos asistenciales complejos.

Keywords (DeCS):

Nursing

Clinical Reasoning

High Fidelity Simulation Training

Computer Simulation

Abstract

Introduction: Virtual simulation has established itself as a pedagogical strategy for developing clinical reasoning in highly complex contexts. To systematize an educational innovation experience for postgraduate nursing students, a series of virtual simulation activities based on intensive care unit scenarios was designed and implemented.

Development: The innovation initiative comprised four modules—M1 (Cardiovascular), M2 (Respiratory), M3 (Neurological), and M4 (Infectious)—and was implemented within an e-learning certificate program for intensive care nurses, incorporating virtual simulation activities and interactive audiovisual resources. A descriptive analysis compared academic performance on formative assessments between a cohort (T0) that participated in a traditional virtual clinical case analysis workshop and a cohort (T1) that engaged in virtual simulation activities. Differences in average academic performance were identified between the two cohorts, particularly in the Cardiovascular (M1) and Respiratory (M2) modules.

Conclusion: Systematizing this educational innovation confirms that virtual simulation is a relevant training strategy for developing advanced clinical reasoning in postgraduate nursing students; furthermore, it fosters active participation, clinical reflection, and professional autonomy in complex care environments.

Correspondencia:

Paola Carrasco Aldunate

Correo electrónico:

paola.carrasco@uss.cl

dcarrasa@uc.cl

Fecha de recepción:

06/01/2026

Fecha de aceptación:

20/05/2026



Introducción

La formación de profesionales de enfermería requiere el impulso de diversas estrategias orientadas al desarrollo del razonamiento clínico, entendido como un proceso cognitivo estrechamente vinculado a la metacognición que permite analizar la información del paciente para una toma de decisiones más eficaz, segura y de calidad.¹ Este razonamiento constituye una competencia central, ya que posibilita la adopción de decisiones diagnósticas y terapéuticas fundamentadas en la evidencia científica, la experiencia profesional y el contexto asistencial.² Asimismo, implica la activación de operaciones cognitivas tanto conscientes como inconscientes, que interactúan con las circunstancias y características del entorno de la práctica clínica.

Cabe señalar que los componentes del razonamiento clínico incluyen la recopilación sistemática de información, la formulación de hipótesis, la definición de los problemas, la generación y selección de un diagnóstico principal, así como la justificación y el desarrollo de un plan de acción.³ Esta teoría distingue dos sistemas de pensamiento: el *procesamiento tipo 1*, rápido e intuitivo, basado en patrones previamente aprendidos y característico de profesionales expertos, y el *procesamiento tipo 2*, más lento, analítico y deliberado, que requiere un mayor control atencional y el uso de la memoria de trabajo. Este último es el predominante en los estudiantes, quienes inicialmente carecen del repertorio de experiencias clínicas necesarias para aplicar de forma eficaz el sistema de *procesamiento tipo 1*.²

En esta lógica, resulta fundamental que, durante la etapa formativa, los estudiantes afronten situaciones clínicas con la finalidad de articular los conocimientos teóricos con las habilidades prácticas, así como exponerse a escenarios que promuevan una toma de decisiones reflexiva y segura. A lo largo del proceso formativo se acumula experiencia clínica, y el desarrollo progresivo del *procesamiento tipo 1* permite a los estudiantes afrontar situaciones de mayor complejidad mediante el reconocimiento de patrones y estructuras de conocimiento previamente adquiridas, lo que facilita un manejo más eficiente de los problemas clínicos.

En el contexto de las unidades de cuidados intensivos, este proceso cognitivo resulta esencial, dado que implica la resolución de problemas complejos que requieren un abordaje rápido y eficaz.⁴ Sin embargo, su evaluación es particularmente desafiante, entre otras razones, porque no puede observarse de manera directa, sino que debe inferirse a partir de conductas observables, tales como la

capacidad de resolución de problemas y la toma de decisiones clínicas.⁵

Una estrategia que favorece el desarrollo del razonamiento clínico es la participación activa del estudiante en su propio proceso de aprendizaje mediante el uso de metodologías activas, como el análisis de casos clínicos, que permite una retroalimentación apoyada en la reflexión para la toma de decisiones en un entorno seguro.^{6,7} Sin embargo, las limitaciones de carácter logístico, ético o de seguridad presentes en el entorno clínico tradicional dificultan la exposición sistemática de los estudiantes a situaciones variadas que les faciliten la construcción de patrones de reconocimiento frente a los desafíos de la práctica real.

Ante este escenario, la simulación clínica ha emergido como una herramienta pedagógica de gran valor para el desarrollo del razonamiento clínico. Diversos estudios indican que esta estrategia promueve el desarrollo de destrezas, habilidades relacionales y autoconfianza en los estudiantes, lo que contribuye a mejorar su seguridad y capacidad de respuesta ante situaciones desconocidas y de riesgo.^{8,9,10} Al tratarse de un entrenamiento realizado en entornos controlados, los errores se integran como parte del proceso de aprendizaje y pueden abordarse mediante la repetición, disminuyendo así el riesgo de comprometer la integridad del paciente.⁸ También se ha descrito que la simulación resulta efectiva para el desarrollo del razonamiento o juicio clínico en estudiantes de enfermería de pregrado.^{11,12,13,14}

En el contexto de la pandemia por COVID-19, se impulsó de manera significativa el desarrollo de la educación virtual, configurando entornos de aprendizaje caracterizados por una elevada complejidad informativa,¹⁵ así como favoreciendo la adopción de enfoques innovadores orientados a fortalecer la participación activa de los estudiantes en su proceso formativo,¹⁶ lo que derivó en un mayor uso de tecnologías educativas emergentes.¹⁷ En este sentido, la educación a distancia ha incorporado la simulación virtual como una estrategia metodológica que combina recursos de telecomunicaciones y simulación para la educación, capacitación y evaluación de estudiantes en ubicaciones remotas, abarcando los distintos dominios del aprendizaje.¹⁸

La simulación virtual se ha descrito como una herramienta de uso fácil, útil y pertinente,¹⁹ además de efectiva para el desarrollo del razonamiento clínico, al permitir la reproducción de las fases propias de la simulación clínica presencial en un formato remoto. Este enfoque se sus-

tenta en el conocimiento aplicado (saber cómo) y en el desempeño clínico (mostrar cómo) de los estudiantes de enfermería, porque posibilita la recreación de escenarios clínicos complejos en entornos digitales interactivos, seguros y repetibles.²⁰ También puede implementarse de forma asincrónica, lo que, a diferencia de la simulación tradicional, no requiere la presencia física en un espacio determinado, ya que permite el acceso a diversos escenarios de aprendizaje y garantiza que todos los estudiantes se enfrenten a situaciones equivalentes en cualquier momento y lugar.²¹

Dichos escenarios de aprendizaje pueden diseñarse de manera progresiva y con distintos niveles de complejidad, ajustados al nivel formativo del estudiante, lo que favorece un desarrollo gradual del razonamiento clínico desde etapas básicas hasta avanzadas.¹⁷ La evidencia reciente indica que la simulación virtual contribuye de manera significativa a mejorar la confianza clínica, la satisfacción con el aprendizaje y el desarrollo del razonamiento clínico en estudiantes de profesiones de la salud.^{22,23,24,25} De esta forma, se articula la teoría con la práctica, mediada por la transferencia percibida de la capacitación al lugar de trabajo,²⁵ se fortalece el aprendizaje experiencial²⁶ y se promueve el desarrollo de habilidades cognitivas, el trabajo colaborativo y la autoconfianza.²⁷

No obstante, una revisión sistemática reciente señala que, si bien las simulaciones virtuales son valoradas positivamente por los estudiantes, aún se requieren estudios con diseños metodológicos más robustos que permitan confirmar de forma concluyente sus beneficios en la adquisición del razonamiento clínico.²⁸ En el ámbito de la formación en enfermería, se ha descrito que los escenarios de simulación virtual con una duración superior a 30 minutos y que incorporan retroalimentación inmediata resultan eficaces para el desarrollo de habilidades de razonamiento clínico en estudiantes de pregrado.²⁰ En programas de posgrado, los resultados son concordantes tras la implementación de actividades remotas basadas en el análisis de videos.²⁹

El desarrollo del razonamiento clínico avanzado en la formación de enfermeras y enfermeros de posgrado cobra especial relevancia en contextos de alta complejidad, como las unidades de cuidados intensivos, debido al potencial pedagógico de la simulación virtual para promover procesos cognitivos superiores en entornos digitales seguros, flexibles y controlados. En particular, resulta pertinente analizar estrategias educativas mediante el uso de simulación virtual para la toma de decisiones comple-

jas, la integración teórico-práctica y el desarrollo progresivo del razonamiento clínico en escenarios propios de la práctica avanzada.

En este marco, el objetivo fue describir una experiencia de innovación educativa orientada a favorecer el desarrollo del razonamiento clínico avanzado en estudiantes de posgrado en enfermería, mediante la implementación de actividades de simulación virtual de unidades de cuidados intensivos.

Desarrollo

El presente trabajo fue una innovación educativa desarrollada en el marco del *Diplomado en Cuidados Avanzados de Enfermería en el Paciente en Estado Crítico*, impartido en modalidad *e-learning*, con una duración de siete meses y una carga total de 360 horas cronológicas. Esta iniciativa fue creada en Chile en el año 2020 como una alternativa de formación a distancia dirigida a profesionales de enfermería, mayoritariamente recién egresados, que debían proporcionar cuidados a pacientes con COVID-19 hospitalizados en unidades de cuidados intensivos a lo largo de todo el país.

El desempeño general esperado del programa se expresa en la siguiente competencia: "*Argumenta de manera crítica y profesional su análisis por sistemas de los principios fisiopatológicos de la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de las patologías más frecuentes en cuidados intensivos a nivel nacional*".

El programa incorpora diversos recursos de enseñanza y aprendizaje, los cuales han sido progresivamente ajustados en cada versión como parte de un proceso de mejora continua basado en las evaluaciones realizadas por docentes y egresados. Dichos recursos se organizan en dos modalidades de actividad: a) *Asincrónica*, que incluye videoclases, actividades interactivas formativas y podcast; y b) *Sincrónica*, que comprende clases expositivas y talleres virtuales de análisis de casos clínicos. No obstante, pese a la comunicación oportuna de las fechas de las actividades sincrónicas, se evidenció una baja participación estudiantil, tanto en términos de asistencia como de interacción con el equipo docente. Esta situación se ha reportado en contextos similares,³⁰ y se ha planteado que involucrar a los estudiantes en el aprendizaje en línea constituye un desafío.³¹

Cabe señalar que el compromiso y la participación activa del estudiantado en este programa fueron fundamentales para lograr el desarrollo de un alto nivel de razonamiento clínico que sustentara una toma de decisiones adecuada

y segura en el ámbito de la salud. No obstante, a pesar de la incorporación de diversas actividades orientadas a este fin y de las modificaciones introducidas en las sucesivas versiones del programa, continuaron las dificultades en una proporción significativa de estudiantes para argumentar de manera sólida sus respuestas y los planes de cuidados propuestos. Estas limitaciones se identificaron a partir de los resultados de las evaluaciones formativas y sumativas, así como de las observaciones realizadas por los docentes-tutores en relación con los trabajos desarrollados.

Experiencia de innovación educativa

La experiencia de innovación educativa se desarrolló en cuatro módulos de aprendizaje específicos del diplomado: *Cuidados avanzados de enfermería en pacientes en estado crítico con patología cardiovascular* (M1), *Cuidados avanzados de enfermería en pacientes en estado crítico con patología respiratoria* (M2), *Cuidados avanzados de enfermería en pacientes en estado crítico con patología neurológica* (M3) y *Cuidados avanzados de enfermería en pacientes en estado crítico con patologías infecciosas* (M4).

La selección de estos módulos respondió a que presentaban los resultados académicos más deficitarios del programa, especialmente M1 y M2, lo que evidenciaba la necesidad de incorporar estrategias formativas que reforzaran aprendizajes considerados clave para el manejo integral de pacientes en estado crítico.

Establecimiento de la línea de base (Grupo T0)

Con el fin de establecer una línea de base, se aplicó una evaluación formativa individual a los estudiantes de la sexta cohorte del programa en los cuatro módulos de aprendizaje previamente descritos, mediante la plataforma educativa *Blackboard*®. Cada instrumento de evaluación individual se estructuró a partir de un caso clínico correspondiente a un paciente en estado crítico, cuyo diagnóstico se ajustaba a la temática específica de cada módulo. A partir de este caso, se formularon siete preguntas de opción múltiple correspondientes al nivel taxonómico de análisis, que debían responderse en línea y que pretendían recoger respuestas derivadas del razonamiento clínico aplicado por el estudiante al caso presentado. Posteriormente, se llevaron a cabo los talleres habituales de análisis de casos clínicos en modalidad virtual, alineados con los contenidos de cada módulo de aprendizaje (M1 a M4). Una vez finalizado el taller, se solicitó a los estudiantes realizar una nueva evaluación individual en lí-

nea, con la misma estructura que el instrumento diagnóstico inicial e incorporando preguntas equivalentes, en un plazo máximo de cuatro días posteriores a la realización de la actividad.

Implementación de la innovación educativa basada en simulación virtual (Grupo T1)

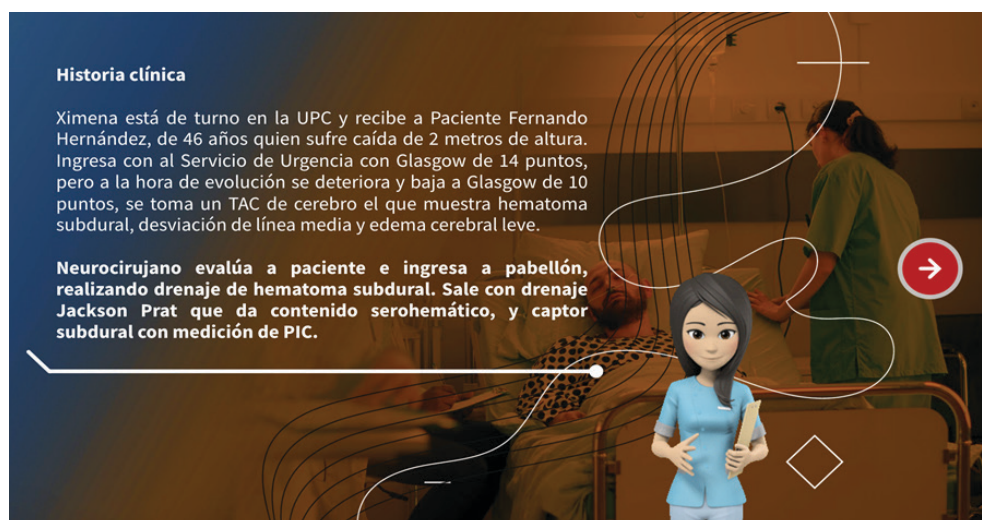
La innovación educativa se implementó en la séptima cohorte del programa. En este grupo, las evaluaciones formativas basales se aplicaron utilizando el mismo instrumento de evaluación y la misma metodología descritos para el grupo T0, con el fin de asegurar la comparabilidad de los resultados. La intervención consistió en la incorporación de una metodología basada en simulación virtual, sustentada en el uso de vídeos interactivos diseñados en la plataforma *Genially*®. La integración de plataformas interactivas en la formación de profesionales de la salud responde a la necesidad de generar entornos de aprendizaje activos, visuales y participativos que favorezcan el desarrollo de competencias clínicas complejas, como el razonamiento clínico. En este sentido, *Genially*® permite crear recursos multimedia que integran narrativas clínicas, elementos visuales, interactividad y retroalimentación inmediata, en coherencia con los principios del aprendizaje significativo y la simulación virtual.³¹

La estrategia se estructuró a partir de la narración de una enfermera novata ficticia inmersa en un escenario clínico, a través de la cual se proporcionaba información procedente de diversas fuentes, tales como la valoración física, la monitorización hemodinámica, los exámenes de laboratorio y las imágenes, así como las entrevistas al paciente o a sus familiares. Esta información se presentaba junto con el planteamiento de problemas clínicos susceptibles de ser abordados mediante un análisis profundo y reflexivo.

En cada taller integrador sincrónico, desarrollado a través de la plataforma *Blackboard Collaborate*®, se llevó a cabo una secuencia completa de simulación virtual que incluyó las fases de *briefing*, desarrollo del escenario y *debriefing*. Durante el *briefing*, se entregaron las indicaciones necesarias para acceder a la plataforma y participar en el escenario simulado. Posteriormente, cada estudiante interactuó de forma individual con un vídeo prediseñado que presentaba información clínica relevante del caso (figura 1), favoreciendo la inmersión en la situación simulada.

El diseño de los vídeos estuvo a cargo de un experto en diseño instruccional, quien orientó su elaboración de

Figura 1 Exposición de la historia clínica en la simulación virtual del módulo 3: “Cuidados avanzados de enfermería a pacientes en estado crítico con patología neurológica”



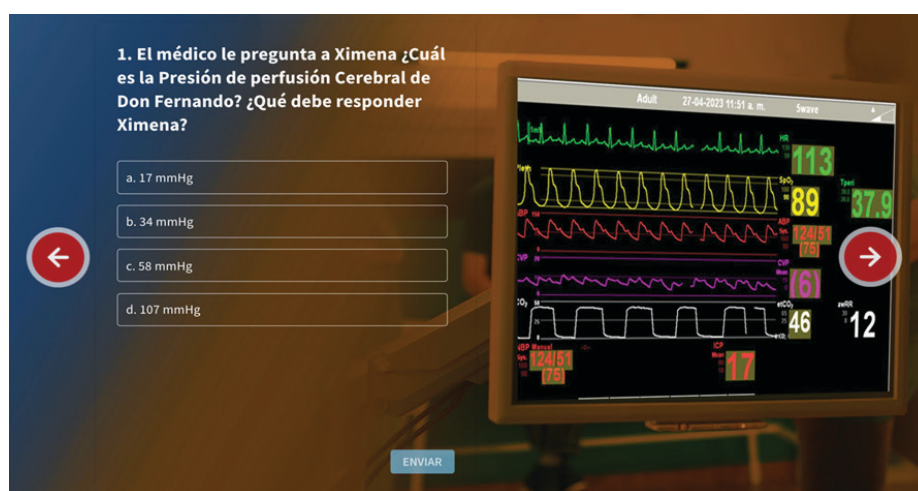
Fuente: elaboración propia

acuerdo con las estrategias didácticas recomendadas para alcanzar los resultados de aprendizaje esperados. Cada sesión tuvo una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos, durante los cuales se presentaba la historia clínica y se formulaban preguntas detonadoras que los estudiantes debían responder en tiempo real (figura 2). Las respuestas fueron recogidas por el equipo docente y analizadas conjuntamente con los estudiantes durante la fase de debriefing, haciendo hincapié en los aspectos clave neces-

rios para comprender en profundidad los contenidos y el proceso de razonamiento clínico.

Una vez finalizada la actividad de simulación virtual, se solicitó a los estudiantes realizar la misma evaluación formativa aplicada previamente al grupo T0, en un plazo máximo de cuatro días, con el objetivo de comparar los resultados obtenidos entre ambas cohortes. Todas las actividades sincrónicas fueron grabadas y el material quedó disponible para aquellos estudiantes que no pudieron asis-

Figura 2 Ejemplo de preguntas detonadoras formuladas durante la simulación virtual del módulo 3: “Cuidados avanzados de enfermería a pacientes en estado crítico con patología neurológica”



Fuente: elaboración propia

tir en tiempo real. Las evaluaciones se calificaron utilizando una escala de 1.0 a 7.0, con una exigencia mínima de aprobación del 60 %, de acuerdo con el sistema de evaluación vigente en Chile. Los resultados se expresan como promedio de las calificaciones $\pm$ desviación estándar (DE).

Resultados

La presentación de los resultados de esta experiencia de innovación pedagógica se orienta a describir las diferencias observadas entre las cohortes participantes mediante un análisis exploratorio. En coherencia con el enfoque de sistematización adoptado, los resultados no se presentan con carácter inferencial, sino como evidencias derivadas del análisis del proceso educativo y del desempeño alcanzado por los estudiantes. En este sentido, se comparan los resultados obtenidos en las evaluaciones formativas aplicadas a ambas cohortes, con el propósito de dar cuenta de los aportes y aprendizajes generados a partir de la innovación educativa desarrollada.

En el **cuadro I** se presenta la comparación descriptiva de las evaluaciones formativas aplicadas a ambas cohortes, según el módulo del diplomado. En términos generales, se observan mayores promedios de desempeño en la cohorte que participó en la estrategia de simulación virtual (T1) que en la cohorte correspondiente a la línea de base (T0), especialmente en los módulos de cuidados cardiovasculares y respiratorios.

En el M1 (cardiovascular), el promedio aumentó de 3.7 (DE = 1.23) en la cohorte T0 a 5.1 (DE = 1.79) en la cohorte T1. En el M2-Respiratorio, el incremento fue de 3.6 (DE = 1.48) a 6.2 (DE = 1.16), respectivamente. En el M3-Neurointensivo, si bien se evidenció un aumento del promedio de 4.4 (DE = 1.27) a 5.1 (DE = 1.87), la

diferencia fue menor que en los módulos M1 y M2. De manera similar, en el M4-Sepsis, el incremento de los promedios de ambas cohortes fue moderado, de 4.1 a 4.7.

Con base en los resultados descritos, se identifican diferencias en el desempeño académico entre las cohortes analizadas. Estas diferencias se interpretan como parte del proceso formativo asociado a la implementación de la innovación educativa basada en simulación virtual y constituyen insumos para la reflexión pedagógica y la mejora continua del programa.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue describir una experiencia de innovación educativa orientada a favorecer el desarrollo del razonamiento clínico avanzado en estudiantes de posgrado en enfermería mediante la implementación de actividades de simulación virtual en escenarios propios de las unidades de cuidados intensivos. En este sentido, la simulación virtual se presenta como una herramienta con alto potencial formativo para la enseñanza y el aprendizaje en el ámbito de la educación sanitaria.³² También se ha descrito que el uso de entornos virtuales facilita especialmente la comprensión y el aprendizaje de contenidos teóricos complejos, en mayor medida que el desarrollo de habilidades exclusivamente procedimentales,^{33,34} lo que resulta particularmente pertinente en contextos de práctica avanzada de enfermería.

En el desarrollo de la experiencia sistematizada, la participación activa del estudiantado mediante la respuesta en tiempo real a preguntas detonadoras integradas en los escenarios simulados favoreció instancias de análisis crítico y reflexión clínica, elementos considerados centrales para el desarrollo del razonamiento clínico.^{1,4}

Cuadro I Comparación descriptiva de las evaluaciones formativas entre las cohortes según cada módulo del diplomado

Módulo	Descripción	Cohorte (T0)		Cohorte (T1)	
		n	Promedio (DE)	n	Promedio (DE)
M1	Cuidados avanzados de enfermería a pacientes en estado crítico con patología cardiovascular	41	3.7 (1.23)	48	5.1 (1.79)
M2	Cuidados avanzados de enfermería a pacientes en estado crítico con patología respiratoria	20	3.6 (1.48)	34	6.2 (1.16)
M3	Cuidados avanzados de enfermería a pacientes en estado crítico con patología neurológica	26	4.4 (1.27)	33	5.1 (1.87)
M4	Cuidados avanzados de enfermería a pacientes en estado crítico con patologías infecciosas	16	4.1 (1.8)	24	4.7 (1.45)

Nota: los resultados se presentan con fines descriptivos en el marco de la sistematización de una experiencia de innovación educativa. Por lo tanto, no corresponden a un diseño experimental ni inferencial

Fuente: elaboración propia

A partir de la descripción de los resultados de las evaluaciones formativas, se identificaron diferencias entre la cohorte que participó en las actividades de simulación virtual y la que desarrolló talleres tradicionales de análisis de casos clínicos en modalidad en línea. En particular, la experiencia de simulación virtual mediante el uso de cápsulas interactivas desarrolladas en la plataforma Genially® constituyó una estrategia formativa que permitió reforzar el razonamiento clínico en estudiantes de posgrado en enfermería, especialmente en contextos de alta complejidad, como la atención del paciente crítico. Al mismo tiempo, favoreció la participación y la motivación del estudiantado, en consonancia con lo descrito en experiencias similares en el ámbito de la educación en salud.^{35,36}

En cuanto a las percepciones del estudiantado sobre el trabajo con recursos audiovisuales interactivos, se ha confirmado su utilidad y el alto grado de satisfacción que generan tanto en estudiantes de enfermería de pregrado como de posgrado.²⁶ De manera consistente con lo reportado en la literatura, esta metodología se ha empleado en experiencias previas orientadas al desarrollo del razonamiento clínico en profesionales de enfermería,²⁹ mediante la utilización de instrumentos de evaluación de competencias.

En esta experiencia, el razonamiento clínico se abordó mediante evaluaciones basadas en preguntas de análisis de casos clínicos, lo que permitió obtener evidencias descriptivas del desempeño alcanzado por los estudiantes tras la implementación de la estrategia. Un aspecto relevante que debe considerarse en el diseño y la implementación de cápsulas interactivas corresponde a los costes asociados a su desarrollo y actualización. Si bien se ha descrito que la simulación virtual puede implicar una inversión inicial elevada en plataformas tecnológicas, también se ha señalado que, a largo plazo, constituye una estrategia coste-efectiva, aspecto relevante para los responsables de la toma de decisiones en educación sanitaria.³³

A partir de la experiencia sistematizada, resulta recomendable proyectar la reutilización de los recursos desarrollados en versiones posteriores del programa, priorizando las temáticas vinculadas a problemas frecuentes en las unidades de cuidados intensivos.

Finalmente, esta experiencia se inscribe en un contexto de pospandemia, en el que la educación virtual adquirió una relevancia significativa y la simulación a distancia se consolidó como una alternativa formativa escalable y potencialmente coste-efectiva. No obstante, se reconocen limitaciones propias de la sistematización realizada,

como la aplicación de la estrategia en cohortes distintas y la imposibilidad de asegurar que las evaluaciones se realizaran de manera completamente individual, pese a las indicaciones entregadas al estudiantado. Estas consideraciones refuerzan la necesidad de profundizar en el análisis de este tipo de experiencias educativas y de desarrollar futuros trabajos con diseños metodológicos más robustos que permitan complementar la reflexión pedagógica derivada de la práctica formativa descrita.

Conclusión

A partir de la sistematización de la experiencia desarrollada, la simulación virtual se configura como una estrategia formativa pertinente e innovadora para favorecer el desarrollo del razonamiento clínico avanzado en enfermería, especialmente en programas de posgrado orientados a contextos de alta complejidad asistencial. La experiencia descrita permitió identificar aportes relevantes en términos de participación activa del estudiantado, integración teórico-práctica y análisis reflexivo de situaciones clínicas propias de las unidades de cuidados intensivos. No obstante, su incorporación requiere una planificación estratégica que considere de manera integrada los aspectos pedagógicos, tecnológicos y económicos, con el fin de asegurar su sostenibilidad y su coherencia con los resultados de aprendizaje esperados.

En este sentido, la simulación virtual es una herramienta con potencial para consolidarse como parte permanente de las estrategias formativas en la educación de enfermería, contribuyendo a la formación de profesionales con competencias avanzadas para la toma de decisiones clínicas en entornos complejos y al fortalecimiento de la autonomía profesional mediante el desarrollo de soluciones clínicas fundamentadas, seguras y contextualizadas, propias del ejercicio avanzado de la enfermería.

Reflexiones finales

Desde el ámbito de la práctica profesional de enfermería, la experiencia sistematizada aporta elementos relevantes en distintos campos. En el plano clínico, el fortalecimiento del razonamiento clínico avanzado contribuye a una toma de decisiones más fundamentada y segura en escenarios de alta complejidad, como las unidades de cuidados intensivos, donde la capacidad de análisis, priorización y anticipación resulta clave,³⁷ especialmente en el abordaje integral de casos complejos.

En el ámbito gerencial, esta experiencia ofrece insumos para diseñar estrategias formativas escalables y coste-efectivas, orientadas a la capacitación continua de profesionales de enfermería, que permitan optimizar recursos, facilitar la comunicación con el equipo de salud y ampliar el acceso a instancias de formación especializada.

Desde una perspectiva docente, la simulación virtual se consolida como una herramienta pedagógica innovadora que permite diversificar las metodologías de enseñanza di-

rigidas a estudiantes de enfermería, promover su participación activa y facilitar los procesos de evaluación formativa centrados en el razonamiento clínico y la toma de decisiones orientadas al cuidado de personas en estado crítico.

Finalmente, en el ámbito de la investigación en educación de enfermería, esta sistematización contribuye a generar conocimiento situado a partir de la práctica y aporta evidencia descriptiva que puede orientar el diseño de futuros estudios y experiencias formativas en simulación virtual.

Referencias

- Alfaro-LeFevre. Pensamiento Crítico, Razonamiento Clínico y Juicio Clínico En Enfermería. Un Enfoque Práctico. 7a edición. Elsevier España; 2021. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=699111>.
- Guzmán-Valdivia Gómez G, Rodríguez-Gutiérrez G, Guzmán-Valdivia-Talavera P, et al. Razonamiento clínico: aspectos prácticos que permiten la facilitación de su desarrollo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2022;60(6):708-714. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395931/>
- Daniel M, Rencic J, Durning SJ, et al. Clinical Reasoning Assessment Methods: A Scoping Review and Practical Guidance. *Academic Medicine.* 2019;94(6):902-912. doi: 10.1097/ACM.0000000000002618
- Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2010; 66(5):1151-1158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x
- Rencic J, Schuwirth LWT, Gruppen LD, et al. Clinical reasoning performance assessment: using situated cognition theory as a conceptual framework. *Diagnosis.* 2020;7(3):241-249. doi: 10.1515/dx-2019-0051
- Guzmán-Valdivia Gómez G, Domínguez-González AD. Estrategia didáctica con estudios de casos para el desarrollo del razonamiento clínico en estudiantes de Medicina. *Estudio preliminar. Educación Médica.* 2025;26(1):100975. doi: 10.1016/j.edumed.2024.100975
- Ferreira Bacciarini J. Enseñanza de razonamiento clínico a residentes de Medicina Interna mediante un modelo de aprendizaje basado en casos. *Educación Médica.* 2019;20:67-73. doi: 10.1016/j.edumed.2018.03.021
- Kaya İG, Zengin N. The effect of scenario-based high-fidelity simulation on midwifery students' knowledge and self-efficacy in electronic fetal monitoring: A randomized controlled trial. *Clin Simul Nurs.* 2026;113:101923. doi: 10.1016/j.ecns.2026.101923
- Luecha T, Kidsamrong W, Poonthawe P, et al. Satisfaction, confidence and self-rated clinical judgment in simulation-based learning: A mixed methods study of Thai nursing students. *Clin Simul Nurs.* 2026;114:101941. doi: 10.1016/j.ecns.2026.101941
- Guerrero JG, Hafiz AH, Eltohamy NAE, et al. Repeated Exposure to High-fidelity Simulation and Nursing Interns' Clinical Performance: Impact on Practice Readiness. *Clin Simul Nurs.* 2021;60:18-24. doi: 10.1016/j.ecns.2021.06.011
- Alshehri FD, Jones S, Harrison D. The effectiveness of high-fidelity simulation on undergraduate nursing students' clinical reasoning-related skills: A systematic review. *Nurse Educ Today.* 2023; 121:105679. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105679
- Ayed A, Khalaf IA, Fashafsheh I, et al. Effect of High-Fidelity Simulation on Clinical Judgment Among Nursing Students. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing.* 2022;59:004695802210819. doi: 10.1177/00469580221081997
- Klenke-Borgmann L, Cantrell MA, Mariani B. Clinical Judgment in Nursing Students After Observation of In-Class Simulations. *Clin Simul Nurs.* 2021;51:19-27. doi: 10.1016/j.ecns.2020.11.006
- Pardue KT, Holt K, Dunbar DM, Baugh N. Exploring the Development of Nursing Clinical Judgment Among Students Using Virtual Reality Simulation. *Nurse Educ.* 2023;48(2):71-75. doi: 10.1097/NNE.0000000000001318
- Dadaczynski K, Okan O, Messer M, et al. Digital Health Literacy and Web-Based Information-Seeking Behaviors of University Students in Germany During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res.* 2021;23(1):e24097. doi: 10.2196/24097
- Zumba-Zuniga MF, Rios-Zaruma J, Pardo-Cueva M, et al. Impact of information and communication technologies in Higher Education Institutions in times of COVID-19 : A look from collaborative work and study modality. In: 2021 16th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI). IEEE; 2021:1-6. doi: 10.23919/CISTI52073.2021.9476642
- Escandell-Rico FM, Pérez-Fernández L. Simulación de realidad virtual en la formación de los estudiantes de Enfermería: una revisión sistemática. *Educación Médica.* 2024;25(1):100866. doi: 10.1016/j.edumed.2023.100866
- McCoy CE, Sayegh J, Alrabah R, et al. Telesimulation: An Innovative Tool for Health Professions Education. *AEM Educ Train.* 2017;1 (2):132-136. doi: 10.1002/aet2.10015
- Padilha JM, Machado PP, Ribeiro AL, et al. Clinical Virtual Simulation in Nursing Education. *Clin Simul Nurs.* 2018;15:13-18. doi: 10.1016/j.ecns.2017.09.005
- Sim JJM, Rusli KD Bin, Seah B, et al. Virtual Simulation to Enhance Clinical Reasoning in Nursing: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Simul Nurs.* 2022;69:26-39. doi: 10.1016/j.ecns.2022.05.006
- Pinto-Santuber C, Aburto-Godoy R. Simulación virtual con vSim® for Nursing: percepción y experiencia de estudiantes de enfermería en la Universidad del Bío-Bío, Chile. *Revista de la Fundación Educación Médica.* 2024;27(6):221. doi: 10.33588/fem.276.1219
- Bastías-Vega N, Pérez-Villalobos C, Reyes-Aramburu EP, et al. Aportes de la simulación al desarrollo del razonamiento clínico en estudiantes de pregrado de medicina. *Revista Latinoamericana de Simulación Clínica.* 2020;2(1):19-25. doi: 10.35366/92935
- Westermeier-Castillo G, Monrroy-Uarac M, Barría-Pailaquilén M. Simulación clínica como estrategia educativa para el desarrollo del razonamiento clínico en estudiantes de kinesiología. *Investiga-*

- ción en Educación Médica. 2024;13(50):122-130. doi: 10.22201/fm.20075057e.2024.50.23573
24. Kang J. Development and Evaluation of an Online Oncology Nursing Septic Shock Simulation Module for Nursing Students: A Mixed Methods Experimental Design. *Asian Oncology Nursing*. 2025;25(3):169. doi: 10.5388/aon.2025.25.3.169
 25. Kow FF, Chong MC, Lai LL, et al. Developing Hospital Nurses' Clinical Reasoning Abilities in Assessing and Managing Clinical Deterioration Using a Virtual Patient Simulation: A Quasi-Experimental Study. *Clin Simul Nurs*. 2024;87:101489. doi: 10.1016/j.ecns.2023.101489
 26. Brown KM, Swoboda SM, Gilbert GE, et al. Integrating Virtual Simulation into Nursing Education: A Roadmap. *Clin Simul Nurs*. 2022;72:21-29. doi: 10.1016/j.ecns.2021.08.002
 27. Pastuña-Doicela R, Segovia-Hernández R, Alvarado-Alvarado A, et al. Simulación clínica virtual en enfermería en tiempos de pandemia: Percepción de estudiantes. *Investigación en Educación Médica*. 2023;12(48):52-63. doi: 10.22201/fm.20075057e.2023.48.23521
 28. Cant R, Ryan C, Kelly MA. Use and Effectiveness of Virtual Simulations in Nursing Student Education. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2023;41(1):31-38. doi: 10.1097/CIN.0000000000000932
 29. Kim JH, Kim SH, Park EY, et al. Development and Application of Case-based Video Education for Oncology Nursing based on Clinical Reasoning. *Asian Oncology Nursing*. 2021;21(2):120. doi: 10.5388/aon.2021.21.2.120
 30. Inangil D, Dincer B, Kabuk A. Effectiveness of the Use of Animation and Gamification in Online Distance Education During Pandemic. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2022;40(5):335-340. doi: 10.1097/CIN.0000000000000902
 31. Wang Q, Wen Y, Quek CL. Engaging learners in synchronous online learning. *Educ Inf Technol (Dordr)*. 2023;28(4):4429-4452. doi: 10.1007/s10639-022-11393-x
 32. Duff E, Miller L, Bruce J. Online Virtual Simulation and Diagnostic Reasoning: A Scoping Review. *Clin Simul Nurs*. 2016;12(9):377-384. doi: 10.1016/j.ecns.2016.04.001
 33. Shorey S, Ng ED. The use of virtual reality simulation among nursing students and registered nurses: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2021;98:104662. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104662
 34. Sales L, Ferreira M, Pereira R, et al. Early Development of Clinical Reasoning Through Virtual Patient Simulation: Nursing Students' Perceptions of Collaborative Decision-Making. *Nurs Rep*. 2026;16(5):152. doi: 10.3390/nursrep16050152
 35. Aucay-Aucay RM, Cabrera-Berrezueta LB, Hermann-Acosta EA. Genially como herramienta interactiva para mejorar la motivación de los estudiantes. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*. 2024;7(S2):254-263. doi: 10.62452/r5e81z05
 36. Riemer N, Eidner S, Hermanns J. Laboratory Courses for Pre-Service Chemistry Teachers Between Acquisition of Skills and Didactic Double Decker. *Laboratories*. 2025;2(2):10. doi: 10.3390/laboratories2020010
 37. Heo M, Jang H. Factors Influencing Nursing Performance of Intensive Care Unit Nurses: Role of Clinical Reasoning Competence, Positive Psychological Capital, and Nursing Work Environment. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2024;17(2):83-95. doi: 10.34250/jkccn.2024.17.2.83

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Jara-Jara V, Castro-Sandoval J, Carrasco-Aldunate P. *Experiencia de innovación educativa: simulación virtual para desarrollar el razonamiento clínico en estudiantes de postgrado de enfermería*. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(1):e1612. doi: 10.5281/zenodo.23266802

Gloria Consuelo Ramos-López^{1a}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 33, Departamento de Enfermería. Bahía de Banderas, Nayarit, México

Doi: 10.5281/zenodo.23266825

ORCID

0009-0004-6865-9546^a

Palabras clave (DeCS):

Lactancia Materna
Toma de Decisiones
Relaciones Madre-Hijo
Conducta en la Lactancia

Keywords (DeCS):

Breastfeeding
Decision Making
Mother-Child Relations
Sucking Behavior

Correspondencia:

Gloria Consuelo Ramos López

Correo electrónico:

gc.ramoslopez@gmail.com

Fecha de recepción:

02/02/2026

Fecha de aceptación:

20/07/2026

Resumen

Introducción: a pesar de la aplicación de intervenciones de enfermería que promueven la lactancia materna, algunas madres manifiestan resistencia o rechazo al acompañamiento durante este proceso. Por ello, se planteó desarrollar la escala ALMA, con un propósito nemotécnico, para identificar la negativa materna a la lactancia y validar su aplicabilidad en la práctica clínica de enfermería.

Desarrollo: se realizó el desarrollo inicial de la escala ALMA con personal de enfermería de una institución hospitalaria de segundo nivel. La escala se integró por cuatro dimensiones y 16 indicadores, y se desarrolló en dos fases: validación de contenido mediante juicio de expertos y prueba piloto. La evaluación de los expertos mostró un índice de validez de contenido por criterio (I-CVI) de 1.00 para claridad, relevancia, utilidad y facilidad de uso, así como un índice de validez de contenido promedio (S-CVI/Ave) de 1.00. En la prueba piloto, el 95% del personal de enfermería evaluó la escala como clara, el 90% refirió que era fácil de usar y el 77% manifestó que era útil en la práctica clínica.

Conclusiones: el presente estudio contribuye al desarrollo de instrumentos de enfermería que faciliten la valoración de la negativa materna a la lactancia. Su identificación representa un desafío debido a su relación con factores actitudinales, emocionales y sociales que influyen en las decisiones de la mujer lactante.

Abstract

Introduction: Despite the implementation of nursing interventions promoting breastfeeding, some mothers show resistance to or reject support during this process. This study aimed to develop the ALMA scale—designed with a mnemonic purpose—to identify maternal refusal of breastfeeding and to validate its applicability within the clinical nursing context.

Development: The ALMA scale was initially developed with nursing staff at a secondary-level hospital. The scale comprises four dimensions and 16 indicators and was developed in two phases: content validation via expert review and a pilot test. Expert evaluation yielded a content validity index per criterion (I-CVI) of 1.00 for clarity, relevance, utility, and ease of use, and an average content validity index (S-CVI/Ave) of 1.00. In the pilot test, 95% of the nursing staff rated the scale as clear, 90% reported ease of use, and 77% acknowledged its utility in clinical practice.

Conclusions: This study contributes to the development of nursing instruments that facilitate the assessment of maternal refusal of breastfeeding. Addressing this issue presents a challenge due to the attitudinal, emotional, and social factors that influence the decisions of breastfeeding women.

Introducción

La lactancia materna constituye una de las intervenciones más efectivas para favorecer la salud materno-infantil, ya que aporta beneficios nutricionales, inmunológicos, psicológicos y sociales para el binomio madre-hijo.¹ En este contexto, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la reconocen como una estrategia prioritaria de salud pública y promueven su protección, promoción y apoyo mediante políticas e iniciativas internacionales.²

A nivel mundial, se han establecido protocolos y recomendaciones para promover la lactancia materna; sin embargo, su implementación no siempre se traduce en una aceptación universal por parte de las madres. A pesar de las estrategias institucionales para su promoción, persiste la resistencia o el rechazo al acompañamiento durante el proceso de lactancia, incluso cuando esta negativa no se expresa verbalmente.

Esta situación representa un desafío para las instituciones hospitalarias en las que se llevan a cabo intervenciones de enfermería orientadas a promover la lactancia materna, difundir sus beneficios, identificar oportunamente las necesidades de apoyo y favorecer la toma de decisiones clínicas centradas en el binomio.

En este contexto, la identificación de la negativa materna a la lactancia constituye un proceso complejo, influido por aspectos actitudinales, comunicativos y emocionales, así como por factores relacionados con la autonomía materna, que no siempre son evidentes durante la atención clínica.³ Cabe señalar que, en la práctica, aún persisten dificultades para identificar de manera sistemática y oportuna la negativa materna a la lactancia.

A pesar de la existencia de protocolos para promover la lactancia materna, la ausencia de herramientas clínicas sencillas y visuales dificulta la valoración integral y el acompañamiento respetuoso por parte del personal de salud. En este sentido, se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar aspectos relacionados con la lactancia materna desde distintos enfoques. Por ejemplo, la escala *Iowa Infant Feeding Attitude Scale*⁴ se centra en las actitudes maternas hacia la alimentación del lactante, mientras que la escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*⁵ evalúa la confianza o autoeficacia para amamantar.

También se ha desarrollado una herramienta clínica estandarizada, la escala LATCH,⁶ creada por Jensen y Wallace en 1994 para evaluar, documentar y apoyar el inicio de la lactancia materna.

Sin embargo, en la literatura consultada no se encontraron herramientas clínicas breves para identificar la negativa materna a la lactancia mediante la integración de aspectos actitudinales, comunicativos, emocionales y relacionados con la autonomía durante la atención clínica. La negativa materna a la lactancia no constituye únicamente una decisión aislada, sino un proceso dinámico influido por la interacción entre la madre y el personal de salud, el contexto emocional del periodo perinatal y el reconocimiento de la autonomía materna.⁶

La autonomía materna constituye un componente esencial en la toma de decisiones relacionadas con la lactancia materna, ya que implica el derecho de la mujer a participar de manera libre, informada y voluntaria en las decisiones sobre la alimentación de su hijo. La evidencia señala que el fortalecimiento de la autonomía favorece la participación de las mujeres en el proceso de atención y se asocia con una mayor utilización de los servicios de salud y una toma de decisiones más informada. Por ello, la valoración de la autonomía durante la atención de enfermería adquiere especial relevancia para brindar un acompañamiento respetuoso y centrado en la persona.⁷

Se ha señalado que la comunicación clínica, el respeto a la toma de decisiones informadas y la consideración del estado emocional de la mujer son elementos centrales para un acompañamiento ético y efectivo en la salud materno-infantil.

Para comprender la interacción entre la enfermera y la mujer durante el proceso de lactancia, la teoría del cuidado de Kristen Swanson⁸ proporciona un marco conceptual que concibe el cuidado como un proceso relacional sustentado en cinco procesos: conocer (*knowing*), estar con (*being with*), hacer por (*doing for*), facilitar (*enabling*) y mantener las creencias (*maintaining belief*). Estos procesos promueven una atención centrada en la persona, basada en la comprensión de sus experiencias, el acompañamiento emocional, el respeto por sus valores y el fortalecimiento de su capacidad para tomar decisiones informadas.

La teoría de Kristen Swanson encuentra aplicación práctica en el proceso de enfermería, al orientar la toma de decisiones clínicas y la prestación de cuidados individualizados. Los procesos de conocer, estar con, hacer por, facilitar y mantener las creencias pueden integrarse en las diferentes etapas del proceso de enfermería, favoreciendo la valoración integral de la mujer, la identificación de respuestas humanas, la planificación de intervenciones basadas en la evidencia y la evaluación de los resultados del cuidado. En el ámbito de la lactancia materna, esta

integración promueve una atención centrada en la madre y respetuosa de sus experiencias, necesidades, creencias y capacidad para tomar decisiones.

En el proceso de enfermería, es posible identificar y relacionar los procesos propuestos por Swanson de la siguiente manera:

- *Valoración*: la enfermera busca conocer (*knowing*) la experiencia de la mujer mediante una exploración integral de sus necesidades, percepciones y contexto. Además, establece una relación terapéutica basada en la presencia y el acompañamiento (*being with*).
- *Diagnósticos de enfermería y planificación de intervenciones*: con la información obtenida, se elaboran diagnósticos y se planifican intervenciones dirigidas a responder a las necesidades identificadas. Estas acciones permiten hacer por la persona aquello que no puede realizar por sí misma (*doing for*) y facilitar (*enabling*) el desarrollo de habilidades, conocimientos y confianza para tomar decisiones relacionadas con la lactancia materna.
- *Evaluación del cuidado*: implica mantener la confianza en las capacidades de la mujer (*maintaining belief*), fortalecer su autonomía y promover la continuidad de la lactancia mediante un cuidado individualizado y basado en la evidencia.

En este sentido, la teoría de Swanson proporciona un fundamento disciplinar para el desarrollo de herramientas de valoración de enfermería que permitan identificar estas dimensiones de manera estructurada y orientada a la toma de decisiones clínicas. Desde este enfoque, se reconoce que la negativa materna no debe interpretarse únicamente como un rechazo a la práctica, sino como una experiencia influida por factores emocionales, actitudinales y comunicativos, así como por aquellos relacionados con la autonomía de la mujer.

A partir de este análisis teórico, la aplicación del proceso de enfermería puede complementarse con las taxonomías estandarizadas NANDA-I,⁹ NIC¹⁰ y NOC,¹¹ que sustentan el razonamiento clínico al facilitar la identificación de diagnósticos de enfermería, la selección de resultados esperados y la planificación de intervenciones dirigidas a promover una lactancia materna exitosa.

Los diagnósticos de enfermería de NANDA-I, como *Lactancia materna ineficaz* (00104), *Disposición para mejorar la lactancia materna* (00106), *Ansiedad* (00146) y *Afrontamiento ineficaz* (00069), pueden orientar la selección de resultados NOC relacionados con el establecimiento de la lactancia,

el conocimiento y el afrontamiento, así como de intervenciones NIC enfocadas en el apoyo a la lactancia, el asesoramiento, la educación y el apoyo emocional, con base en la valoración clínica realizada por la enfermera.

En consecuencia, la identificación temprana de la negativa materna a la lactancia requiere herramientas de valoración que trasciendan la evaluación de la técnica de amamantamiento o de la intención de lactar e incorporen aspectos relacionados con la comunicación, el estado emocional y la autonomía de la mujer. Esta situación puede dificultar la valoración integral de la negativa materna al proceso de lactancia y generar tensiones entre la promoción de esta práctica y el respeto a la autonomía de la mujer, lo cual refuerza la necesidad de instrumentos clínicos que integren dichos elementos desde una perspectiva no coercitiva.¹²

Por lo anterior, resulta pertinente desarrollar herramientas de valoración de enfermería que favorezcan un abordaje respetuoso para identificar la negativa materna a la lactancia. Por ello, se elaboró la escala ALMA como una propuesta para facilitar la valoración e identificación de dicha negativa, así como para establecer intervenciones efectivas en el proceso de alimentación y nutrición del neonato, sin afectar la relación terapéutica en la práctica de enfermería.

La escala ALMA se presenta como una herramienta que permite reconocer la disposición de la madre hacia la lactancia materna a partir de la valoración de cuatro dimensiones: la *actitud materna* frente a la lactancia, el *lenguaje expresado* durante las interacciones con el equipo de salud, el *momento emocional* en el que se encuentra la madre y la *autonomía materna* como principio ético del cuidado. Este enfoque favorece la identificación de situaciones en las que la dificultad para amamantar no responde únicamente a una condición fisiológica, sino también a factores actitudinales, emocionales y comunicativos, así como a aquellos relacionados con la autonomía materna.¹³

El objetivo de este estudio fue desarrollar la escala ALMA a partir de un acrónimo con propósito nemotécnico, evaluar su validez de contenido mediante juicio de expertos y explorar su aplicabilidad en el contexto clínico a través de una prueba piloto.

Desarrollo

Se realizó un estudio descriptivo para el desarrollo y la validación inicial de la escala ALMA, con el propósito de complementar la valoración de enfermería y la toma de

decisiones clínicas ante la negativa materna a la lactancia. El estudio se desarrolló en dos fases:

Fase 1. Validación del contenido mediante juicio de expertos

La selección de los expertos se sustentó en recomendaciones metodológicas para estudios de validación de contenido, según las cuales las evaluaciones confiables en las fases iniciales del desarrollo de instrumentos pueden realizarse mediante un panel de entre cinco y diez jueces.¹⁴

Para la validación de contenido, se contó con la participación de un panel de cinco expertos seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los participantes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: ser profesionales de la salud con formación en enfermería o disciplinas afines, contar con una experiencia mínima de cuatro años en atención materno-neonatal o lactancia materna y aceptar voluntariamente participar en la evaluación de la herramienta.

Se excluyó a los profesionales sin experiencia clínica o académica relacionada con la lactancia materna, a los expertos que no completaron el formato de evaluación y a quienes entregaron formatos incompletos o con información insuficiente para el análisis.

Fase 2. Prueba piloto

El propósito de esta fase fue explorar la claridad, la facilidad de uso y la aplicabilidad de la escala ALMA en condiciones reales de práctica clínica. Los participantes se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, con participación voluntaria de profesionales de enfermería adscritos a las áreas de hospitalización, alojamiento conjunto y cuneros de un hospital de segundo nivel de atención.

El tamaño de la muestra se definió con base en recomendaciones metodológicas para estudios piloto de desarrollo inicial de instrumentos, que proponen una muestra de entre 25 y 40 participantes para evaluar el funcionamiento preliminar de una escala e identificar aspectos relacionados con su claridad, comprensión y aplicabilidad antes de realizar una evaluación psicométrica.¹⁵

Se aplicó la escala ALMA a un total de 40 profesionales de enfermería adscritos a las áreas de alojamiento conjunto y cuneros.

Consideraciones éticas

El estudio se condujo conforme a los principios éticos de la investigación en salud. La participación de los expertos y del personal de enfermería que aplicó el instrumento fue voluntaria, previa obtención del consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información. Dado que el estudio se centró en el desarrollo y la evaluación metodológica de un instrumento, sin la participación directa de pacientes ni la recopilación de datos clínicos, se consideró una investigación de riesgo mínimo y se determinó que estaba exenta de dictamen por parte de un comité de ética en investigación.

Desarrollo de la escala ALMA para la identificación de la negativa materna a la lactancia

La escala ALMA se desarrolló a partir de un acrónimo con función nemotécnica que integra cuatro dimensiones relacionadas con la identificación de la negativa materna a la lactancia durante la valoración de enfermería. Su construcción se originó en observaciones realizadas durante la práctica clínica en el área materno-neonatal y se sustentó en la revisión de la literatura científica sobre lactancia materna, autonomía y comunicación clínica, así como en los principios de la Teoría del Cuidado de Kristen Swanson, con el propósito de elaborar un instrumento de apoyo para la valoración de enfermería y la toma de decisiones clínicas.

Estructura

La nemotecnia fue operacionalizada mediante una escala integrada por ítems estructurados, criterios de puntuación, cuatro dimensiones y descriptores operativos, que orientan la valoración del profesional de enfermería para identificar la negativa a la lactancia materna y apoyar la toma de decisiones clínicas durante la atención integral.

La validez de contenido se evaluó mediante el juicio de expertos, quienes valoraron la claridad general del instrumento, su relevancia, utilidad y facilidad de uso en el contexto clínico. La escala permite valorar cuatro dimensiones fundamentales que dan origen al acrónimo *ALMA*: (*A*) actitud materna, (*L*) lenguaje expresado, (*M*) momento emocional y (*A*) autonomía materna. Cada dimensión se integra por cuatro indicadores clínicos observables que representan los principales componentes para la valoración sistemática de la negativa materna a la lactancia por parte del profesional de enfermería.

Dimensiones operacionales

La definición operacional de cada dimensión se estableció a partir de la evidencia científica disponible, los principios de la Teoría del Cuidado de Kristen Swanson y las observaciones realizadas durante la práctica clínica (cuadro I).

Puntuación por dimensiones de la escala ALMA

Cada dimensión recibe una puntuación mediante una escala ordinal de tres categorías: 0 = *No presente*, 1 = *Parcialmente presente* y 2 = *Claramente presente*. El puntaje total oscila entre 0 y 8 puntos. Su interpretación tiene como finalidad orientar la valoración clínica y el acompañamiento de enfermería, sin establecer un diagnóstico ni sustituir el juicio clínico del profesional. La escala ALMA se diseñó en un formato visual para facilitar su aplicación e interpretación en la práctica clínica (cuadro II).

Descripción del proceso de desarrollo por fases

Fase 1. Evaluación de la propuesta de la escala ALMA por expertos

La evaluación se realizó mediante un instrumento de

valoración integrado por una escala ordinal de cuatro categorías, sin opción neutra, con el propósito de favorecer el consenso entre los expertos. Se evaluaron los criterios de claridad, relevancia, utilidad y facilidad de uso del instrumento. Asimismo, se incluyeron preguntas para caracterizar el perfil de los expertos, considerando su experiencia clínica, grado académico y años de experiencia laboral, con el propósito de verificar el cumplimiento de los criterios de selección.

La validez de contenido se determinó mediante el *Índice de Validez de Contenido por ítem* (I-CVI), calculado como la proporción de expertos que calificaron cada criterio con una puntuación de 3 (cumple) o 4 (cumple totalmente), respecto del total de expertos. Posteriormente, se calculó el *Índice de Validez de Contenido promedio de la escala* (S-CVI/Ave), correspondiente al promedio de los valores de I-CVI obtenidos para todos los criterios evaluados, de acuerdo con la metodología propuesta por Polit y Beck (cuadro III).²⁰

La evaluación por parte de los expertos se basó en cuatro criterios para valorar el contenido del instrumento:

- *Claridad del instrumento*: grado en que la escala ALMA es comprensible en cuanto a su estructura, lenguaje y presentación, sin generar confusión en su interpretación o aplicación.
- *Relevancia clínica*: grado en que la escala ALMA resulta

Cuadro I Descripción operativa de las dimensiones e indicadores para la valoración sistemática de la negativa materna a la lactancia por el profesional de enfermería

Dimensiones	Definición operacional	Indicador clínico
A – Actitud materna	Comprende las manifestaciones conductuales observables que reflejan aceptación, ambivalencia o rechazo de la madre hacia la lactancia materna ¹⁶	Conductas de acercamiento o evitación durante el contacto madre-hijo Resistencia o disposición para el contacto pecho-bebé Participación o delegación del proceso de alimentación Respuestas no verbales evidenciadas durante la alimentación del recién nacido
L – Lenguaje expresado	Corresponde a las expresiones verbales y no verbales emitidas por la madre durante la interacción con el personal de salud, ¹⁷ las cuales permiten identificar su disposición ante la lactancia materna	Verbalizaciones asociadas a incapacidad percibida para amamantar Relatos reiterados de dificultad o limitación Manifestaciones explícitas de negativa hacia la lactancia Uso del silencio o evasión del tema como forma de comunicación
M – Momento emocional	Comprende el estado emocional de la madre durante el puerperio inmediato ¹⁸ y su posible influencia en la disposición hacia la lactancia materna	Presencia de estrés o ansiedad relacionados con la lactancia Cansancio físico y emocional asociado al proceso de hospitalización Estancias hospitalarias prolongadas Vivencia subjetiva del puerperio en un entorno hospitalario
A – Autonomía materna	Alude al ejercicio del derecho de la madre a tomar decisiones informadas sobre la alimentación de su hijo, ¹⁹ respetando sus valores, preferencias y derechos durante el proceso de atención	Capacidad de decidir libremente sobre la alimentación del recién nacido Recepción de información clara, suficiente y comprensible Ausencia de coerción, presión o imposición por parte del personal de salud Respeto a valores, creencias y preferencias personales

Fuente: elaboración propia

Cuadro II Interpretación de la escala ALMA para identificar la negativa materna a la lactancia

Dimensión	0 puntos	1 punto	2 puntos
	(No presente)	(Parcialmente presente)	(Claramente presente)
A–Actitud materna	Actitud abierta y colaboradora; acepta el acompañamiento y la información brindada	Actitud ambivalente; muestra dudas o resistencia leve al acompañamiento	Actitud de rechazo o resistencia clara al acompañamiento o a la lactancia
L–Lenguaje expresado	Lenguaje congruente y favorable hacia la lactancia	Lenguaje ambiguo, contradictorio o evasivo respecto a la lactancia	Lenguaje verbal o no verbal explícito de negativa a la lactancia
M–Momento emocional	Estado emocional estable; se muestra tranquila o emocionalmente contenida	Ansiedad, temor o malestar emocional leve que no interfiere de forma significativa	Malestar emocional intenso (ansiedad marcada, angustia, llanto persistente) que interfiere en la interacción
A–Autonomía materna	Decisión expresada de forma libre, informada y autónoma	Decisión influida parcialmente por terceros o con conflicto decisional	Autonomía comprometida por presión externa, coerción o incapacidad para expresar decisión propia
Interpretación del puntaje obtenido			
Puntaje total	Orientación clínica		
0–2	Educación y acompañamiento básico		
3–5	Intervención clínica focalizada		
6–8	Abordaje interdisciplinario y refuerzo del respeto a la decisión materna		

Fuente: elaboración propia

pertinente y significativa para la práctica clínica ante la negativa materna a la lactancia.

- *Utilidad para la valoración:* capacidad potencial del instrumento para apoyar la valoración clínica y la toma de decisiones del profesional de enfermería.
- *Facilidad de uso:* sencillez de aplicación e interpretación del instrumento en el contexto clínico.

Fase 2. Prueba piloto del instrumento

En esta fase se contó con la participación voluntaria de personal de enfermería, que aplicó la escala ALMA en el contexto clínico habitual, sin modificar el abordaje terapéutico de los pacientes a su cargo. La prueba piloto tuvo como finalidad evaluar la claridad, la comprensión y la facilidad de uso del instrumento, así como identificar observaciones relacionadas con su utilización. Este proceso permitió realizar un total de 40 aplicaciones del instrumento, consideradas adecuadas para la evaluación preliminar de su funcionalidad, de acuerdo con las recomendaciones metodológicas para estudios piloto de desarrollo de instrumentos.¹⁵

Resultados

Perfil del panel de expertos y resultados de la validez de contenido

El panel de expertos estuvo conformado por cinco profesionales de enfermería con experiencia en las áreas de atención neonatal y lactancia materna. En cuanto al grado académico, el panel incluyó profesionales con formación de licenciatura y posgrado. Predominaron los participantes con más de cinco años de experiencia profesional.

Las respuestas de los expertos se registraron mediante conteo manual (paloteo) y posteriormente se tabularon en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Con base en los resultados, se calcularon el Índice de Validez de Contenido por ítem (I-CVI) y el Índice de Validez de Contenido promedio de la escala (S-CVI/Ave), conforme a la metodología propuesta por Polit y Beck.²⁰ Para ello, se utilizaron las siguientes fórmulas:

Fórmula por ítem:

$$I-CVI = \frac{n_e}{N}$$

Donde:

I-CVI = Índice de Validez de Contenido por ítem

Cuadro III Formato para la evaluación de la propuesta de la escala ALMA por expertos

Por favor elija la respuesta que mejor le represente y marque con una X	
¿Cuenta con experiencia en atención de pacientes en área materno - neonatal?	
• Sí	
• No	
¿Cuál es su último grado de estudios?	
• Licenciatura	
• Especialidad	
• Maestría	
• Doctorado	
¿Con cuántos años de experiencia laboral cuenta?	
• 0 a 4	
• 5 a 9	
• 10 o más	

Instrucciones: marque con una X la opción que mejor represente su valoración de cada criterio de la herramienta ALMA para la identificación de la negativa materna a la lactancia

Criterio evaluado	Escala de cumplimiento			
	1	2	3	4
	No cumple	Cumple poco	Cumple	Cumple totalmente
Claridad general del instrumento				
Relevancia clínica para la identificación de la negativa materna a la lactancia				
Utilidad clínica para apoyar la valoración y la toma de decisiones de promoción y acompañamiento de la lactancia				
Facilidad de uso en el contexto clínico				

Nota: Para el cálculo del Índice de Validez de Contenido (I-CVI) se consideraron como respuestas favorables las categorías 3 (Cumple) y 4 (Cumple totalmente), de acuerdo con la metodología propuesta por Polit y Beck²⁰
Fuente: elaboración propia

n_c = número de expertos que asignaron al ítem una calificación de 3 (bastante relevante) o 4 (muy relevante)

N = número total de expertos que integraron el panel de validación

Fórmula global:

$$S-CVI/Ave = \frac{\Sigma (I-CVI)}{\text{Número total de ítems}}$$

Donde:

S-CVI/Ave: Índice de Validez de Contenido de la escala ALMA, calculado a partir del promedio

$\Sigma(I-CVI)$: sumatoria de los índices individuales obtenidos para cada ítem

Número total de ítems: cantidad total de preguntas o reactivos que componen el instrumento.

Los resultados de la validez de contenido de la escala

ALMA mostraron que, en el criterio de claridad, el 80% de los expertos calificó el instrumento como “*cumple totalmente*” y el 20% como “*cumple*”. Se observaron resultados similares en el criterio de relevancia. En cuanto a la utilidad, el 100% de los expertos otorgó la calificación máxima. Respecto a la facilidad de uso, el 60% calificó el instrumento como “*cumple totalmente*” y el 40% como “*cumple*”. En todos los criterios evaluados se obtuvo un acuerdo del 100 % al considerar conjuntamente las categorías 3 y 4 (cuadro IV).

Resultados de la prueba piloto

La prueba piloto de la escala ALMA se realizó con personal de enfermería ($n = 40$) en el contexto clínico habitual. Posteriormente, se solicitó a los participantes que respondieran un cuestionario breve de tres ítems con respuestas dicotómicas, para evaluar su experiencia como usuarios durante la aplicación de la escala en un entorno

Cuadro IV Cumplimiento de los criterios de la escala ALMA posterior a la evaluación por expertos

Criterio de evaluación	1	2	3	4	I-CVI
	No cumple	Cumple poco	Cumple	Cumple totalmente	
Claridad general del instrumento			1 (20%)	4 (80%)	1.00
Relevancia clínica para la identificación de la negativa materna a la lactancia			1 (20%)	4 (80%)	1.00
Utilidad clínica para apoyar la valoración y la toma de decisiones de promoción y acompañamiento de la lactancia				5 (100%)	1.00
Facilidad de uso en el contexto clínico			2 (40%)	3 (60%)	1.00

I-CVI: Índice de Validez de Contenido por criterio

Fuente: elaboración propia

real. Se consideraron la claridad del instrumento, la facilidad de uso y su posible utilización en la práctica clínica.

En relación con la claridad del instrumento, el 95% de los participantes (38) señaló que era claro. Respecto a la facilidad de uso, el 90% (36) indicó que era fácil de aplicar, mientras que el 77% (31) manifestó que lo utilizaría en su práctica clínica (figura 1).

Discusión

Un aspecto relevante de la escala ALMA es su origen como acrónimo con función nemotécnica, lo que favorece la organización del pensamiento y podría facilitar la identificación temprana de la negativa a la lactancia. El uso de estrategias cognitivas y herramientas estructuradas se

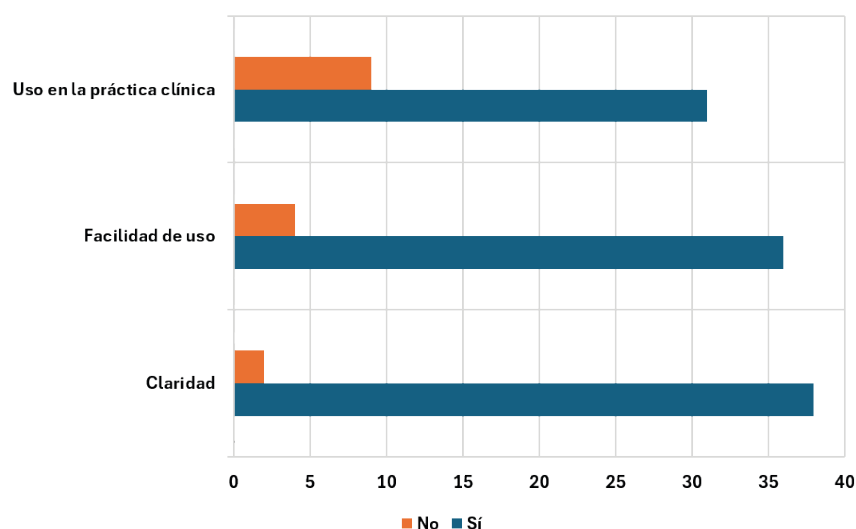
ha descrito como un recurso útil para desarrollar el razonamiento clínico y apoyar la toma de decisiones del personal de enfermería, particularmente durante la valoración de situaciones complejas.²¹

Además de los resultados obtenidos en la evaluación preliminar, la escala ALMA presenta potencial de aplicación en distintos ámbitos del ejercicio profesional de enfermería, como el clínico, el docente, el de investigación y el gerencial.

En el ámbito clínico, el empleo de herramientas estructuradas favorece la valoración sistemática y fortalece el razonamiento clínico, lo que puede contribuir a una toma de decisiones más objetiva durante la atención de la madre y el recién nacido.²²

En el ámbito docente, los instrumentos estandariza-

Figura 1 Opinión del personal de enfermería sobre el instrumento ALMA (n = 40)



Fuente: elaboración propia

dos constituyen recursos útiles para desarrollar y evaluar el razonamiento clínico durante la formación del personal de enfermería.²³

Desde la perspectiva de la investigación, la escala ALMA constituye un punto de partida para futuras investigaciones orientadas a evaluar sus propiedades psicométricas, validar su desempeño en diferentes contextos clínicos y fortalecer la generación de evidencia sobre instrumentos de medición en enfermería. Este proceso es recomendable durante el desarrollo de nuevas herramientas de evaluación.²⁴

En el ámbito gerencial, la implementación de herramientas de valoración estandarizadas puede favorecer la uniformidad de los procesos de atención, fortalecer la calidad de la documentación de enfermería, facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud y contribuir a la evaluación de la calidad de los cuidados.²⁴

Como proyección de esta línea de investigación, la escala ALMA podría utilizarse en estudios dirigidos a evaluar las intervenciones de enfermería orientadas a mejorar el acompañamiento ante la negativa materna a la lactancia, así como a analizar los factores clínicos y contextuales asociados con este fenómeno en diferentes poblaciones.

La aplicación de la escala en diversos escenarios asistenciales contribuiría a generar evidencia sobre su utilidad para fortalecer la valoración de enfermería y orientar el diseño y la implementación de estrategias de promoción, acompañamiento y apoyo a la lactancia materna, o en su defecto a la estrategias de alimentación complementarias para favorecer la nutrición del neonato.

Limitaciones

El estudio presenta limitaciones relacionadas con el número reducido de expertos y con la ausencia de análisis de otras propiedades psicométricas adicionales, debido a que estas no formaron parte de los objetivos de esta etapa del desarrollo del instrumento. Además, esta fase del proyecto tuvo un carácter exploratorio en cuanto a la evaluación del contenido y la aplicabilidad de la escala. Asimismo, la prueba piloto se realizó en un contexto es-

pecífico, lo que limita la generalización de los resultados.

En futuras investigaciones será necesario incluir muestras más amplias y representativas, así como evaluar propiedades psicométricas adicionales, como: la consistencia interna, la estabilidad temporal y la validez del constructo. Así como validar la escala en diferentes niveles de atención y escenarios clínicos. En este sentido, resulta pertinente desarrollar estudios de adaptación transcultural que permitan ampliar su aplicabilidad a diversas poblaciones y fortalecer la evidencia sobre su utilidad en la práctica de enfermería.

Conclusión

La identificación de la negativa materna a la lactancia constituye un desafío para la práctica clínica, debido a la interacción de factores actitudinales, emocionales y sociales que influyen en la toma de decisiones de la mujer. El desarrollo de instrumentos de valoración específicos representa una estrategia que puede contribuir a sistematizar la identificación de este fenómeno y proporcionar elementos objetivos que orienten el proceso de enfermería durante la atención materna.

La escala ALMA requiere continuar su evaluación psicométrica antes de aplicarse en otros escenarios clínicos, con el propósito de ampliar la evidencia sobre el desarrollo de instrumentos de valoración de enfermería y promover nuevas líneas de investigación relacionadas con la atención materno-neonatal.

Si bien los resultados corresponden a una fase inicial del desarrollo del instrumento, la estructura de la escala y su origen nemotécnico proporcionan una base para explorar su aplicación en el proceso de enfermería y aportan evidencia preliminar sobre la pertinencia de los reactivos propuestos. En consecuencia, la continuidad de su evaluación mediante estudios posteriores permitirá ampliar la evidencia sobre su utilidad en distintos escenarios clínicos.

Finalmente, el presente estudio contribuye al desarrollo de instrumentos de valoración en enfermería al favorecer la evaluación sistemática de la negativa materna a la lactancia.

Referencias

1. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World

- Health Organization; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>
3. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, et al. Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med.* 2010;25(7):741-745. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1292-2>
 4. de la Mora A, Russell DW, Dungy CI, et al. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: analysis of reliability and validity. *J Appl Soc Psychol.* 1999;29(11):2362-2380. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00115.x>
 5. Dennis CL. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health.* 1999;22(5):399-409.
 6. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994;23(1):27-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x>
 7. Abdo AS, Geda YF, Tetema MD, et al. Women's decision making autonomy on maternal and neonatal health care utilization and associated factors in central Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025;25(1):1182. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08373-7>
 8. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nurs Res.* 1991;40(3):161-166. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>
 9. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo-Lopes C, editores. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024-2026.* 13.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2024.
 10. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, editores. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de resultados en salud.* 7.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2024.
 11. Butcher HK, Wagner CM, Clarke MF, editores. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 8.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2024.
 12. Afulani PA, Diamond-Smith N, Phillips R, et al. Providers' perceptions of communication and women's autonomy during childbirth in Kenya: a mixed-methods study. *Reprod Health.* 2020;17:176. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0909-0>
 13. Beggs B, Koshy L, Neiterman E. Women's perceptions and experiences of breastfeeding: a scoping review of the literature. *BMC Public Health.* 2021;21(1):2169. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12216-3>
 14. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986;35(6):382-385. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640358/>
 15. Johanson GA, Brooks GP. Initial scale development: sample size for pilot studies. *Educ Psychol Meas.* 2010;70(3):394-400. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0013164409355692>
 16. Hamze L, Carrick-Sen D, Zhang Z, et al. Maternal attitude towards breastfeeding: a concept analysis. *Br J Midwifery.* 2018;26(7):441-446.
 17. World Health Organization. *Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills.* Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547628>
 18. Russell PS, Smith DM, Birtel MD, et al. The role of emotions and injunctive norms in breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev.* 2022;16(2):257-279.
 19. Miranda AR, Barral PE, Scotta AV, et al. An overview of reviews of breastfeeding barriers and facilitators: analyzing global research trends and hotspots. *Glob Epidemiol.* 2025;9:100192. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2025.100192>
 20. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-497. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
 21. Benner P. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice.* Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984. Disponible en: <https://archive.org/details/fromnovicetoexpe0000benn>
 22. Lee J, Park CG, Kim SH, et al. Psychometric properties of a clinical reasoning assessment rubric for nursing education. *BMC Nurs.* 2021;20(1):177. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00695-z>
 23. Swan K, Speyer R, Scharitzer M, et al. Measuring what matters in healthcare: a practical guide to psychometric principles and instrument development. *Front Psychol.* 2023;14:1225850. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1225850>
 24. De Groot K, Triemstra M, Paans W, et al. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: a systematic review of systematic reviews. *J Adv Nurs.* 2019;75(7):1379-1393. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.13919>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Ramos-López GC. Escala ALMA: desarrollo y validación inicial para la identificación de la negativa materna hacia la lactancia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(1):e1618. doi: 10.5281/zenodo.23266825



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