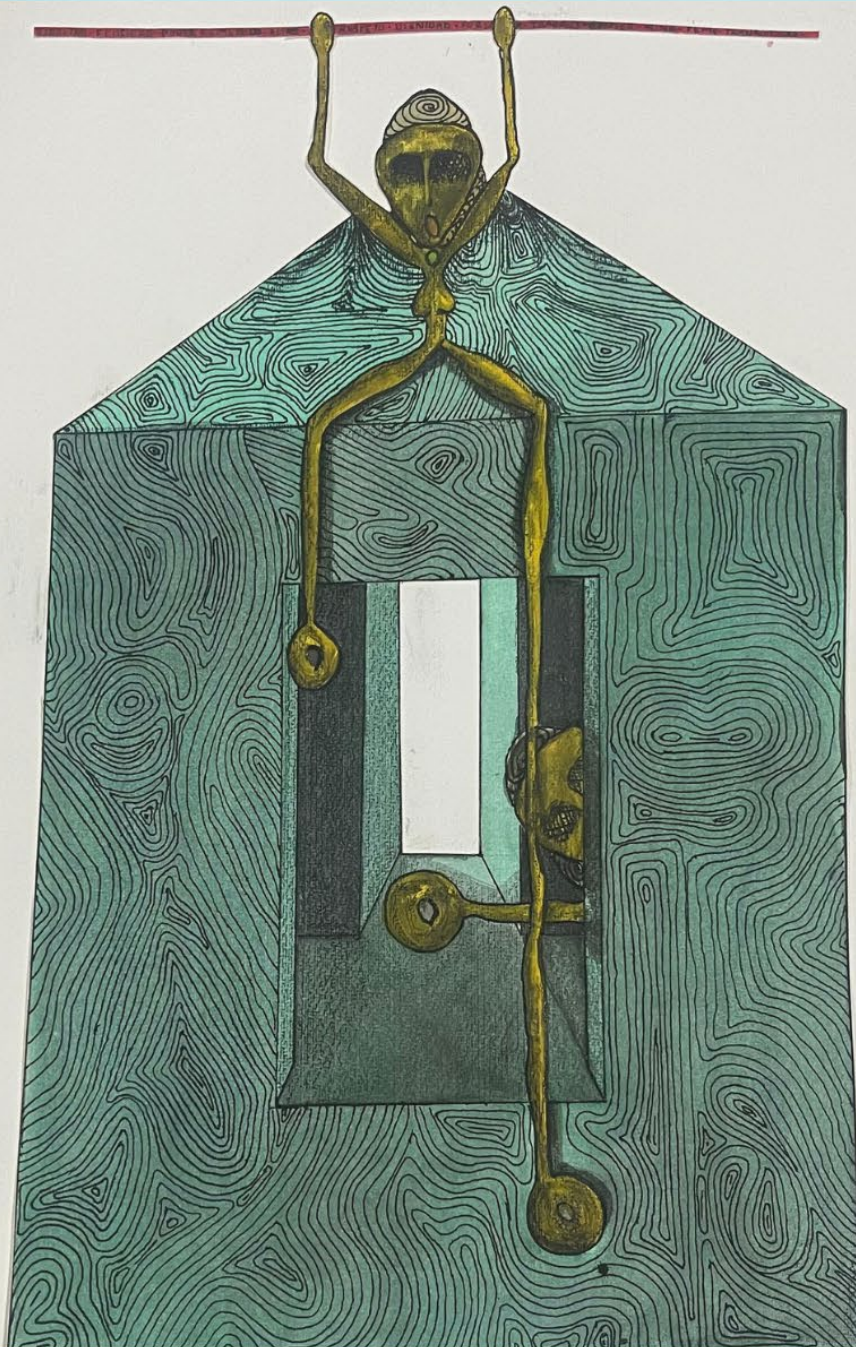


ISSN 2718-8388 / VOL 5 ED 17

REVISTA

 **UNIDAD
SANITARIA XXI**



Elaborado: Juan Miguel Cabral Aviña. "Ciencia, Cuidado y Cultura ". 2025.

**NÚMERO ESPECIAL
EDUCACIÓN, CULTURA Y SALUD**

Contenidos

7

LICENCIA CREATIVE COMMONS

ACCESO ABIERTO

8

EQUIPO EDITORIAL

Revista Unidad Sanitaria XXI

9

EDITORES COLABORADORES INVITADOS

Revista Unidad Sanitaria XXI

10

EDITORIAL

Enfermería, Cultura y Salud: Una triada para el desarrollo humano

Juan Yovani Telumbre Terrero

12

ARTÍCULO ORIGINAL

Violencia de pareja y asertividad sexual en mujeres adultas del noreste de México

Reyna Torres-Obregón, Isaí Arturo Medina-Fernández, Ana Laura Carrillo-Cervantes, Cecilia Ixel Mazatán-Ochoa, Josué Arturo Medina-Fernández y Marily Daniela Amaro-Hinojosa.

21

ARTÍCULO ORIGINAL

Consumo de alcohol y violencia física en el noviazgo en jóvenes del sureste mexicano

Pedro Moisés Noh-Moo, Lubia del Carmen Castillo Arcos, Roberto Joel Tirado Reyes, Jesús Alcocer Carranza, Sylvia Claudine Ramírez-Sánchez y Rosalía Silva-Maytorena.

35

ARTÍCULO ORIGINAL

Salud sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados

Lubia del Carmen Castillo-Arcos, Pedro Moisés Noh-Moo, Juan Yovani Telumbre Terrero, Lucely Maas Góngora, Berenice Juan Martínez y Yolanda Bañuelos Barrera.



Contenidos

ARTÍCULO ORIGINAL

51

Conocimiento de infecciones de transmisión sexual en adolescentes de 15 años a 18 años

José Fred Quiroz Ortega, Jared Facundo Reyes Cabrera, Juan Daniel Suárez-Máximo, Juan Yovani Telumbre-Terrero y Freddy Elías Perilla-Portilla

ARTÍCULO ORIGINAL

67

Prevalencia de Ortorexia y malnutrición en estudiantes universitarios.

Oscar Sajed Alvarado-Lucas, Angélica Saraí Jiménez-Osorio, Geu Mendoza-Catalán, Isaura Evelia Fuentes-Sánchez, Diego Estrada-Luna y Julieta Ángel-García

ARTÍCULO ORIGINAL

75

Aplicación empírica de extracto de Heliopsis longipes en la cicatrización de heridas en persona con diabetes: estudio de caso

Jorge Emmanuel Mejía-Benavides, Stephany Rivera-Chavero, Lucero Fuentes-Ocampo, Alfonso Cárdenas-Vargas, Erik Díaz-Cervantes y Sandra Neli Jiménez-García

ARTÍCULO ORIGINAL

88

Conocimientos y consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Isamar Daniela Enríquez-Quintero, Juan Yovani Telumbre-Terrero, Evelin Anaíd Ortiz Guadarrama y Denise Lizette De La Cruz Jiménez.

ARTÍCULO ORIGINAL

100

Relación entre ansiedad, depresión, soledad y necesidades de cuidado en cuidadores familiares de adultos mayores

Ana Laura Carrillo-Cervantes, Isaí Arturo Medina-Fernández, Reyna Torres-Obregón, Cecilia Ixel Mazatán-Ochoa y Josué Arturo Medina-Fernández

ARTÍCULO ORIGINAL

117

Inteligencia emocional de enfermeras de áreas críticas

Alejandra De La Cruz-Martínez, Susana Berenice Alcalá-Martínez, Alicia Álvarez Aguirre y Lucero Fuentes-Ocampo.



Contenidos

ARTÍCULO DE REVISION

136

Uso de los patrones de conocimiento de enfermería: Revisión de alcance

Leslie Marilú Zavala-Martínez, Elizabeth Guzmán Ortiz, María Mercedes Moreno-González, Vicente Jiménez Vázquez y Claudia Orozco Gómez

ARTÍCULO DE REVISION

156

Estrés y estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de personas con autismo: revisión integrativa

Alejandra Rivera-Galvan, Daniela Monserrath Martínez-Martínez, Lucero Fuentes-Ocampo, Erick Díaz-Cervantes y Jorge Emmanuel Mejía-Benavides

ARTÍCULO DE REFLEXION

170

Consumo de alcohol durante la gestación en adolescentes: panorama, implicaciones y estrategias

Rosa Jacqueline Galíndez-Pérez y Juan Yovani Telumbre Terrero

ARTÍCULO DE REFLEXION

180

Interculturalidad en el aula de enfermería: una reflexión crítica

Isamar Daniela Enríquez-Quintero, Sheida Eunice Correa Valenzuela, Rossana Fabiola García Félix y Hugo Castañeda Mejorada

NARRATIVA

194

Superando el prejuicio: análisis de una narrativa desde la Ciencia del Cuidado Humano

Lourdes Alejandra Vergara-Hernández, Clara Teresita Morales-Álvarez, María Eugenia Barreto-Arias y Carlos Francisco Meza-García



Contenidos

NARRATIVA

203

Entre sombras y recuerdos: un vínculo de cuidado y compasión frente al Alzheimer

Lucely Maas Góngora, Susana Guadalupe Alegría Martínez y Lúbia del Carmen Castillo Arcos

215

CARTA AL EDITOR

Enfermería e inteligencia artificial: ¿futuro prometido o presente ignorado?

Juan Daniel Robles-Padilla

220

CARTA AL EDITOR

El cuidado cultural desde la enfermería: una necesidad estratégica para una atención humanizada en 2030

Juan Daniel Suárez-Máximo y Aurora de Jesús González Aburto

224

GUÍA DE AUTORES

REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI

225

INDEXACIONES

REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI

226

POLITICA EDITORIAL

REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI



227

AGRADECIMIENTOS

REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI

228

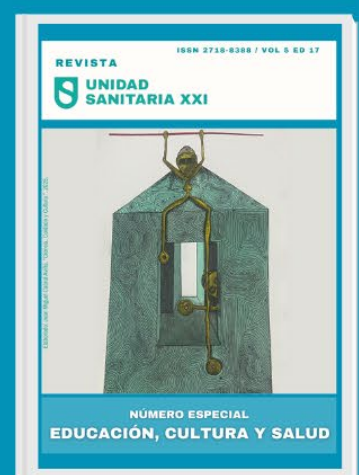
PÁGINA INSTITUCIONAL

REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI

229

CUERPO EDITORIAL

REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI



Corrector de estilo
Diseño y Diagramación
Llaudett Natividad Escalona Márquez
Juan Daniel Suárez Máximo
Ilustración de la portada
Juan Miguel Cabral Aviña

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación. La revista científica “Unidad Sanitaria XXI” se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Volumen: 5 Número: 17 Año: 2025 NÚMERO ESPECIAL “Enfermería, Cultura y Salud”.



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Equipo Editorial

Presidente

Director Editorial

Martin Maximiliano Alzuri (Argentina)

Vicepresidente

Codirectora Editorial

Stefanía Johanna Cedeño Tapia (Ecuador)

Editores Colaboradores Invitados

Juan Yovani Telumbre Terrero (México)

Lucero Fuentes Ocampo (México)

Juan Daniel Suárez Máximo (México)

Directora Comité Científico Interno

Llaudett Natividad Escalona Márquez (México)

Directora del Comité Científico Externo

Janet Mercedes Arévalo Ipanequé (Perú)

Consejo Fundador Permanente

Edna Johana Mondragón Sánchez (Colombia)

Comité Científico

Alejandra Meléndez González (Chile)

Antony Paul Espíritu Martínez (Perú)

Carlos Francisco Meza García (México)

César Manuel Narváez Sánchez (México)

Cintha Lucia Rodríguez Orozco (Ecuador)

Diana Marcela Prieto Romero (Colombia)

Diego Vidal Jackson Juárez (México)

Elizabeth Guzmán Ortiz (México)

Freddy Elías Perilla Portilla (Colombia)

Isabel Beristain García (México)

Jannette Marga Loza Sosa (Bolivia)

José Cirilo Castañeda Delfín (México)

Juan Daniel Suárez Máximo (México)

Lucero Fuentes Ocampo (México)

Magaly Nancy Camino Sánchez (Perú)

Margareth Nerly Villalobos Guiza (Colombia-Perú)

Martha Beatriz Mora Castro (Colombia)

Taycia Ramírez Pérez (Cuba-Ecuador)

Vanessa Martínez Buenaño (Venezuela-Ecuador)



Editores colaboradores invitados



Juan Yovani Telumbre Terrero 

Doctor en Salud Mental, Profesor de Tiempo Completo y Coordinador de la Licenciatura en Enfermería en la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante del Cuerpo Académico Consolidado "Enfermería, Salud y Educación", reconocido por el Sistema Nacional de Investigadores nivel I, además, cuenta con Perfil Deseable (PRODEP). Dirige tesis de licenciatura, maestría y doctorado con temáticas relacionadas con las conductas de riesgo como salud mental, adicciones y sexualidad, así como educación en salud.



Lucero Fuentes Ocampo 

Doctora en Ciencias de Enfermería, Docente de Tiempo Completo en el Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores nivel I y cuenta con Perfil Deseable (PRODEP). Dirige tesis de licenciatura, especialidad, maestría y doctorado con temáticas relacionadas con conductas adictivas, salud mental y sexualidad. Además es autora y coautora de artículos científicos y capítulos de libros de ciencias de la salud.



Juan Daniel Suárez Máximo 

Maestro en Salud Pública y Doctorante en Ciencias de Enfermería Universidad de Guanajuato. Actualmente se desempeña como Coordinador de la Vocalía México de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Es profesor certificado por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, impartiendo asignaturas en la Universidad Euro Continental y en la Universidad Americana de Puebla, donde también dirige tesis de licenciatura en Enfermería. Ha participado como autor y coautor en diversos artículos científicos en el área de la salud y la enfermería.



Enfermería, Cultura y Salud: Una triada para el desarrollo humano

Nursing, culture and health: a triad for human development

Enfermagem, cultura e saúde: uma tríade para o desenvolvimento humano

Juan Yovani Telumbre-Terrero

Definir el concepto de salud y a su vez comprender la relación con la cultura y la enfermería puede suponer una tarea simple o compleja, dado que suelen tener similitudes o discrepancias entre sí, pero comparten en común el abordaje biológico, psicológico y social de los seres humanos. Y es aquí donde emerge la complejidad del concepto, que está ligado no solo a la visión de un autor en particular, sino que incluye la época en la cual se está viviendo y el contexto cultural de cada grupo social, donde se adquieren significados y atributos de la salud que permiten una construcción objetiva y subjetiva de la misma¹.

Resulta importante comprender los conocimientos, prácticas, costumbres y valores del sujeto y su medio, el cual es denominado “cultura”, esto como una forma de entender la realidad y el proceso salud enfermedad de los sujetos, familias y comunidades²⁻³. Es a través de la cultura donde los sujetos realizan acciones para promover la salud y prevenir las enfermedades, en esta interrelación (Hombre- Cultura), el Profesional de Enfermería juega un papel fundamental en el otorgamiento de cuidados de enfermería a través de un pensamiento crítico, reflexivo y basado en evidencia, tomando como base las respuestas humanas y utilizando el proceso enfermero como método de cuidado⁴.

Por lo tanto, la salud y la cultura son dos conceptos distintos y ligados a la vez, dado que para tener un mayor conocimiento de las enfermedades de una sociedad (morbilidad y mortalidad) se hace evidente un abordaje integral que incluya aspectos sociológicos, antropológicos y biológicos que en una triangulación representen una visión sobre la salud y la enfermedad⁵. Es aquí donde el Desarrollo Humano supone la expresión de la libertad de las personas para vivir una vida prolongada, saludable y creativa en relación con su medio y a la vez que le permita participar activamente en el desarrollo sostenible y equitativo de la sociedad⁶.



Por consiguiente, resulta importante comprender la trascendencia de la cultura y sus implicaciones en la salud o la enfermedad, representando un punto de partida para que los profesionales de enfermería, al ser el medio de vinculación entre la comunidad y los servicios de salud, permitan fortalecer la atención en salud de los grupos vulnerables, contribuyendo de forma significativa en la calidad de vida de las personas ⁷. Finalmente es fundamental concebir la salud como un elemento sustancial de los seres humanos y que está determinado o influenciado por diversos factores de riesgo o de protección que tienen que ser abordados de manera particular y articulada por los profesionales de enfermería y de salud, organizaciones y por la propia sociedad contribuyendo a un bienestar colectivo.

REFERENCIAS:

1. Gradellini C, Gómez-Cantarino S, Domínguez-Isabel P, Molina-Gallego B, Mecugni D, Ugarte-Gurrutxaga MI. Cultural competence and cultural sensitivity education in university nursing courses: a scoping review. *Front Psychol.* 2021; 12:682920. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682920>
2. Franco-Giraldo Á. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. *Hacia Promoc Salud.* 2022;27(2):237–254. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.17>
3. Shokouh SMH, Arab M, Emamgholipour S, Rashidian A, Montazeri A, Zaboli R. Conceptual models of social determinants of health: a narrative review. *Iran J Public Health.* 2017;46(4):435–446.
4. Briñez-Ariza KJ, Ortiz-Whitaker MC, González-Soto CE. Etnoenfermería y teoría del cuidado cultural, evidencias metodológicas en la investigación en enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería (Montevideo).* 2024; 13(2): e3926. <https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.3926>.
5. Aparicio-Gómez OY, Ostos-Ortiz OL, von Feigenblatt OF. Competencia digital y desarrollo humano en la era de la inteligencia artificial. *Hallazgos.* 2023;20(40):217–235. <https://doi.org/10.15332/2422409X.9254>
6. Villarreal-Peralta EM, Zayas-Pérez F. Desarrollo humano y educación: una perspectiva de la educación enfocada al desarrollo humano. *Vértice Universitario.* 2021;23(90):28–39. <https://doi.org/10.36792/rvu.vi90.31>
7. Antoñanzas Serrano A, Gimeno Feliu LA. Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19: una revisión narrativa. *Rev Clin Med Fam.* 2022;15(1):12–19.

Para citar este documento



Telumbre-Terrero JY. Enfermería, Cultura y Salud: Una triada para el desarrollo humano *Rev. Unidad Sanit. XXI.* 2025; **5(17)**: 10-11. <https://doi.org/10.57246/khx4qc35>

Fecha de envío: 15/08/2025 **Fecha de aceptación:** 28/08/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

Doctor en Salud Mental. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-8695-7924> Correo: jtelumbre@pampano.unacar.mx



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

ARTÍCULO ORIGINAL

Violencia de pareja y asertividad sexual en mujeres adultas del noreste de México**Intimate partner violence and sexual assertiveness in adult women in northeastern Mexico.***Violência por parceiro íntimo e assertividade sexual em mulheres adultas no nordeste do México*

Reyna Torres-Obregón ^I
Isaí Arturo Medina-Fernández ^{II}
Ana Laura Carrillo-Cervantes ^{III}
Cecilia Ixel Mazatán-Ochoa ^{IV}
Josué Arturo Medina-Fernández ^V
Marily Daniela Amaro-Hinojosa ^{VI}

RESUMEN

Introducción. La falta de asertividad sexual en relaciones de pareja puede contribuir a la perpetuación de dinámicas abusivas, ya que las víctimas pueden sentirse incapaces de comunicar sus necesidades o rechazar comportamientos inapropiados. **Objetivo** Analizar la correlación entre violencia de pareja y asertividad sexual en mujeres adultas. **Métodos.** Diseño descriptivo correlacional. Muestra de 245 mujeres adultas. Muestreo no probabilístico por conveniencia. **Resultados.** Se encontró una correlación negativa y significativa entre violencia de pareja y asertividad sexual en mujeres adultas. **Discusión.** La falta de asertividad sexual puede llevar a situaciones de abuso, en las que las mujeres sienten que no tienen el derecho de negarse a las demandas de sus parejas o de expresar sus propios deseos. **Conclusiones.** Al empoderar a las mujeres a través del desarrollo de habilidades asertivas, se puede contribuir a la reducción de la violencia de pareja y a la creación de relaciones más sanas y equitativas.

Palabras clave: Asertividad; Mujeres; Salud Sexual; Violencia contra la Mujer; Violencia de Pareja.

Para citar este documento



Torres-Obregón R, Medina-Fernández IA, Carrillo-Cervantes AL, Mazatán-Ochoa CI, Medina-Fernández JÁ y Amaro-Hinojosa MD. Violencia de pareja y asertividad sexual en mujeres adultas del noreste de México. *Rev. Unidad Sanit. XXI.* 2025; 5(17): 12-20. <https://doi.org/10.57246/xjnd0s65>

Fecha de envío: 21/04/2025 **Fecha de aceptación:** 13/08/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

^I Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. <https://ORCID.org/0000-0003-3546-6970>. Correo: reyna.torres@uadec.edu.mx

^{II} Doctor en Salud Pública. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. <https://ORCID.org/0000-0003-2845-4648>. Correo: isai-medina@uadec.edu.mx

^{III} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. <https://ORCID.org/0000-0003-2920-4675>. Correo: anacarrillo@uadec.edu.mx

^{IV} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. <https://ORCID.org/0000-0002-3656-3986>. Correo: cecilia.mazatan@uadec.edu.mx

^V Doctor en Salud Pública. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Chetumal, México. <https://ORCID.org/0000-0003-0588-9382>. Correo: josue.medina@uqroo.edu.mx

^{VI} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, México. <https://ORCID.org/0000-0002-3250-492X>. Correo: damaro@uach.mx



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

ABSTRACT

Introduction: A lack of sexual assertiveness in relationships can contribute to the perpetuation of abusive dynamics, as victims may feel unable to communicate their needs or reject inappropriate behavior. **Objective:** To analyze the correlation between intimate partner violence and sexual assertiveness in adult women. **Methods.** Correlational descriptive design. Sample of 245 adult women. Non-probabilistic convenience sampling. **Results:** A negative and significant correlation was found between intimate partner violence and sexual assertiveness in adult women. **Discussion:** A lack of sexual assertiveness can lead to abusive situations, in which women feel that they do not have the right to refuse their partners' demands or to express their own desires. **Conclusions:** By empowering women through the development of assertive skills, you can contribute to the reduction of intimate partner violence and the creation of healthier and more equitable relationships.

Keywords: Assertiveness; Intimate Partner Violence; Sexual Health; Violence Against Women; Women.

RESUMO

Introdução. A falta de assertividade sexual nos relacionamentos pode contribuir para a perpetuação de dinâmicas abusivas, pois as vítimas podem se sentir incapazes de comunicar suas necessidades ou rejeitar comportamentos inadequados. **Objetivo:** Analisar a correlação entre violência por parceiro íntimo e assertividade sexual em mulheres adultas. **Métodos.** Desenho descritivo correlacional. Amostra de 245 mulheres adultas. Amostragem de conveniência não probabilística. **Resultados.** Foi encontrada correlação negativa e significativa entre violência por parceiro íntimo e assertividade sexual em mulheres adultas. **Discussão.** A falta de assertividade sexual pode levar a situações abusivas, nas quais as mulheres sentem que não têm o direito de recusar as exigências de seus parceiros ou de expressar seus próprios desejos. **Conclusões.** Ao empoderar as mulheres por meio do desenvolvimento de habilidades assertivas, você pode contribuir para a redução da violência por parceiro íntimo e a criação de relacionamentos mais saudáveis e equitativos.

Palavras-chave: Assertividade; Saúde Sexual; Mulheres; Violência contra a Mulher; Violência por Parceiro Íntimo.



INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja es un fenómeno social de gran relevancia y complejidad que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud¹ aproximadamente 1 de cada 3 mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja a lo largo de su vida². Este tipo de violencia no solo tiene consecuencias físicas, sino que también impacta profundamente en la salud mental, la autoestima y el bienestar emocional de las víctimas³. En este contexto, la asertividad sexual (AS) emerge como un aspecto crucial en la prevención y abordaje de la violencia de pareja. La AS se refiere a la capacidad de una persona para comunicar de manera clara y efectiva sus deseos, necesidades y límites en el ámbito sexual, lo que puede empoderar a las mujeres a establecer relaciones más saludables y equitativas.⁴

La violencia de pareja puede manifestarse de diversas formas, incluyendo el abuso físico, emocional, psicológico y sexual. Las dinámicas de poder y control que suelen estar presentes en estas relaciones dificultan que las mujeres ejerzan su autonomía y tomen decisiones informadas sobre su vida sexual. La falta de AS puede llevar a situaciones de abuso, en las que las mujeres sienten que no tienen el derecho de negarse a las demandas de sus parejas o de expresar sus propios deseos. En este sentido, el desarrollo de habilidades asertivas se convierte en una herramienta fundamental para la prevención de la violencia y la promoción de relaciones saludables.⁵

Diversos estudios⁶⁻¹⁰ han demostrado que las mujeres que practican la AS tienden a tener relaciones más satisfactorias y menos propensas a la violencia. Fomentar la comunicación abierta y el respeto mutuo en las relaciones puede ser un factor protector contra la violencia de pareja, promoviendo un entorno en el que las mujeres se sientan seguras para expresar sus necesidades y límites.¹¹

El empoderamiento de las mujeres a través de la educación en AS no solo les proporcionará herramientas para defender sus derechos, sino que también contribuye a la construcción de relaciones basadas en el respeto y la igualdad.¹²

Sin embargo, a pesar de la importancia de la asertividad sexual en la prevención de la violencia de pareja, existen múltiples barreras que limitan su implementación como factores culturales,



sociales y educativos pueden influir en la forma en que las mujeres perciben y ejercen su derecho a la asertividad.¹³ Por tal motivo, es fundamental abordar este tema desde una perspectiva integral que contemple tanto la educación preventiva sobre asertividad sexual como la concientización sobre la violencia de pareja, creando espacios seguros donde las mujeres puedan aprender y practicar estas habilidades. Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar la correlación entre violencia de pareja y asertividad sexual en mujeres adultas.

“Qué se conoce”

La AS en mujeres adultas es un aspecto importante del bienestar emocional y físico, y se refiere a la capacidad de expresar y manejar sus necesidades y deseos sexuales, necesidades y límites en el ámbito sexual, lo que puede empoderar a las mujeres a establecer relaciones más saludables y equitativas.

“Qué aporta”

Conocimiento a cerca de la interacción entre el fenómeno de la violencia de pareja y la AS en mujeres adultas del noreste de México. Los resultados apoyarán a la ciencia de enfermería a fortalecer la atención integral centrada en la salud física, mental y emocional de las mujeres adultas.

MÉTODOS

El estudio tuvo un diseño descriptivo correlacional. La muestra estuvo formada por 245 mujeres de centros de salud de atención primaria del noreste de México. El muestreo fue de tipo no probabilístico. Como criterios de inclusión se consideraron tener entre 40 y 60 años de edad, tener una relación de pareja y relaciones sexuales al menos en los últimos seis meses.

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico para obtener datos como la edad, el estado civil, número de parejas sexuales y tiempo de relación con la pareja.

Para medir la violencia de pareja se utilizó la Escala de violencia e Índice de severidad¹⁴. Cuenta con 19 ítems con respuesta tipo Likert de 1 (nunca) a 4 (muchas veces). La puntuación oscila entre 19 y 74, en donde una puntuación de 19 indica que la mujer no ha sido víctima de ningún tipo de violencia y mayor de 20 indica que la mujer ha sufrido algún tipo de violencia durante su relación. De acuerdo con estudios se tiene una confiabilidad aceptable de 0.90¹⁴, en el presente estudio obtuvo una confiabilidad de 0.91.



Por otro lado, para medir la AS se usó la Escala de Asertividad sexual de Torres-Obregón¹⁵, la cual cuenta con 18 ítems agrupados en 3 subescalas: Inicio, Rechazo y Prevención de embarazo-infecciones de transmisión sexual. Los ítems cuentan con respuestas tipo Likert que van desde 0 (nada) hasta 4 (siempre). La puntuación de la escala global oscila entre 0 y 72 y las puntuaciones de cada subescala, entre 0 y 24; mayores puntuaciones indican mayor AS. El presente estudio obtuvo una confiabilidad de 0.88.

Cabe mencionar que el estudio se apegó a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de México¹⁶ y contó con la aprobación de un Comité de Ética en Investigación de una Universidad pública del noreste de México, considerando el riesgo mínimo con el que cuenta el estudio se entregó tarjetas informativas a las participantes.

Dentro de los centros de salud se invitó a participar a las mujeres que acudían a cualquier servicio de salud, se les explicaba el objetivo del estudio brindándoles tiempo para leer el consentimiento informado si aceptaban y cumplían con los criterios de inclusión, se les asignaba un lugar en donde se cuidó en todo momento su privacidad, ya que las escalas deben contestarse de forma individual y privada, al finalizar se le agradecía por su tiempo y participación.

A través del paquete estadístico SPSS versión 27, se analizaron los datos, con estadística descriptiva y coeficientes de correlación de Spearman debido a su distribución no normal (Da=.456).

RESULTADOS

Se obtuvo una media de edad fue de 46 años (DE=6.19), y una media en el tiempo de relación de 26 años (DE=6.19), el estado civil que predominó fue casada, así mismo casi la mitad de la muestra reportó tener solo 1 pareja sexual a lo largo de su vida, ver tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres participantes

Características Sociodemográficas	Opciones de respuesta	Porcentaje
Estado civil	Soltera	25%
	Casada	59%
	Viuda	10%
	Divorciada	6%



	1	46%
Número de parejas sexuales	2-3	32%
	3-5	20%
	5 o más	2%

Fuente: Propia

La violencia de pareja tuvo una media de 22.63 (DE=5.29), lo cual indica, que las participantes reportaron que al menos una vez han recibido algún tipo de violencia (física, psicológica o sexual) de parte de su pareja y en relación con la AS presentó una media de 27.43 (DE=6.02), lo cual indica que las mujeres tienen baja asertividad sexual.

Tabla 2. Estadística descriptiva de las variables de estudio

Variable	Media	Desviación estándar
Violencia de pareja	22.63	5.29
Asertividad sexual	27.43	6.02
Inicio	11.94	3.10
Rechazo	10.87	3.07
Prevención E-ITS	11.03	2.98

Fuente: Propia

Finalmente, para dar respuesta al objetivo del estudio, a través de un análisis de correlación de Spearman, se encontró una correlación negativa y significativa entre y violencia de pareja y asertividad sexual ($r_s = -.306, p < .001$). Es decir, entre más presencia de violencia de pareja menor es la asertividad en las mujeres.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analiza un aporte importante en relación con la salud sexual de las mujeres adultas. Se evidenció que la mayoría de las mujeres adultas reportó que ha sido víctima de violencia de pareja a lo largo de su vida, a su vez también se encontró que la mayor parte tiene bajo nivel de AS, con ello se deja de manifiesto las posibles dinámicas de poder y control que suelen estar presentándose en las familias mexicanas, lo cual dificulta que las mujeres ejerzan su autonomía y tomen decisiones informadas y consensuadas sobre su vida sexual.¹⁷⁻¹⁹ En relación con la violencia de pareja y AS, los hallazgos muestran que a mayor violencia de pareja menor AS. Estos resultados concuerdan con lo reportado diversos autores²⁰⁻²⁵, quienes encontraron una relación negativa entre violencia de pareja y asertividad sexual en mujeres. Esto pudiera deberse a que la capacidad de una mujer que es víctima de cualquier tipo de violencia por parte de su pareja se ve limitada a expresar sus pensamientos y deseos con



relación a su vida sexual. Sin embargo, la identificación de esta problemática depende del contexto social y cultural de las mujeres mexicanas ya que en algunos casos consideran ser merecedoras de las agresiones recibidas o no se percatan de que están siendo víctimas de violencia, por lo que eso pudiera estar afectando de forma importante la asertividad sexual de esta población vulnerable.²⁶

Limitaciones del estudio

Es importante considerar que los datos fueron recabados solo en una región del noreste de México por lo que es imposible poder generalizar los datos, a lo cual se recomienda seguir estudiando dicha problemática de salud sexual de forma nacional.

Contribuciones a los campos de las disciplinas sociosanitarias, salud y educación.

Con los resultados se podrá conocer la problemática lo cual servirá como base para la creación y apoyo a la ciencia de enfermería para la creación de programas educativos y/o preventivos en relación con la violencia de pareja y salud sexual en las mujeres adultas.

CONCLUSIÓN

Se concluye que las mujeres adultas del noreste de México han sido víctimas de violencia de pareja, además de tener baja asertividad sexual.

Finalmente se concluye que la violencia de pareja se relaciona negativamente con la asertividad sexual en las mujeres adultas. Por lo cual la asertividad sexual podría emerger como un aspecto crucial en la prevención y abordaje de diferentes problemas de Salud Pública como lo es la violencia hacia las mujeres.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Violencia en mujeres. <https://tinyurl.com/27w98s6s>
2. Becerra Gálvez AL, Pérez Ortiz A. Violencia de pareja y sintomatología mixta en mujeres mexicanas durante la pandemia por COVID-19. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*. 2024;12(26):1–13. <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2024.26.88491>.
3. Javier-Juárez SP, Hidalgo-Rasmussen CA, Ramírez-Cruz JC. Patrones de violencia en las relaciones de pareja en adolescentes: una revisión sistemática de la literatura. *Acta Colomb Psicol*. 2023;26(1):56–77. <https://doi.org/10.14718/ACP.2023.26.1.5>.
4. Santos-Iglesias P, Sierra JC. El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *Int J Clin Health Psychool*. 2010;3:553-77. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33714079010>



5. Ascensio Martínez C. Terrorismo íntimo: violencia de pareja, feminicidio y confinamiento. *Acta Sociol.* 2023;(90):81–112. <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2023.90.86273>.
6. Gonzales Ruiz EY, Valderrama Varas GJ, Salirrosas Cabada RI. Hombres víctimas de violencia de pareja: una revisión sistemática. *PsiqueMag.* 2023;12(1):31–44. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v12i1.2342>
7. Jaen Cortés C, Rivera Aragón S, Amorin de Castro E, Rivera Rivera L. Violencia de pareja en mujeres: Prevalencia y factores asociados. *Acta Investig Psicol.* 2015;5(3):224–39. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30012-6](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30012-6)
8. Muñoz Chávez F, Santa Cruz Tardío MS. La autoestima como variable moderadora en la relación entre la asertividad sexual y violencia de pareja en mujeres de Lima Metropolitana [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023. <https://tinyurl.com/yruy77t4>
9. Pérez Vizcarra XI, Rodríguez Rojas MG. Asertividad sexual y violencia en el noviazgo en estudiantes de psicología de una universidad nacional de Arequipa, 2020 [tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad César Vallejo; 2021. <https://tinyurl.com/23kyk7j8>
10. Castro Pereyra RM, Yovera Ramos JJ. Asertividad sexual y violencia de pareja en jóvenes del distrito de Puente Piedra, Lima – 2022 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023. <https://tinyurl.com/yj63d2kk>
11. Cardoza Oviden WCS, Galarreta Aguilar CR. Asertividad sexual, alexitimia y violencia de pareja en estudiantes universitarios de la ciudad de Trujillo [tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2024. <https://tinyurl.com/3at3t6pc>
12. López-Alvarado S, Enzlin P, Van Parys H. Young women’s experiences with sexual assertiveness in Cuenca, Ecuador: an interpretative phenomenological analysis. *Sex Relat Ther.* 2025;40(1):107–27. <https://doi.org/10.1080/14681994.2024.2306299>
13. Widman L, Golin CE, Kamke K, Burnette JL, Prinstein MJ. Sexual assertiveness skills and sexual decision-making in adolescent girls: randomized controlled trial of an online program. *Am J Public Health.* 2018;108(1):96–102. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304106>.
14. López-Alvarado SL, Van Parys H, Jerves E, Enzlin P. Development of sexual assertiveness and its function for human sexuality: a literature review. *Rev Interam Psicol.* 2020;54(2):1. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.948>
15. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina M, Salgado N, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública Méx.* 2006;48:221-31. Recuperado de: <https://tinyurl.com/4v92d954>
16. Torres-Obregón R, Onofre-Rodríguez DJ, Sierra JC, Benavides-Torres RA, Garza-Elizondo ME. Validación de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) en mujeres mexicanas. *Suma Psicológica.* 2017;24:34-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.01.001>
17. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado de: <https://tinyurl.com/4ytxckrm>
18. Hurlbert DF, Apt C, White J. The role of assertiveness in female sexuality: a comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Arch Sex Behav.* 1991;20(3):287–302. <https://doi.org/10.1007/BF01541972>.
19. Chizary M, Ghaffari M, Moghaddam M, Karami M. The effect of cognitive-behavioral therapy and sexual health education on sexual assertiveness of newly married women. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04708-w>
20. Torres-Obregon, Reyna; Onofre-Rodríguez, Dora Julia; Sierra, Juan Carlos; Granados, Reina; Garza-Elizondo, María Eugenia; Benavides-Torres, Raquel Alicia. Factores interpersonales



- como predictores de la autoestima sexual en mujeres del noreste de México. *Revista Int Andrología*. 2019,17(2): 55-59. <https://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2018.03.003>
21. Aguirre, Lizeth, Juárez Gabriela y Rosa Seperak. Asertividad, autoestima y violencia en la pareja en estudiantes universitarios arequipeños. *Avances de Psicología*. 2024,32(2):1-15. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2024.v32n2.3305>
22. Sierra JC, Arcos-Romero AI, Álvarez-Muelas A, Cervilla O. The impact of intimate partner violence on sexual attitudes, sexual assertiveness, and sexual functioning in men and women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):594. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020594>.
23. Morazzani SC. Asertividad sexual y actitudes hacia la violencia contra la pareja en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Autónoma del Perú; 2023. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/2853>.
24. Castro RM, Yovera JJ. Asertividad sexual y violencia de pareja en jóvenes del distrito de Puente Piedra, Lima – 2022 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/126554>.
25. Aguirre L, Juárez G, Seperak R. Asertividad, autoestima y violencia en la pareja en estudiantes universitarios arequipeños. *Av Psicol*. 2024;32(2):e3305. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2024.v32n2.3305>.
26. Javier-Juárez SP, Hidalgo-Rasmussen CA, Ramírez-Cruz JC. Patrones de violencia en las relaciones de pareja en adolescentes: una revisión sistemática de la literatura. *Acta Colomb Psicol*. 2023;26(1):56–77. <https://doi.org/10.14718/ACP.2023.26.1.5>.
27. Ballina Soberanis IG, Canché Chávez NF, Che Chab YI, Flores Montejo YM, Ontiveros Canché AA. Estilos de apego y violencia de pareja recibida y ejercida en varones emergentes y maduros. *Rev Mex Investig Psicol*. 2023;15(1):69–80. <https://doi.org/10.32870/rmip.v15i1.611>.



ARTÍCULO ORIGINAL

Consumo de alcohol y violencia física en el noviazgo en jóvenes del sureste mexicano

Alcohol Consumption and Physical Dating Violence Among Young People in Southeastern Mexico

Consumo de álcool e violência física no namoro entre jovens do sudeste do México

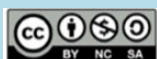
Pedro Moisés Noh-Moo^I
Lubia del Carmen Castillo Arcos^{II}
Roberto Joel Tirado Reyes^{III}
Jesús Alcocer Carranza^{IV}
Sylvia Claudine Ramírez-Sánchez^V
Rosalía Silva-Maytorena^{VI}

RESUMEN

Introducción: El consumo de alcohol se ha asociado con conductas violentas, incluyendo episodios de agresión física en las relaciones de noviazgo. **Objetivo:** Conocer la relación entre el consumo de alcohol y la violencia física en el noviazgo en jóvenes. **Métodos:** Estudio observacional realizado en 201 estudiantes universitarios. Se aplicó una cédula de datos sociodemográficas, la Prueba de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y la Escala de Violencia en el Noviazgo. **Resultados:** El 71,1% reportó consumo de alcohol en el último año, de los cuales el 35% presentó un consumo dependiente. Asimismo, el 48,3 % reportó haber sufrido al menos un acto de violencia física durante su relación. Existe diferencias significativas entre las variables ($\chi^2= 12,63, p=0,001$). **Discusión y Conclusiones:** Los hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias de prevención y detección oportuna, con un enfoque en la promoción de relaciones saludables y la reducción del consumo de alcohol en contextos universitarios.

Palabras clave: Adulto joven; Consumo de Alcohol en la Universidad; Consumo de bebidas alcohólicas; Estudiantes; Violencia de pareja.

Para citar este documento



Noh-Moo PM, Castillo-Arcos LC, Tirado-Reyes RJ, Alcocer-Carranza J, Ramírez-Sánchez SC y Silvia-Maytorena R. Consumo de alcohol y violencia física en el noviazgo en jóvenes del sureste mexicano. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(17) 21-34. <https://doi.org/10.57246/wt4d2g93>

Fecha de envío: 22/04/2025 Fecha de aceptación: 29/07/2025 Fecha de publicación: 30/09/2025

^I Doctor en Ciencias de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen, Campeche, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0003-1580-5533> Correo: moises_3192@hotmail.com

^{II} Doctora en Ciencias de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen, Campeche, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-4368-4735> Correo: lcastillo@pampano.unacar.mx

^{III} Doctor en Educación. Facultad de Enfermería Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán, Sinaloa, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-1492-7507> Correo: robertojr@uas.edu.mx

^{IV} Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-4538-5931> Correo: sliverecarranzajesus@gmail.com

^V Doctora en Educación. Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Siglo XXI. Ciudad de México, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-9771-9323> . Correo: sylvia.ramirez@imss.gob.mx

^{VI} Doctora en Educación. Instituto Mexicano del Seguro Social, H.G.Z IV/M.F No. 8. Tijuana, Baja California, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-8262-5298> . Correo: rosaliasilvamaytorena@gmail.com



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

ABSTRACT

Introduction: Alcohol consumption has been associated with violent behaviors, including episodes of physical aggression in dating relationships. **Objective:** To know the relationship between alcohol consumption and physical dating violence in young people. **Methods:** Observational study carried out in 201 university students. A sociodemographic data card, the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) and the Dating Violence Scale were applied. **Results:** 71.1% reported alcohol consumption in the last year, of which 35% had dependent consumption. Likewise, 48.3% reported having suffered at least one act of physical violence during their relationship. There are significant differences between the variables ($\chi^2= 12.63$, $p=0.001$). **Discussion and Conclusions:** The findings highlight the need to implement prevention and timely detection strategies, with a focus on promoting healthy relationships and reducing alcohol consumption in university contexts.

Keywords: Alcohol Drinking; Alcohol Drinking in College; Intimate Partner Violence; Students; Young Adult.

RESUMO

Introdução: O consumo de álcool tem sido associado a comportamentos violentos, incluindo episódios de agressão física em relacionamentos de namoro. **Objetivo:** Conhecer a relação entre o consumo de álcool e a violência física no namoro em jovens. **Métodos:** Estudo observacional realizado em 201 estudantes universitários. Foram aplicados um cartão de dados sociodemográficos, o Teste de Identificação de Transtorno por Uso de Álcool (AUDIT) e a Escala de Violência no Namoro. **Resultados:** 71,1% relataram consumo de álcool no último ano, dos quais 35% tinham consumo dependente. Da mesma forma, 48,3% relataram ter sofrido pelo menos um ato de violência física durante o relacionamento. Existem diferenças significativas entre as variáveis ($\chi^2= 12,63$, $p=0,001$). **Discussão e Conclusões:** Os resultados evidenciam a necessidade de implementação de estratégias de prevenção e detecção atempada, com foco na promoção de relações saudáveis e na redução do consumo de álcool em contextos universitários.

Palavras-chave: Adulto Jovem; Consumo de Bebidas Alcoólicas; Consumo de Álcool na Faculdade; Estudantes; Violência por Parceiro Íntimo.



INTRODUCCIÓN

Las instituciones escolares de nivel superior constituyen espacios propicios para el desarrollo de relaciones afectivas que, en muchos casos, dan lugar al noviazgo. Esta etapa se considera un periodo de conocimiento mutuo, donde dos personas buscan agradarse, compartir tiempo juntas y expresar emociones como el amor y la felicidad. No obstante, durante el transcurso de estas relaciones pueden surgir dinámicas de inequidad y dominación por parte de uno de los miembros de la pareja, lo que puede derivar en situaciones de violencia en el noviazgo^{1,2}.

La violencia en el noviazgo se define como la ocurrencia de agresiones físicas, psicológicas o sexuales entre los miembros de una pareja³. En este contexto, la violencia física representa un problema significativo de salud pública, cuyas consecuencias pueden impactar la salud física y mental de las víctimas tanto a corto como a largo plazo, incluyendo embarazos no deseados, depresión, consumo de sustancias psicoactivas e incluso suicidio⁴.

A nivel mundial, se estima que uno de cada seis jóvenes ha experimentado violencia en sus relaciones de noviazgo⁵. Este tipo de violencia afecta con mayor frecuencia a las mujeres: aproximadamente el 24 % de todas las mujeres que han tenido una relación han sido víctimas de violencia física por parte de su pareja⁶. En México, los datos reflejan que el 43,9 % de las jóvenes ha vivido algún tipo de violencia por parte de su pareja, con una prevalencia de violencia física del 17,9 %. Entre los actos más reportados se encuentran empujones o jalones de cabello (13,8 %), bofetadas (11,3 %) y golpes con el puño o con objetos (8,1 %)⁷.

Uno de los factores vinculado con la violencia física en el noviazgo es el uso de sustancias, particularmente, el consumo de alcohol. La ingesta de esta sustancia incrementa el riesgo de agresiones, ya que afecta el juicio, la autorregulación emocional y la percepción del riesgo, facilitando conductas violentas dentro de la pareja⁸⁻¹⁰.

Pese a sus efectos, las conductas asociadas al consumo de alcohol suelen ser minimizadas, especialmente por los jóvenes, quienes tienden a considerar que solo el consumo excesivo o perjudicial genera daño. Sin embargo, la evidencia demuestra que incluso niveles bajos de consumo pueden alterar el juicio, disminuir la percepción del riesgo y dificultar la identificación de situaciones peligrosas. Por tanto, el alcohol actúa como un facilitador o



precipitante en la victimización, particularmente en casos de agresión física en el noviazgo¹¹⁻¹³.

En México, se registra que el 53,6% de las muertes anuales relacionadas con actos violentos vinculados al consumo de sustancias adictivas, principalmente el alcohol¹⁴. Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), en el grupo etario de 18 a 25 años, el 77,3 % ha consumido alcohol alguna vez en su vida, el 53,3 % lo ha hecho en el último año y el 39,9 % en el último mes. Asimismo, se observó un incremento en el consumo excesivo mensual, al pasar del 13,9 % en 2011 al 22,1 % en 2017, con una prevalencia más alta en la región sureste del país (28,5 %) en comparación con la media nacional (19,8 %)¹⁵.

De tal manera que, el consumo de alcohol en relaciones de noviazgo entre jóvenes universitarios representa una problemática social relevante, debido a los múltiples riesgos que conlleva tanto para quienes consumen como para sus entornos relacionales. Por tal motivo, resulta pertinente abordar esta problemática desde una perspectiva científica que permita una comprensión más amplia del vínculo entre consumo de alcohol y violencia física en el noviazgo en la población universitaria.

El objetivo del estudio fue conocer la relación entre el consumo de alcohol y la violencia física en las relaciones de noviazgo en jóvenes universitarios del sur de México. Los resultados de este estudio contribuirán en un futuro a la generación de intervenciones que ayuden a la prevención del consumo de alcohol y la violencia física en las relaciones de noviazgo en jóvenes.

MÉTODOS

Diseño

Se llevó a cabo un estudio con un enfoque cuantitativo, de tipo observacional y transversal durante el periodo agosto 2023-diciembre 2024¹⁶. La población de interés estuvo constituida por jóvenes universitarios. La muestra estuvo integrada por 201 participantes seleccionados a través de un muestreo a conveniencia bajo los siguientes criterios: edad entre 18 y 29 años, de ambos sexos, residir en Ciudad del Carmen, Campeche, México y estar inscrito en el periodo escolar enero 2023-junio 2024.

Instrumentos de medición



Para la medición de las variables de se utilizó una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA), y dos instrumentos autoadministrados. La CDPYPCA se estructuró en tres apartados, el primer apartado recabó información relacionado con la edad, sexo, si trabaja, estado civil. El segundo apartado recolectó información acerca de la relación de noviazgo del joven, el tipo de relación que mantiene, edad de la primera relación, número de novios y tiempo de la relación. El tercer apartado indagó acerca de las prevalencias del consumo de alcohol; alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y durante los últimos siete días y el número de bebidas alcohólicas consumidos por ocasión de consumo.

El primer instrumento utilizado fue la Prueba de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁷ y adaptada a población mexicana con sensibilidad y especificidad por arriba de 80%, así como adecuada confiabilidad interna ($\alpha = 0,81$)¹⁸.

El AUDIT es una herramienta de tamizaje que evalúa el consumo excesivo de alcohol durante los últimos 12 meses y permite clasificar a los individuos en patrones de consumo de riesgo, dependiente o perjudicial. El cuestionario está compuesto por 10 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, que van de 0 a 4 puntos, lo que permite una puntuación total que oscila entre 0 y 40. La interpretación de los puntajes se establece de la siguiente manera: de 1 a 3 puntos se considera consumo de riesgo, de 4 a 7 puntos consumo dependiente y mayores a 8 puntos consumo perjudicial¹⁷. El cuestionario ha sido aplicado en población mexicana mostrando una sensibilidad del 80% y una especificidad del 89%.¹⁸ En el presente estudio, el instrumento mostró una confiabilidad interna $\alpha = 0,79$.

El segundo instrumento fue la Escala de Violencia en el Noviazgo, desarrollada por el Instituto Mexicano de la Juventud¹⁹. Aunque el instrumento original consta de 14 secciones, para los fines de este estudio se utilizó únicamente el apartado correspondiente a la violencia física, con el objetivo de evaluar la prevalencia y frecuencia de este tipo de agresiones percibidas por los jóvenes. Esta sección incluye 11 reactivos que exploran si la pareja ha ejercido conductas como empujones, bofetadas, golpes, quemaduras, lanzamiento de objetos pesados, patadas, mordeduras, intentos de estrangulamiento, agresión a la pared u objetos personales, o amenazas con armas blancas. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de tres puntos: 0 (ninguna vez), 1 (una vez) y 2 (varias veces), con una puntuación total que puede variar entre



0 y 24. Esta escala ha demostrado una consistencia interna aceptable en población mexicana, alcanzando en el presente estudio un coeficiente de confiabilidad de $\alpha = 0,70$.

Procedimiento de colecta de los datos

Previamente a la recolección de datos, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Departamento de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma del Carmen, así como la autorización de la institución educativa en la que se llevó a cabo el estudio. Posteriormente, se acudió al plantel para explicar a los directivos el propósito del estudio y solicitar las listas de estudiantes legalmente inscritos, organizadas por edad y sexo.

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo aleatorio simple, utilizando una hoja de cálculo en Microsoft Excel. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en los horarios de clase, previa invitación a los estudiantes seleccionados. A quienes aceptaron participar, se les entregó el consentimiento informado, el cual fue leído y firmado antes de su inclusión en el estudio.

Una vez obtenido el consentimiento, se aplicaron los instrumentos de medición, precedidos por una lectura de los objetivos del estudio y las instrucciones para su llenado. En todo momento se garantizó la confidencialidad, el anonimato y el respeto a la integridad de los participantes, conforme a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud²⁰.

Análisis estadístico

La captura y el análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23. Se empleó estadísticas descriptivas por medio de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Considerando la naturaleza de las variables y la escala de medición se utilizó la prueba de Chi-cuadrada para responder al objetivo del estudio.

Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del comité de Ética y de Investigación de la institución educativa superior donde se efectuó el estudio. Asimismo, se contó con el permiso de las autoridades educativas y con el consentimiento informado firmado por los participantes del estudio.

RESULTADOS



Este estudio consideró 201 participantes, y más de la mitad son mujeres (62,2%) con una media de edad de 22,4 años (DE = 2,28). La mayoría de los jóvenes son solteros (84%) y el 14,9% combina el trabajo con los estudios. En relación con las dinámicas de pareja, el 62,7% mantiene una relación de noviazgo, predominando el tipo de relación estable (46,8 %), seguido de la seria (27%) y, en menor proporción, la casual (17,5%). Respecto al número de parejas sentimentales, el 60.2% ha tenido un(a) novio(a), el 28,9 % ha tenido dos, y el 10.9 % ha tenido tres. En cuanto a la duración de la relación actual, prevalecen aquellas de más de un año (47,6 %), seguidas por las de tres a seis meses (19,8 %) y las de uno a tres meses (14,3%). Es relevante mencionar que la edad promedio de inicio en relaciones de noviazgo fue de 16,4 años (DE = 2,4).

En relación con el consumo de alcohol, se encontró que la edad promedio de inicio fue de 17,1 años (DE = 1,2), y el número promedio de bebidas alcohólicas ingeridas en un día típico fue de 7,2 (DE = 6,4). En cuanto a las prevalencias, el 89,6% de los participantes reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 71,1 % en el último año, el 33,3 % en el último mes y el 30,8 % durante los últimos siete días.

Los jóvenes obtuvieron un promedio de 7,2 puntos (DE= 5,1) en el instrumento AUDIT. Entre los jóvenes que consumieron alcohol en los últimos 12 meses, el 32,9 % presentó un consumo de riesgo. En la Tabla 1 se detallan los estadísticos descriptivos correspondientes a los ítems que conforman esta dimensión.

Tabla 1. Frecuencias y proporciones de los indicadores de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT (consumo de riesgo)

Ítems	f	%
1. ¿Qué tan frecuente consumen alguna bebida alcohólica?		
Una vez al mes	92	64,3
De 2 a 4 veces al mes	47	32,9
De 2 a 3 veces a la semana	4	2,8
2. ¿Cuántas bebidas tomas en un día típico de lo que bebes?		
1 o 2	21	14,7
3 o 4	60	42,0
5 o 6	11	7,7
7, 8 o 9	26	18,2
10 o mas	25	17,5
3. ¿Qué tan frecuentes tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?		
Nunca	42	29,4
Menos de una vez al mes	72	50,3
Mensualmente	24	16,8
Semanalmente	5	3,5

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n= 143



Asimismo, se encontró que el 35 % de los encuestados mostró indicadores de consumo dependiente, cuyos resultados por ítem se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Frecuencias y porcentaje de los indicadores del consumo de alcohol dependiente de alcohol de acuerdo con el AUDIT

Ítems	<i>f</i>	%
4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber?		
Nunca	105	73,4
Menos de una vez al mes	30	21,0
Mensualmente	5	3,5
Semanalmente	3	2,1
5. ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?		
Nunca	110	76,9
Menos de una vez al mes	22	15,4
Mensualmente	9	6,3
Semanalmente	2	1,4
6. ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de beber el día anterior?		
Nunca	103	72,0
Menos de una vez al mes	33	23,1
Mensualmente	5	3,5
Semanalmente	1	0,7
Diario o casi a diario	1	0,7

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 143

Por último, el 32.1 % reportó un consumo perjudicial, observándose los datos específicos de esta dimensión en la Tabla 3.

Tabla 3. Frecuencias y porcentaje de los indicadores del consumo perjudicial de alcohol de acuerdo con el AUDIT

Ítems	<i>f</i>	%
7. ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?		
Nunca	94	65,7
Menos de una vez al mes	26	18,2
Mensualmente	13	9,1
Semanalmente	10	7,0
8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?		
Nunca	99	69,2
Menos de una vez al mes	19	13,3
Mensualmente	25	17,5
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido por tu consumo de alcohol?		
No	120	83,9
Sí, pero no en el curso del último año	8	5,6
Si, el último año	15	10,5
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber?		
No	115	80,4
Sí, pero no en el curso del último año	4	2,8
Si, el último año	24	16,8

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 143



Respecto a la violencia física en el noviazgo, se identificó que los jóvenes en el cuestionario obtuvieron un promedio de 14,2 puntos (DE= 5,1). Entre los tipos de agresión más frecuentes se encuentran: bofetadas (20,4%), golpes reiterados por parte de la pareja (16,9%), empujones (14,5 %), patadas (17,4%), intentos de estrangulamiento (16,4 %), arañazos (10,4%) y conductas agresivas indirectas, como golpear la pared o romper objetos personales (10%) (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencias y porcentaje de los indicadores de violencia física

Violencia Física	Ninguna vez		Una vez		Varias veces	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Te ha empujado?	143	71,1	28	13,9	30	14,9
¿Te ha dado bofetadas?	144	71,1	41	20,4	16	8,0
¿Te ha arañado?	171	85,1	9	4,5	21	10,4
¿Te ha golpeado?	158	78,6	9	4,5	34	16,9
¿Te ha quemado?	181	90,0	4	2,0	16	8,0
¿Te ha tirado algo pesado?	172	85,6	16	8,0	13	6,5
¿Te ha pateado?	166	82,6	35	17,4	0	0,0
¿Te ha jalado el cabello?	156	77,6	28	13,9	17	8,5
¿Te ha tratado de estrangular?	149	74,1	33	16,4	19	9,5
¿Se ha puesto a golpear la pared, o romper tus objetos personales?	137	68,2	44	21,9	20	10,0
¿Te ha amenazado con alguna navaja, cuchillo u otra arma?	168	83,6	30	14,9	3	1,5

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, n= 201

En cuanto a la violencia física en el noviazgo y el tipo de relación (Tabla 5) se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,001$), donde el 25,4% y el 11,1% de los jóvenes con una relación estable y seria presentan mayor proporción de violencia física.

Tabla 4. Prueba de Chi Cuadrada para violencia física por el tipo de relación

Tipo de relación	Violencia Física				χ^2	Valor de <i>p</i>
	Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Nueva	0	0	1	0,8		
Casual	20	15,9	2	1,6		
Estable	32	25,4	27	21,4	20,14	0,001
Seria	14	11,1	20	15,9		
Comprometidos	2	1,5	8	6,4		

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje



En la Tabla 6 se observan diferencias estadísticamente significativas entre la violencia física y el tipo de consumo de alcohol según el AUDIT ($p = 0,002$). Se aprecia que el 18,2 % de los jóvenes con consumo de riesgo han experimentado violencia física. Esta proporción aumenta al 23,0 % entre quienes presentan un consumo dependiente, mientras que, en el grupo con consumo perjudicial, la prevalencia de violencia física es del 9,8%.

Tabla 6. Prueba de Chi Cuadrada para violencia física por el tipo de consumo de alcohol

AUDIT	Violencia Física				χ^2	Valor de p
	Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Riesgo	26	18,2	21	14,7	12,63	0,002
Dependiente	33	23,1	17	11,9		
Perjudicial	14	9,8	32	22,3		

Nota: *f*= frecuencia, % porcentaje

DISCUSIÓN

El presente estudio permitió identificar la relación entre el consumo de alcohol y la violencia física en las relaciones de noviazgo en una muestra de 201 estudiantes universitarios de una institución ubicada en Ciudad del Carmen, Campeche, México.

Los resultados evidenciaron una relación significativa entre el tipo de consumo de alcohol y la presencia de violencia física. En particular, los jóvenes que presentaron un patrón de consumo dependiente mostraron mayores proporciones de violencia en sus relaciones de pareja. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Collibee et al. (2019)⁸ y Ramos (2024)²¹, quienes señalan que el consumo excesivo de alcohol o los puntajes elevados en el AUDIT se asocian con una mayor incidencia de agresiones físicas en el noviazgo. Este vínculo puede explicarse desde una perspectiva neurocognitiva, dado que el alcohol actúa como un desinhibidor que reduce el autocontrol, deteriora la comunicación interpersonal y aumenta la probabilidad de ejercer conductas agresivas hacia la pareja²².

Asimismo, se identificaron prevalencias elevadas de consumo de alcohol superiores a las reportadas por la ENCODAT (2017)¹⁵, que documenta prevalencias del 77.3 % y 53.3 %, respectivamente. De igual manera, las prevalencias de consumo en el último mes y en los últimos siete días superaron los reportados por Betancourth-Zambran et al.²³ Estas diferencias



podrían estar relacionadas con variables sociodemográficas (sexo, edad, lugar de residencia) y factores culturales propios del entorno universitario, los cuales facilitan y normalizan el consumo de alcohol, con consecuencias negativas para el proyecto de vida y el bienestar de los jóvenes²⁴.

En promedio, los estudiantes reportaron la ingesta de siete bebidas alcohólicas por ocasión, una cifra superior a la encontrada por Betancourth-Zambrano et al.²³ Este resultado es especialmente relevante, considerando que los estudiantes universitarios representan una población en formación profesional que puede llegar a desempeñar roles de liderazgo social y ser referentes para sus pares²⁵.

El tipo de consumo más frecuente fue el dependiente, seguido del riesgoso y el perjudicial. Este patrón contrasta con lo señalado por Cooke et al.²⁶ quienes reportan una mayor prevalencia de consumo de bajo riesgo. No obstante, los resultados obtenidos en este estudio son coherentes con investigaciones que indican que el inicio del consumo en etapas tempranas, como la adolescencia, incrementa el riesgo de desarrollar patrones de consumo excesivo y dependencia a lo largo de la vida²⁷.

En lo que respecta a la violencia física en el noviazgo, se encontró que casi la mitad de la muestra ha sufrido algún tipo de agresión física en sus relaciones de pareja, hallazgo superior a la reportada por García-García et al. (2023)⁹ e Hidalgo-Rasmussen et al. (2024)¹¹. Las formas más comunes de violencia fueron bofetadas, golpes, empujones y arañazos, en concordancia con lo descrito por Ramos (2024)²¹, quien reportó que los universitarios reconocieron haber recibido al menos una vez por parte de su pareja, un empujón (12%), una bofetada (5,4%), golpes (6,6%) y mordidas (12%). Estas conductas pueden interpretarse como intentos disfuncionales de resolver conflictos o ejercer control y dominio dentro de la relación mediante el uso de la fuerza²⁸.

Otro hallazgo relevante fue la presencia de violencia física en relaciones consideradas estables o serias, lo cual coincide con estudios previos^{29,30}. Estos datos sugieren que la duración o la seriedad percibida de la relación no necesariamente actúan como factores protectores frente a la violencia. De hecho, el deterioro progresivo de aspectos como la satisfacción con la relación, la cohesión y la expresión afectiva podría incrementar el riesgo de comportamientos violentos en el tiempo³⁰.



Limitaciones del estudio

Entre las principales limitaciones se encuentra el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre el consumo de alcohol y la violencia física en el noviazgo. Asimismo, los datos fueron autoinformados, lo cual puede generar sesgos de deseabilidad social o subregistro de experiencias violentas y consumo de sustancias. La muestra fue seleccionada de una sola institución universitaria del sur de México, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos educativos. Finalmente, el uso de instrumentos autoadministrados pudo influir en la interpretación subjetiva de algunas preguntas.

Contribuciones a los campos de las disciplinas sociosanitarias, salud y educación.

Este estudio aporta evidencia empírica sobre la asociación entre el consumo de alcohol y la violencia física en el noviazgo en población universitaria, un tema de alta relevancia para las disciplinas sociosanitarias, de salud y educación. Los hallazgos permiten sustentar la necesidad de intervenciones preventivas desde un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de enfermería, trabajo social, psicología y educación. Asimismo, contribuyen al diseño de programas formativos orientados al desarrollo de habilidades psicoemocionales, la promoción de estilos de vida saludables y la construcción de relaciones afectivas libres de violencia dentro del entorno universitario.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este estudio evidencian una correlación significativa entre el consumo de alcohol y la violencia física en las relaciones de noviazgo entre jóvenes universitarios. El consumo dependiente se vinculó con una mayor proporción de agresiones físicas, lo que subraya el papel del alcohol como un factor de riesgo relevante en las dinámicas de pareja.

Asimismo, se identificaron niveles preocupantes de consumo de alcohol en esta población, tanto en frecuencia como en cantidad, superando las cifras nacionales previamente reportadas. Casi la mitad de los jóvenes encuestados refirió haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja, siendo más frecuentes las bofetadas, empujones y golpes. Destaca además que la violencia no se limita a relaciones casuales, sino que también se presenta en relaciones estables y serias.



Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de diseñar estrategias preventivas y de intervención desde el ámbito de la salud, particularmente desde la enfermería, que promuevan relaciones afectivas saludables y reduzcan el consumo nocivo de alcohol entre estudiantes universitarios.

REFERENCIAS

1. Cortaza-Ramírez L, Torres-Lagunas MÁ, Vega-Morales EG, André-Matos M, Hermida-Flores A. Violencia en las relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios de enfermería. *Horizonte sanitario* [Internet]. 2024; 23(1): 21-28. <https://acortar.link/1JUAsB>
2. Jaramillo CLC, Echavarría ZD, Gómez VM. Abordaje teórico y metodológico de la violencia psicológica en relaciones de pareja: un estado del arte. *Poiésis*. 2023; (44). <https://acortar.link/XiWCRo>
3. Shorey RC, Stuart GL, Cornelius TL. Dating violence and substance use in college students: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2011; 16(6): 541–550. DOI: [10.1016/j.avb.2011.08.003](https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.08.003)
4. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Datos y cifras [Internet]. 2021. <https://acortar.link/213A4>
5. Sardinha LM, Yüksel-Kaptanoğlu I, Maheu-Giroux M, García-Moreno C. Intimate partner violence against adolescent girls: regional and national prevalence estimates and associated country-level factors. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2024; 8(9): 636-646. <https://acortar.link/lMtLtS>
6. Organización Mundial de la Salud. Las adolescentes se enfrentan a tasas alarmantes de violencia de pareja [Internet]. 2024. <https://acortar.link/y4B1T7>
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH]. 2016. <https://acortar.link/DENP2Y>
8. Collibee C, Furman W, Shoop J. Risky Interactions: Relational and Developmental Moderators of Substance Use and Dating Aggression. *Journal of Youth and Adolescence* [Internet]. 2019; 48(1):102-113. DOI: [10.1007/s10964-018-0950-2](https://doi.org/10.1007/s10964-018-0950-2)
9. García-García P, Hinojosa-García L, Jiménez-Martínez AA, Guzmán-Facundo, FR. Violencia en el noviazgo asociada al consumo de alcohol en mujeres estudiantes de preparatoria en Matamoros, Tamaulipas. *SANUS Rev Enf* [Internet]. 2023; 8(19):359. <https://acortar.link/mlj1L>
10. Martínez-Godínez D, Gutiérrez-Ruiz MA, Soto-Cisneros DM, Rodríguez-Nava VF, Gómez-Cardona JP, Rodríguez-Ramírez JM. Relación entre consumo de alcohol y violencia de pareja en estudiantes de educación superior. *Rev Enferm IMSS*. 2020;28(2):75-81. <https://acortar.link/pv5mH5>
11. Hidalgo-Rasmussen CA, Javier-Juárez SP, Zurita-Aguilar KA, Chávez-Flores YV, Rosales-Damián G, Torres-Chávez LJ. Violencia en el noviazgo y su relación con consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo, en una población joven mexicana. *HAAJ* [Internet]. 2024; 24(1): 58-71. <https://acortar.link/uJXosP>
12. Ahumada-Cortez JG, Gámez-Medina M, Valdez-Montero C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai* [Internet]. 2017;13 (2): 13-24. <https://acortar.link/hPaEcU>
13. Javier-Juárez SP, Hidalgo-Rasmussen CA. Patrones de victimización por violencia en el noviazgo y consumo de alcohol en adolescentes estudiantes del sur de Jalisco, México. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2023; 28 (06): 1675-1684. <https://acortar.link/218FIt>
14. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Informe SISVEA 2022 [Internet]. 2024. <https://acortar.link/2A35fq>



15. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017. Reporte de Alcohol, México. 2017. <https://acortar.link/RxyNi2>
16. Grove SK, Gray JF. Investigación en enfermería: práctica basada en la evidencia. 7th ed. Texas: Elsevier; 2019.
17. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J. The alcohol use disorders identification test. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. 2001. <https://acortar.link/lpXJPP>
18. De la Fuente JR, Kershenobich D. El alcoholismo como problema médico. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 1992; 35(2): 47-51. <https://acortar.link/FqsCxf>
19. Instituto Mexicano de la Juventud, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Encuesta Nacional de Violencia en el Noviazgo [ENVINOV]. 2008. Recuperado de www.imjuventud.gob.mx
20. Secretaría de Salud. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2014. <https://acortar.link/xQTLk1>
21. Ramos GMA. Violencia en el noviazgo y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios [Tesis Maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2024. <https://acortar.link/43FnRQ>
22. Flores-Garza PL, López-García KS, Guzmán-Facundo FR, Rodríguez-Aguilar L, Jiménez-Padilla BI. Alcohol consumption and its relationship to aggressiveness in middle school adolescents: Alcohol Consumption and Aggressiveness in adolescents. RIIAD [Internet]. 2019;5(1): 31-8. Available from: <https://acortar.link/5Lm88g>
23. Betancourth-Zambrano S, Tacán-Bastidas L, Córdoba-Paz EG. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. Universidad y Salud [Internet]. 2017;19(1): 37-50. <https://acortar.link/j6LotR>
24. Cortaza RL, Rosales PA, Díaz MK, Salcedo NJJ, Salinas ROH, Tadeo GJJ. Asociación de las características sociodemográficas de estudiantes universitarios de enfermería consumidores de alcohol. LATAM [Internet]. 2023;4(2):1167–1177. <https://acortar.link/fujpj9>
25. Telumbre-Terrero JY, Esparza-Almanza SE, Alonso-Castillo BA, Alonso-Castillo MTDJ. Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2017; 19(2): 69–81. <https://acortar.link/YMbtXi>
26. Cooke R, Beccaria F, Demant J, Fernandes-Jesus M, Fleig L, Negreiros J, de Visser R et al. Patterns of alcohol consumption and alcohol-related harm among European university students. European Journal of Public Health. 2019; 29(6): 1125–1129. <https://acortar.link/Pb37EG>
27. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol's Effects on Health. Research-based information on drinking and its impact. NIAAA. 2024. <https://acortar.link/gLHHFE>
28. Morales J. Acoso escolar. Una aproximación al estado del arte sobre su investigación. Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología [Internet]. 2023; 32(4), 281-303. <https://acortar.link/rm5dqM>
29. Ramos-Rangel Y, López-Angulo LM, Suz-Pompa M, García-Ramos D. Violencia en el noviazgo en estudiantes de medicina desde una mirada inclusiva. Conrado. 2022;18(87): 496-505. <https://acortar.link/2weFZT>
30. Acuña-Kaldman C, Román-Pérez R, Cubillas-Rodríguez MJ, Abril-Valdez E. Violencia de pareja recibida y ejercida por estudiantes de una universidad pública del Noroeste de México. ETiE [Internet]. 2020;2(4). <https://acortar.link/U1f6R5>



ARTÍCULO ORIGINAL

Salud sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados

Sexual and reproductive health in school adolescents

Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes na escola

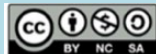
Lubia del Carmen Castillo-Arcos^I
Pedro Moisés Noh-Moo^{II}
Juan Yovani Telumbre Terrero^{III}
Lucely Maas Góngora^{IV}
Berenice Juan Martínez^V
Yolanda Bañuelos Barrera^{VI}

RESUMEN

Objetivo: analizar la salud sexual y reproductiva del adolescente de acuerdo con la edad y género. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 215 adolescentes de 15 a 18 años. Los instrumentos aplicados fueron un cuestionario de datos sociodemográficos y el cuestionario Salud Sexual y Reproductiva. **Resultados:** Predominó el género masculino 51.6%; 63.3% de los adolescentes no ha tenido relaciones sexuales. De acuerdo con las dimensiones de la salud sexual por sexo las mujeres presentan mayor puntaje en los dominios conocimiento (31.38), actitud (45.33) y práctica (38.29). En relación con la salud reproductiva los hombres presentan mayor puntaje que las mujeres en los dominios conocimiento (42.35) y práctica (44.67). Existe una relación significativa entre la salud sexual y la salud reproductiva ($p < 0.01$). **Conclusiones:** es crucial implementar políticas y programas que promuevan los servicios de salud sexual y reproductiva y protejan los derechos de los adolescentes.

Palabras clave: Adolescente; Salud Sexual; Salud Reproductiva.

Para citar este documento



Castillo-Arcos LC, Noh-Moo PM, Telumbre-Terrero JY, Maas-Góngora L, Juan-Martínez B y Bañuelos-Barrera Y. Salud sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(17): 35-50. <https://doi.org/10.57246/3q0m0051>

Fecha de envío: 24/04/2025 Fecha de aceptación: 23/07/2025 Fecha de publicación: 30/09/2025

^I Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen, Campeche, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-4368-4735>. Correo: lcastillo@pampano.unacar.mx

^{II} Maestro en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen, Campeche, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0003-1580-5533>. Correo: pnoh@pampano.unacar.mx

^{III} Doctor en Salud Mental. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen, Campeche, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-8695-7924> Correo: jtelumbre@pampano.unacar.mx

^{IV} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen, Campeche, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-8081-9830> Correo: lmaas@pampano.unacar.mx

^V Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad del Papaloapan. Tuxtepec, Oaxaca, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-2780-977X> Correo: berenice75_bjm@hotmail.com

^{VI} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Juárez del Estado de Durango. México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0003-1775-1612> Correo: yolanda.banuelos@ujed.mx



ABSTRACT

Objective: To analyze the sexual and reproductive health of adolescents according to age and gender.

Methods: A correlational descriptive study was conducted. The sample consisted of 215 adolescents aged 15 to 18 years. The instruments applied were a sociodemographic data questionnaire and the Sexual and Reproductive Health questionnaire. **Results:** The male gender predominated 51.6%; 63.3% of adolescents have not had sexual relations. According to the dimensions of sexual health by sex, women have higher scores in the domains of knowledge (31.38), attitude (45.33) and practice (38.29). In relation to reproductive health, men have higher scores than women in the domains of knowledge (42.35) and practice (44.67). There is a significant relationship between sexual and reproductive health ($p < 0.01$). **Conclusions:** It is crucial to implement policies and programs that promote sexual and reproductive health services and protect the rights of adolescents.

Keywords: Adolescent; Sexual Health; Reproductive Health.

RESUMO

Objetivo: Analisar a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes segundo idade e sexo. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo correlacional. A amostra foi composta por 215 adolescentes com idades entre 15 e 18 anos. Os instrumentos aplicados foram um questionário de dados sociodemográficos e o questionário de Saúde Sexual e Reprodutiva. **Resultados:** O sexo masculino predominou 51,6%; 63,3% dos adolescentes não tiveram relações sexuais. De acordo com as dimensões da saúde sexual por sexo, as mulheres apresentam escores mais elevados nos domínios conhecimento (31,38), atitude (45,33) e prática (38,29). Em relação à saúde reprodutiva, os homens apresentam escores mais elevados do que as mulheres nos domínios conhecimento (42,35) e prática (44,67). Existe uma relação significativa entre saúde sexual e reprodutiva ($p < 0,01$). **Conclusões:** É fundamental implementar políticas e programas que promovam serviços de saúde sexual e reprodutiva e protejam os direitos dos adolescentes.

Palavras-chave: Assertividade; Saúde Sexual; Saúde Reprodutiva.



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de transición que abarca desde el final de la niñez hasta la adultez temprana, caracterizado por una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que contribuyen a la construcción de la identidad personal¹. Durante esta etapa, se inicia el despertar de la sexualidad, acompañado del interés por lo desconocido y la percepción de invulnerabilidad, lo cual incrementa la susceptibilidad de los adolescentes a adoptar conductas de riesgo, incluyendo aquellas que favorecen la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), debido a decisiones inadecuadas en torno a su salud sexual y reproductiva².

En comparación con los adultos, los adolescentes suelen mostrar menor preocupación por mantener conductas saludables, lo que los posiciona como un grupo de alta vulnerabilidad en términos de salud, esta situación está influida por sus creencias, valores y dinámicas sociales³. En este contexto, la sexualidad constituye una dimensión fundamental del desarrollo humano. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ la salud sexual constituye un componente esencial del bienestar físico, mental y social de las personas, y requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales. Esto implica la posibilidad de experimentar vivencias sexuales placenteras y seguras, exentas de coacción, discriminación o violencia. Para alcanzar y mantener este estado de salud, es fundamental que los derechos sexuales de todas las personas sean plenamente respetados, protegidos y ejercidos, en consonancia con los principios de autonomía, dignidad e igualdad.

En América Latina, las y los adolescentes enfrentan múltiples barreras que limitan su acceso a servicios de salud, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, lo que ocasiona que no puedan adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para evitar conductas de riesgo⁵. Así mismo, durante décadas, la sexualidad ha sido un tema delicado en muchas sociedades latinoamericanas, lo que ha limitado la difusión de información precisa y científica⁶. En su lugar, los conocimientos transmitidos han estado basados en experiencias personales y creencias culturales, careciendo de fundamentos verificados. Esta falta de educación sexual integral, sumada al desinterés de algunos adolescentes y a la escasa promoción de temas relacionados con la sexualidad, ha propiciado prácticas sexuales de riesgo. Consecuentemente,



se ha observado un aumento en los embarazos no deseados y en las ITS, afectando principalmente a la población adolescente^{7,8}.

En este sentido, el ejercicio responsable de la salud sexual y reproductiva implica una gestión social orientada a la toma de decisiones informadas. Esta gestión abarca la identificación de problemas, su análisis y comprensión, así como el diseño e implementación de propuestas que promuevan el desarrollo de conocimientos, habilidades asertivas y competencias para la vida. Tal proceso requiere de la participación conjunta del adolescente y de las instituciones educativas y de salud, con el fin de facilitar la toma de decisiones acertadas, prevenir embarazos no planificados, ITS y fomentar el uso adecuado de métodos anticonceptivos⁹.

En este sentido, el fortalecimiento de los conocimientos en salud sexual y reproductiva constituye un componente esencial. Las campañas de prevención enfocadas en el embarazo adolescente, las ITS y el VIH/SIDA buscan informar a los jóvenes sobre los riesgos asociados, brindándoles herramientas para identificar problemas, establecer prioridades y negociar soluciones desde un enfoque de desarrollo de la salud².

La gestión de información por parte del adolescente implica la búsqueda activa de conocimientos sobre temas que les generan dudas, particularmente en lo relacionado con su sexualidad. Esta etapa se caracteriza por múltiples transformaciones físicas, emocionales y cognitivas, que a menudo generan incertidumbre. Si bien suelen recurrir a sus pares como fuente de información, esta suele ser imprecisa o errónea; de ahí la importancia de promover el acceso a fuentes confiables, como los profesionales de la salud. Con base en lo anterior, se plantea como objetivo del presente estudio: analizar la salud sexual y reproductiva del adolescente de acuerdo con la edad y género.

MÉTODOS

El diseño del presente estudio fue descriptivo correlacional de tipo transversal. La población estuvo conformada por adolescentes de 15 a 18 años de una Institución Educativa de Nivel Medio Superior. El muestreo fue aleatorio estratificado, se consideró como estrato el género y la edad. El tamaño de la muestra se determinó a través del paquete estadístico nQuery Advisor Versión 4.0¹⁰, se estimó con base a la prueba de correlación con un nivel de significancia de 0.05 y una potencia del 90%, se obtuvo una muestra de 210.



Instrumentos

Para la descripción de los datos se utilizó la cédula de identificación que incluyó edad, género y estado civil, entre otros. Así mismo, se aplicó un cuestionario que midió la variable de interés.

Salud Sexual y Reproductiva

La variable Salud sexual y Reproductiva se midió a través de la escala de Salud Sexual y Reproductiva¹¹. Este instrumento tiene como objetivo conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva de los estudiantes. La escala total está compuesta de 104 ítems. Se divide en cuatro subescalas o dimensiones. Para el presente estudio se utilizó la primera y la segunda subescala. La primera esta está compuesta por 30 reactivos que mide la salud sexual, un ejemplo del reactivo es “la salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen”, ha presenta Alpha de Cronbach de .87 y la segunda mide la salud reproductiva, conformada de 15 reactivos un ejemplo es “puedo acudir a los servicios de salud sin temor”, ha presenta Alpha de Cronbach de .90. Cada una de ella consta de 3 categorías: Conocimiento: 1 = Cierto, 2 = Falso y 8 = No sabe. Actitudes: 1-5 donde 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5= Totalmente en desacuerdo. Practicas: 1 = Siempre, 2 = Casi siempre, 3 = A veces, 4 = casi nunca, 5 = Nunca. Las categorías abarcan preguntas relacionadas con la sexualidad, relaciones sexuales, planificación familiar, métodos anticonceptivos, entre otros.

Procedimiento

Para la recolección de datos, se recibió la autorización de la comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, posteriormente se presentó el proyecto a las autoridades de la escuela preparatoria seleccionada; donde se solicitó las listas de los alumnos por grupos, se calculó la proporción de estudiantes por género mediante Excel.

Una vez seleccionados e identificados aleatoriamente los alumnos, se procedió a explicarles el objetivo del estudio e invitarlos a participar. A los padres o tutores se les proporcionó el consentimiento informado, mientras que a los adolescentes se les entregó el formato de asentimiento informado por escrito. A cada participante se le asignó un código único para preservar su anonimato durante el proceso.



Tras la firma del consentimiento por parte del padre o tutor, y del asentimiento por parte del adolescente, se les solicitó responder el cuestionario correspondiente, indicando la importancia de contestar con la mayor honestidad posible y responder la totalidad de los ítems. Se enfatizó que las respuestas eran confidenciales y que ninguna persona ajena al equipo de investigación tendría acceso a la identidad de los participantes o a sus respuestas individuales.

La información recabada fue resguardada bajo estrictas medidas de confidencialidad, estando disponible únicamente para el personal responsable del estudio. Una vez concluido el llenado del cuestionario, se recolectaron los formatos y se agradeció a los participantes por su colaboración en la investigación.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se llevó a cabo en conformidad con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹², el cual establece los principios y lineamientos éticos que deben regir toda investigación con seres humanos. En particular, se consideraron los lineamientos del Título Segundo, relativos a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en comunidades, y en menores de edad o personas incapaces, conforme a los siguientes artículos:

De acuerdo con el Artículo 13, se garantizó el respeto a la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes. La información obtenida fue tratada con estricta confidencialidad, y la participación de los adolescentes fue totalmente voluntaria, sin coacción alguna.

Conforme al Artículo 14, Fracción V, se recabó el consentimiento informado por escrito del representante legal de los adolescentes, así como el asentimiento informado de los propios participantes, en estricto apego a las disposiciones establecidas por el reglamento.

Asimismo, tal como lo estipula el Artículo 14, Fracción VII, el protocolo de investigación contó con la aprobación previa y por escrito de las Comisiones de Ética e Investigación de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen. Finalmente, en cumplimiento del Artículo 14, Fracción VIII, se obtuvo la autorización institucional correspondiente para la aplicación de los cuestionarios electrónicos a los adolescentes que aceptaron participar de forma voluntaria.

Análisis estadístico



El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 23. Se aplicó estadística descriptiva para el tratamiento de las variables: en el caso de las variables categóricas, se calcularon frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes; para las variables cuantitativas, se determinaron medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico), según correspondiera a su distribución.

Para explorar la asociación entre variables ordinales o no paramétricas, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ). La consistencia interna de los instrumentos utilizados fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α), con el fin de garantizar la fiabilidad de las escalas aplicadas.

RESULTADOS

Análisis de confiabilidad.

En el presente estudio se llevó a cabo un análisis de confiabilidad de la escala de salud sexual y reproductiva por medio del Alpha de Cronbach, alcanzando 0.84.

Características sociodemográficas de los participantes

En la tabla 1, se muestra las características sociodemográficas de los participantes. El grupo se conformó por 215 adolescentes de 15 a 18 años, el género que predominó es el masculino 51.6%; 42.3% cursa el primer semestre de preparatoria; 58.1% es de estado civil soltero; 63.3% de los adolescentes no ha tenido relaciones sexuales; 32.0% inició su vida sexual a los 16 años.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes participantes.

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Género		
Femenino	104	48.4
Masculino	111	51.6
Semestre escolar		
1°	91	42.3
3°	68	31.7
5°	56	26.0
Estado civil		
Soltero (a)	125	58.1
En una relación de noviazgo	81	37.7
Empezando una relación	9	4.2
Relaciones sexuales		
Si	79	36.7
No	136	63.3

Nota: *f* = Frecuencia, % = porcentaje



Salud sexual por sexo

En la tabla 2 se muestra que los hombres presentaron mayor puntaje para la salud sexual que las mujeres con un promedio de 39.84 ($DE = 48.00$) con diferencia significativa, lo que sugiere que los adolescentes masculinos tienen más capacidad para gestionar su salud sexual.

Tabla 2. Índice para la salud sexual por sexo.

<i>Variables</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Femenino	31.33	40.00	39.025	-76	92
Masculino	39.84	48.00	33.793	-56	84

Nota: *DE* = Desviación estándar, *Min* = Mínimo, *Max* = Máximo

Salud sexual por edad

En la tabla 3 se observa diferencias significativas en la salud sexual con relación a la edad, se encontró mayor puntuación en el grupo de edad de 18 años, con un promedio de 50.40 ($DE = 25.89$), lo que indica que a mayor edad tiene mayor conocimiento, actitud y práctica de la salud sexual.

Tabla 3. Índice para la salud sexual por edad

<i>Variables</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
15 años	25.81	32.00	44.86	-76	84
16 años	34.85	36.00	36.69	-56	92
17 años	39.11	48.00	26.21	-16	80
18 años	50.40	60.00	25.89	-12	84

Nota: *DE* = Desviación estándar, *Min* = Mínimo, *Max.* = Máximo

Salud reproductiva por sexo

En la tabla 4 se muestra que las mujeres presentaron mayor salud reproductiva, que los hombres con un promedio de 36.53 ($DE = 16.60$) con una diferencia significativa, Estos resultados evidencian que las adolescentes cuentan con capacidad para la autorregulación de su comportamiento y la toma de decisiones informadas en relación con su salud sexual.

Tabla 4. Índice para salud reproductiva por sexo.

<i>Variables</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Femenino	36.53	30.35	16.60	9	84
Masculino	32.21	34.35	12.65	5	69

Nota: *DE* = Desviación estándar, *Min* = Mínimo, *Max* = Máximo



Salud reproductiva por edad.

En la tabla 5 se observa diferencias significativas en la gestión de la salud reproductiva con relación a la edad, se encontró mayor puntuación en el grupo de edad de 17 años, con un promedio de 42.64 ($DE = 14.34$). Lo anterior indica que, a menor edad, los adolescentes presentan una menor capacidad para gestionar adecuadamente su salud sexual. En contraste, a mayor edad, se observa una mayor propensión a ejercer dicha gestión de manera más informada. No obstante, los adolescentes más jóvenes podrían tener dificultades para identificar relaciones de riesgo o manejar situaciones que comprometan su bienestar sexual.

Tabla 5. Índice para salud reproductiva por edad.

<i>Variables</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
15 años	36.96	32.29	16.62	11	86
16 años	37.66	34.42	12.09	6	84
17 años	42.64	41.28	14.34	7	76
18 años	36.38	31.22	15.86	14	74

Nota: *DE* = Desviación estándar, *Min* = Mínimo, *Max* = Máximo

Salud Sexual y reproductiva.

En la tabla 6 se observa que de acuerdo con las dimensiones de la salud sexual por sexo las mujeres presentan mayor puntaje en los dominios conocimientos (31.38), actitud (45.33) y práctica (38.29). En relación con la salud reproductiva los hombres presentan mayor puntaje que las mujeres en los dominios conocimiento (42.35) y práctica (44.67).

Tabla 6. Promedio de las dimensiones de salud sexual y reproductiva por sexo.

Variable	Conocimiento		Actitud		Practica	
	F	M	F	M	F	M
Salud Sexual	31.38	28.32	45.33	44.15	38.29	28.14
Salud Reproductiva	35.18	42.35	43.18	39.25	36.21	44.67

Nota: F: Femenino, M: Masculino

Correlaciones

Se encontró que existe una relación significativa entre la salud sexual y la edad; también, existe una relación significativa entre la salud sexual y la salud reproductiva. Los adolescentes se



encuentran en una etapa de vulnerabilidad ante la adopción de conductas sexuales de riesgo. Por ello, resulta fundamental fortalecer sus conocimientos en temas relacionados con el embarazo no planificado, VIH/Sida, infecciones de transmisión sexual (ITS), así como en salud sexual y reproductiva, con el propósito de favorecer una gestión informada y responsable de su salud sexual (Ver tabla 7).

Tabla 7. *Correlación de Spearman para salud sexual y reproductiva*

Variable	1	2	3
1. Edad	1		
2. Salud sexual	582**	1	
3. Salud Reproductiva	-.040	-.226**	1

Nota: ** $p < 0.01$

DISCUSIÓN

El presente estudio permitió analizar la salud sexual y reproductiva en una muestra de 215 estudiantes de una Institución Educativa de nivel medio superior de Ciudad del Carmen, Campeche, México. Los hallazgos permiten mostrar que los hombres fueron más participativos en el presente estudio, lo que coincide con otros autores que abordaron temas relacionados a la salud sexual^{7,13}. Así mismo, fue contrario con otros estudio, donde las mujeres tuvieron mayor participación^{14,15,16}. Es importante mejorar el bienestar de los adolescentes, por lo que, la salud sexual y reproductiva en este grupo de edad es prioridad para los proveedores del sistema de salud, debido a las implicaciones que tienen las conductas de riesgo.

En relación con la salud sexual se encontró que los hombres presentaron mayor puntaje para la salud sexual que las mujeres, lo que coincide con un estudio realizado en adolescentes colombianos, donde se halló que los hombres presentan mayor percepción de su salud sexual¹⁷. Lo anterior difiere de un estudio efectuado en México, encontraron que las mujeres buscan más los servicios de salud sexual que los hombres, las causas principales de búsqueda de la atención fueron sobre orientación en sexualidad y consejería de métodos anticonceptivos¹⁸. La implementación y fortalecimiento de espacios son esenciales para complementar la educación formal y garantizar una atención integral que responda a las diversas necesidades de la juventud en materia de salud sexual y reproductiva.



También, se muestra una diferencia significativa en la salud sexual de los adolescentes con relación a la edad, se encontró mayor puntuación en el grupo de edad de 18 años, lo que indica que a mayor edad tiene mayor conocimiento, actitud y práctica de la salud sexual. Lo anterior coincide con otras investigaciones, que indican que los conocimientos sobre salud sexual van aumentando con la edad^{19,20}. Lo anterior sugiere que los adolescentes de menor edad presentan limitaciones en la gestión de su salud sexual, lo que podría dificultar la identificación oportuna de relaciones de riesgo. En cambio, conforme avanza la edad, se observa una mayor capacidad para ejercer un manejo más adecuado e informado en esta dimensión. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar intervenciones educativas tempranas en salud sexual, adaptadas a la etapa del desarrollo y con un enfoque preventivo, que favorezcan la toma de decisiones responsables desde edades tempranas.

En relación con la salud reproductiva se muestra que las mujeres presentaron mayor puntaje que los hombres²¹. Lo anterior coincide con un estudio realizado en estudiantes, los autores encontraron que las mujeres de nivel secundaria tienen mayor porcentaje que los hombres, en la preparatoria sucede lo contrario los hombres presentaron mejor puntaje en los conocimientos sobre salud reproductiva. Otros estudios indican que las mujeres poseen más conocimiento en temas de salud reproductiva como es la menstruación, cambios físicos, inicio de relaciones sexuales, uso del condón y embarazos. Sin embargo, la diferencia por género no fue significativa^{22,23,24}. La salud sexual y reproductiva reviste una importancia particular en la vida de las mujeres, ya que el ejercicio de su sexualidad y las decisiones vinculadas a la reproducción pueden influir de manera significativa en múltiples dimensiones de su existencia. En este sentido, resulta fundamental promover relaciones equitativas, sustentadas en el respeto mutuo, el consentimiento informado y la corresponsabilidad en las conductas sexuales y sus posibles repercusiones, todo ello desde un enfoque con perspectiva de género.

También, se observó una diferencia significativa en la salud reproductiva y la edad, se encontró mayor puntuación en el grupo de edad de 17 años, Lo anterior indica que, a mayor edad, los adolescentes presentan más capacidad para gestionar adecuadamente su salud reproductiva. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en adolescentes de Uganda, los de mayor edad presentaron mayor porcentaje sobre temas relacionados a salud reproductiva como planificación familiar, el riesgo percibido sobre ITS, embarazo²⁵. Así mismo, otro estudio efectuado con adolescentes que acudían a una clínica de salud encontró que los adolescentes



de 19 años presentaron mayor porcentaje de conocimiento sobre temas de salud reproductiva, determinaron que los conocimientos van aumentando con la edad²⁶.

De acuerdo con las dimensiones de la salud sexual por sexo las mujeres presentan mayor puntaje en los dominios conocimientos, actitud y práctica. En relación con la salud reproductiva los hombres presentan mayor puntaje que las mujeres en los dominios conocimiento y práctica. En este sentido, un estudio evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la salud sexual y reproductiva, encontrando altas puntuaciones en los conocimientos de los adolescentes, los de mayor edad mostraron más percepción del riesgo y las mujeres presentaron mayor conocimiento y actitud favorable para la planificación familiar; sin embargo, a pesar del alto puntaje los adolescentes practican conductas de riesgo²⁵. Esto muestra que los comportamientos de riesgo en los adolescentes pueden atribuirse a factores como normas sociales negativas, temores y actitudes que dificultan la aceptación de métodos como los condones. Además, desafíos en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, como barreras económicas, falta de información y estigmatización, contribuyen a este comportamiento.

Por otra parte, se encontró que existe una relación significativa entre la salud sexual y la edad; también, existe una relación significativa entre la salud sexual y la salud reproductiva²¹. Un estudio realizado en adolescentes de Monterrey México, encontraron una relación entre el sexo y la salud sexual, sin embargo, se evidencio que factores como la edad y el sexo no son predictores fiables del nivel de conocimiento en salud sexual y reproductiva entre adolescentes, en los modelos estadísticos solo explicaron una pequeña parte de la variabilidad observada. Esto indica que muchos adolescentes carecen de información esencial para distinguir entre conductas sexuales seguras y de riesgo

Este estudio presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Asimismo, el tamaño de la muestra resultó insuficiente. Adicionalmente, la investigación no aborda las razones por las cuales las y los adolescentes no recurren a los servicios de salud.

Sería importante indagar sobre los diversos factores que contribuyen al incremento de las conductas de riesgo en la adolescencia. Entre los más destacados se encuentran las condiciones



socioeconómicas desfavorables, el bajo nivel educativo y el matrimonio precoz. Estos elementos limitan las oportunidades de desarrollo para las y los jóvenes.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los hallazgos se puede concluir que la mayoría de los adolescentes asumieron ser solteros, predominó el género masculino, la mayoría no han iniciado vida sexual activa. De acuerdo con las dimensiones de la salud sexual por sexo las mujeres presentan mayor puntaje en los dominios conocimientos, actitud y práctica. En relación con la salud reproductiva los hombres presentan mayor puntaje que las mujeres en los dominios conocimiento y práctica. También, se encontró que existe una relación significativa entre la salud sexual y la edad; también, existe una relación significativa entre la salud sexual y la salud reproductiva.

Durante la adolescencia, los jóvenes enfrentan no solo transformaciones físicas y emocionales, sino también desafíos que comprometen sus derechos fundamentales, especialmente en lo que respecta a la sexualidad, la falta de acceso a educación sexual integral y la violencia de género exponen a las y los adolescentes a embarazos no deseados, ITS y otros riesgos que afectan su salud y bienestar. Es crucial implementar políticas y programas que promuevan la equidad de género, garanticen el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y protejan los derechos de los adolescentes para que puedan tomar decisiones informadas sobre sus vidas.

Para abordar esta problemática, es esencial implementar programas de educación sexual integral que proporcionen información veraz y adecuada a la edad. Además, es fundamental garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como promover políticas públicas que aborden las desigualdades estructurales que afectan a la juventud. En este contexto, los Servicios Amigables ofrecen un entorno seguro y respetuoso, donde se brinda información, asesoramiento, provisión de métodos anticonceptivos, realización de pruebas y acceso a profesionales de la salud capacitados para abordar temas como el embarazo adolescente y ITS

REFERENCIAS

1. Ypanaque Ancajima JE. Barreras de acceso a los servicios primarios de salud sexual y reproductiva en adolescentes, de una comunidad urbano marginal del Perú. *Med Clin Soc.* 2024;8(1):35-39. <https://doi.org/10.52379/mcs.v8i1.329>



2. Chanamé-Zapata F, Rosales-Pariona I, Mendoza-Zúñiga M, Salas-Huamani J, León-Untiveros G. Conocimientos y medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual en adolescentes peruanos andinos. *Rev Salud Pública (Bogota)*. 2021;23(1):e200. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.85165>
3. Ssebunya RN, Boopa M, Nguyen D, Ligon L. Disparities in accessing sexual and reproductive health services and rights among adolescents and young people during COVID-19 pandemic: culture, economic, and gender perspectives. *Curr Trop Med Rep*. 2022;9(4):234-242. <https://doi.org/10.1007/s40475-022-00274-5>
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud sexual y reproductiva [Internet]. Washington (DC): OPS; <https://tinyurl.com/5cybh2ss>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud del adolescente [Internet]. Washington (DC): OPS; [fecha desconocida]. <https://tinyurl.com/fdrpsx4m>
6. Obach A, Sadler M, Jofré N. Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev Salud Pública (Bogota)*. 2017;19(6):848-854. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n6.70023>
7. Aguilar Ramírez MP, Suconota Pintado AL, Saraguro Salinas SM, Salvatierra L, Fajardo Aguilar GM. Percepción sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes del Cantón Santa Rosa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024;8(5):3863-3880. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.13865
8. Jijón ML. Factores predictores del embarazo en adolescentes y mujeres jóvenes en el Ecuador: un modelo de regresión logística múltiple. *Rev Ecuat Pediatr*. 2021;22(2): Artículo 16:1-7. <https://doi.org/10.52011/117>
9. Távora Orozco L. Derechos sexuales y reproductivos en Perú, más allá del Bicentenario. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2021;67(3):00003. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2335>
10. Elashoff JD. nQuery Advisor, version 4.0 [software]. Los Angeles (CA): Statistical Solutions; 2000.
11. Vargas R. La salud sexual y la salud reproductiva de la población estudiantil de la Universidad Nacional. Heredia (CR): Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), Universidad Nacional; 2007. <https://tinyurl.com/nhacvmfu>
12. México. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México (MX): Diario Oficial de la Federación; 1987 [últ. reforma 2014-04-02]. <https://tinyurl.com/4sdmpb42>
13. López-Villacís N, Aveiga-Flores M, Castro-Acosta N. Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Dominio de las Ciencias*. 2020;6(4):35-49. <https://doi.org/10.23857/dc.v6i4.1544>



14. Badillo-Viloria M, Mendoza-Sánchez X, Barreto-Vásquez M, Díaz-Pérez A. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enferm Glob.* 2020;19(59):422-449. <https://doi.org/10.6018/eglobal.412161>
15. Morales A, Vallejo-Medina P, Abello-Luque D, Saavedra-Roa A, García-Roncallo P, Gomez-Lugo M, et al. Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1377. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6311-y>
16. Sánchez-Mendoza V, Vallejo-Medina P, Morales A, Ayala E. Los adolescentes colombianos fallan en conocimientos sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. *Rev Lat Psicol.* 2022;54:43-50. <https://doi.org/10.14349/rlp.2022.v54.5>
17. Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Hacia Promoc Salud.* 2016;21(1):52-62. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.6>
18. Villalobos A, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Hubert C, Hernández B, Varela-Chávez Y, et al. Servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Salud Publica Mex.* 2024;66(4):479-487. <https://doi.org/10.21149/15834>
19. Rodríguez-Vázquez N, Moreno-Monsiváis MG, Gómez-Melasio DA, Gómez-Rodríguez GA, Apodaca-Armenta RE. Conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes mexicanos. *Horiz Sanit.* 2022;21(3):459-467. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n3.4506>
20. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (MX). Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes [Internet]. México (MX): Secretaría de Salud; 2015. <https://tinyurl.com/24yzm23n>
21. Vera-Alanís LY, Fernández-Fuertes AA. Análisis del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Horiz Sanit.* 2021;20(3):305-314. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4214>
22. Finlay JE, Assefa N, Mwanyika-Sando M, Dessie Y, Harling G, Njau T, et al. Sexual and reproductive health knowledge among adolescents in eight sites across sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health.* 2020;25(1):44-53. <https://doi.org/10.1111/tmi.13332>
23. Velasco-Gijón IM, Polo-Oliver A, Gutiérrez-Ramírez L, Arias-Arias Á, Tejera-Muñoz A. Encuesta para conocer la percepción sobre la educación sexual en adolescentes. *Rev Esp Salud Publica.* 2024;98:e202402005. <https://tinyurl.com/4dnmhdeu>
24. Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Villalobos-Hernández A. Salud sexual y reproductiva en población adolescente y adulta en México, 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(Supl 1):S84-S95. <https://doi.org/10.21149/14795>



25. Palomino R, Kadengye DT, Mayega RW. The knowledge-risk-behaviour continuum among young Ugandans: what it tells us about SRH/HIV integration. BMC Public Health. 2019;19(Suppl 1):604. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6809-y>
26. Pérez-Blanco A, Sánchez-Valdivieso E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020;85(5):508-515. <https://tinyurl.com/y367w7dn>



ARTÍCULO ORIGINAL

Conocimiento de infecciones de transmisión sexual en
adolescentes de 15 años a 18 añosKnowledge of Sexually Transmitted Infections in Adolescents from 15 to 18
years of age*Conhecimento de Infecções de Transmissão Sexual em Adolescentes de 15 a 18 anos*

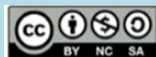
Jose Fred Quiroz Ortega ^I
Jared Facundo Reyes Cabrera ^{II}
Juan Daniel Suárez-Máximo ^{III}
Juan Yovani Telumbre-Terrero ^{IV}
Freddy Elías Perilla-Portilla ^V

RESUMEN

Introducción: Mundialmente las infecciones de transmisión sexual se configuran como un problema de relevancia en la salud pública, sobre todo en adolescentes, por diversas causas de riesgo. **Objetivo:** Describir el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes de 15-18 años. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en una muestra no probabilística de 180 alumnos (población total: 550 estudiantes) utilizando el cuestionario de Conocimiento sobre ITS (STD-KQ) de Jaworsky y Carey. **Resultados:** El 48.9% presentaba un conocimiento leve, sólo el 7.8% un buen conocimiento y el 96.1% habían tenido relaciones sexuales, con un 33.3% desde los 14 años, se encontró confusión sobre entre VIH y VPH. **Conclusiones:** es preciso el desarrollo de programas que mejoren no solo el acceso a servicios de calidad sino eliminar percepciones y mitos sociales en salud sexual.

Palabras clave: Adolescente; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Enfermedades de Transmisión Sexual; Salud Reproductiva; Salud Sexual.

Para citar este documento



Quiroz-Ortega JF, Reyes Cabrera JF, Suárez-Máximo JD, Telumbre-Terrero JY y Perilla-Portilla FE. Conocimiento de infecciones de transmisión sexual en adolescentes de 15 años a 18 años. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(17): 51-66. <https://doi.org/10.57246/158dz311>

Fecha de envío: 16/10/2024 Fecha de aceptación: 15/08/2025 Fecha de publicación: 30/09/2025

^IDoctorante en Salud Pública, magíster en Salud Colectiva, Enfermero, profesor de enfermería, Universidad de Pamplona, Cúcuta, Colombia. <https://ORCID.org/0000-0002-1741-6067> Correo: jose.quirozort@unipamplona.edu.co

^{II}Licenciado en Enfermería y Obstetricia, Puebla, México. <https://ORCID.org/0009-0005-3580-0205> Correo: jaredreyescabrera@gmail.com

^{III}Doctorante en Ciencias de Enfermería, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato (UG); Coordinador por la Vocalía Internacional de México de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). <https://ORCID.org/0000-0001-5687-2543> Correo: jd.suarezmaximo@ugto.mx

^{IV}Doctor en Salud Mental, Gestor de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen Campeche, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-8695-7924> Correo: jtelumbre@pampano.unacar.mx

^VDoctorante en Salud Pública, magíster en Salud Colectiva, Enfermero, profesor de enfermería, Universidad de Pamplona, Cúcuta, Colombia, ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-5582-7951> Correo: freddy.perillapor@unipamplona.edu.co



ABSTRACT

Introduction: Sexually transmitted infections are a significant public health problem worldwide, especially among adolescents, due to various risk factors. **Objective:** To describe the knowledge of sexually transmitted infections among adolescents aged 15-18 years. **Methods:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted on a non-probabilistic sample of 180 students (total population: 550 students) using the STD-KQ questionnaire developed by Jaworsky and Carey. **Results:** 48.9% had little knowledge, only 7.8% had good knowledge, and 96.1% had had sexual intercourse, with 33.3% since the age of 14. Confusion was found between HIV and HPV. **Conclusions:** Programs need to be developed to improve not only access to quality services but also to eliminate social perceptions and myths about sexual health.

Keywords: Adolescent; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Sexually Transmitted Diseases; Sexual Health; Reproductive Health.

RESUMO

Introdução: Em todo o mundo, as infecções sexualmente transmissíveis constituem um problema relevante para a saúde pública, sobretudo entre os adolescentes, devido a diversos fatores de risco. **Objetivo:** Descrever o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis entre adolescentes de 15 a 18 anos. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal, em uma amostra não probabilística de 180 alunos (população total: 550 estudantes) utilizando o questionário de Conhecimento sobre IST (STD-KQ) de Jaworsky e Carey. **Resultados:** 48,9% apresentavam um conhecimento leve, apenas 7,8% um bom conhecimento e 96,1% já tinham tido relações sexuais, sendo que 33,3% desde os 14 anos, verificou-se confusão entre VIH e VPH. **Conclusões:** é necessário o desenvolvimento de programas que melhorem não só o acesso a serviços de qualidade, mas também eliminem percepções e mitos sociais em matéria de saúde sexual.

Palavras-chave: Adolescente; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Saúde Sexual; Saúde Reprodutiva.



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de suma importancia en el desarrollo de las personas, marcado por la transición hacia la edad adulta, en la que suelen ocurrir cambios sociales, psicológicos y físicos muy significativos¹. En este sentido, la educación y la información sobre la salud sexual y reproductiva se fundamentan como pilares para alcanzar el bienestar integral de los adolescentes. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una de las principales preocupaciones de salud pública en todo el mundo por su alta prevalencia, particularmente entre los adolescentes, quienes resultan vulnerables a comportamientos sexuales de riesgo².

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 374 millones de nuevos casos de clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis ocurren al año entre la población mundial²; Incluso con las campañas para la prevención y la educación sexual, los conocimientos sobre las ITS entre los adolescentes son escasos, y esto contribuye a mantener la transmisión de estas infecciones y a la aparición de consecuencias a largo plazo, tales como la infertilidad o el cáncer cervicouterino, en el caso del virus del papiloma humano (VPH)³.

Los adolescentes, al estar en una etapa formativa de sus vidas, son más vulnerables a conductas de riesgo como el inicio temprano de la actividad sexual, la multiplicidad de parejas sexuales y el uso inconsistente de métodos de barrera y anticonceptivos, como el condón. Por otra parte, la insuficiencia de información precisa sobre las ITS y sus consecuencias puede llevar a subestimar los riesgos y a perpetuar mitos que incrementan la vulnerabilidad frente a estas infecciones. De igual forma, Las ITS, además de provocar complicaciones graves en la salud reproductiva, también representan un factor de riesgo significativo para la transmisión del VIH. Es por ello, que la educación sexual, aplicada al contexto sociocultural de los adolescentes y basada en evidencia científica, es imprescindible para empoderarlos en la toma de decisiones informadas que resguarden su salud y la de sus parejas³.

En México, el problema de las ITS no es ajeno a esta tendencia global. De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en 2022 se notificaron más de 30,000 casos de infecciones por VIH, gonorrea y sífilis entre jóvenes de 15 a 24 años^{4,5}. A pesar de estos datos alarmantes, diversos estudios han mostrado que el conocimiento sobre las ITS en adolescentes mexicanos es insuficiente⁶⁻¹¹, especialmente en contextos rurales o semiurbanos, como el caso de Martínez de la Torre, Veracruz.



Este municipio, situado en la región centro-norte del estado de Veracruz, con una ubicación a 150 km de Xalapa, su capital estatal, cuenta actualmente con una población de 108,742 habitantes en una superficie aproximada de 815,13 km²; permitiendo la realización de actividades agrícolas, como la producción de ciertos tipos de cítricos, y un aumento en la urbanización en la cabecera municipal durante los últimos 10 años. Así mismo, esta característica geográfica, donde sus límites abarcan desde el estado de Puebla hasta el estado de Veracruz, lo posiciona como un municipio central económico y punto poblacional con numerosos factores determinantes de la salud¹².

A nivel mundial, numerosos estudios evidencian una deficiente comprensión sobre infecciones de transmisión sexual, principalmente en población de adolescentes, lo cual puede contribuir significativamente al desarrollo de comportamientos sexuales de riesgo y al aumento de propagación. Investigaciones llevadas a cabo en diversos países han señalado que los adolescentes poseen poca información sobre cómo se transmiten las ITS, cuáles son sus síntomas y las posibles consecuencias de no tratarlas¹³.

De igual forma, esta falta de conocimiento no se debe únicamente al limitado acceso a la información, sino también a factores socioculturales, como la escasa comunicación abierta sobre sexualidad en el entorno familiar y un débil enfoque en educación sexual dentro de los sistemas educativos¹⁴. En México, estudios previos han evidenciado que los adolescentes, en particular aquellos que residen en zonas rurales y semiurbanas, presentan bajos niveles de conocimiento sobre el VIH, el VPH y otras ITS, lo cual se refleja en las altas tasas de estas infecciones en dichas regiones. Asimismo, la iniciación sexual a una edad temprana y el uso inconsistente o inexistente de métodos anticonceptivos también incrementan el riesgo de exposición a estas enfermedades¹⁵.

Así mismo, a pesar de los esfuerzos internacionales, nacionales y regionales por mejorar la educación sexual en jóvenes y adolescentes, aún persisten algunos retos que pueden dificultar la transmisión efectiva de conocimientos sobre ITS. En regiones como Martínez de la Torre, los pensum académicos pueden carecer de información actual que da sobre estas temáticas, facilitando que se perpetúen tabúes familiares y estigmas sociales que solo logran limitar el acceso a información actualizada sobre infecciones de transmisión sexual; que sumado con una escasa oferta de servicios de salud adaptada a las necesidades de adolescentes, resulta en un



compendio de factores de riesgo que pueden incidir en un adecuado diagnóstico y tratamiento de patologías asociadas a conductas sexuales de riesgo.

Estos desafíos, suelen ser relevantes en poblaciones con limitados accesos a servicios de salud o con ubicaciones geográficas que dificultan una utilización regular e integral de programas que buscan disminuir estos niveles de desconocimiento. Por ello, la presente investigación busca describir el nivel de conocimiento sobre ITS en adolescentes de 15 a 18 años del Colegio de Bachilleres del Estado de Veracruz (COBAEV) en Martínez de la Torre, aportando datos actualizados sobre esta población en un contexto semiurbano mexicano.

MÉTODOS

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal, realizado en el periodo comprendido del 1 de agosto al 30 de septiembre de 2023. La población objetivo estuvo conformada por 550 estudiantes inscritos en el Colegio de Bachilleres del Estado de Veracruz (COBAEV), ubicado en el municipio de Martínez de la Torre, Veracruz.

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia ¹⁶, considerando como criterios de inclusión: estar inscrito en quinto semestre, estar presente durante la recolección de datos y otorgar su consentimiento para participar. Esta estrategia fue seleccionada debido al acceso y disponibilidad de los estudiantes durante el periodo de levantamiento, así como por razones de factibilidad logística y temporal del estudio.

Bajo estas condiciones, se obtuvo una muestra efectiva de 180 estudiantes, lo que representó aproximadamente el 32.7 % del total de la población escolar (n=550). Esta muestra permitió garantizar homogeneidad en cuanto a la edad y el nivel académico de los participantes, lo cual se consideró adecuado para una primera aproximación descriptiva del fenómeno de estudio en el entorno educativo. Para recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado ad hoc que incluyó: un cuestionario sociodemográfico: edad, sexo, personas con las que reside, edad de sexarquia, número de parejas sexuales y padecimientos de infecciones de transmisión sexual. Los criterios de inclusión¹⁸ fueron: estudiantes de quinto semestre de ambos sexos en el grupo de 15-18 años que aceptaran participar en el estudio mediante la aceptación del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: estudiantes que no pertenecieran al grupo de edad, aunque pertenecieran al quinto semestre



Para medir el nivel de conocimiento de ITS se utilizó el Cuestionario de Conocimientos sobre las ITS, STD-KQ de Jaworsky y Carey¹⁷ que consta de 27 ítems, con dos tipos de respuesta: falso, verdadero. Obteniendo 1 punto por cada respuesta correcta. Falso es la respuesta correcta en estos ítems: 1, 2, 5, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26. Mientras que verdadero es la respuesta correcta para el resto de los ítems: 3, 4, 6, 8, 9, 12, 14 y 27. Los puntos de corte determinan las categorías: <9=Severo conocimiento >9-15=leve conocimiento >16-21=Moderado conocimiento >22-27=Buen conocimiento.

Tabla 1. Cuestionario de conocimiento de enfermedades de trasmisión sexual.

N	Ítem	Verdadero	Falso	No lo sé
1.	El herpes genital es causado por el mismo virus que el VIH.	V	F	NS
2.	Las infecciones urinarias frecuentes pueden causar clamidia.	V	F	NS
3.	Hay una cura para la gonorrea.	V	F	NS
4.	Es más fácil contraer el VIH si una persona tiene otra enfermedad de transmisión sexual.	V	F	NS
5.	El virus del papiloma humano (VPH) es causado por el mismo virus que causa el VIH.	V	F	NS
6.	Tener sexo anal aumenta el riesgo de una persona de contraer hepatitis B.	V	F	NS
7.	Poco después de la infección por el VIH, una persona desarrolla llagas abiertas en sus genitales (pene o vagina).	V	F	NS
8.	Hay una cura para la clamidia.	V	F	NS
9.	Una mujer que tiene herpes genital puede transmitir la infección a su bebé durante el parto.	V	F	NS
10.	Una mujer puede mirar su cuerpo y decir si tiene gonorrea.	V	F	NS
11.	El mismo virus causa todas las enfermedades de transmisión sexual.	V	F	NS
12.	El virus del papiloma humano (VPH) puede causar verrugas genitales.	V	F	NS
13.	El uso de un condón de piel natural (piel de cordero) puede proteger a una persona de contraer el VIH.	V	F	NS
14.	El virus del papiloma humano (VPH) puede provocar cáncer en las mujeres.	V	F	NS
15.	Un hombre debe tener sexo vaginal para tener verrugas genitales.	V	F	NS
16.	Las enfermedades de transmisión sexual pueden provocar problemas de salud que suelen ser más graves para los hombres que para las mujeres.	V	F	NS
17.	Una mujer puede decir que tiene clamidia si tiene un mal olor en su vagina.	V	F	NS
18.	Si una persona da positivo por VIH, la prueba puede decir qué tan enferma se volverá la persona.	V	F	NS
19.	Hay una vacuna disponible para evitar que una persona contraiga gonorrea.	V	F	NS
20.	Una mujer puede decir por la forma en que se siente su cuerpo si tiene una enfermedad de transmisión sexual.	V	F	NS
21.	Una persona que tiene herpes genital debe tener llamadas abiertas para contagiar la infección a su pareja sexual.	V	F	NS
22.	Hay una vacuna que evita que una persona contraiga clamidia.	V	F	NS
23.	Un hombre puede decir por la forma en que se siente su cuerpo si tiene hepatitis B.	V	F	NS
24.	Si una persona ha tenido gonorrea en el pasado, él o ella es inmune (protegido) de contraerla de nuevo.	V	F	NS
25.	El virus del papiloma humano (VPH) puede causar el VIH.	V	F	NS
26.	Un hombre puede protegerse de contraer verrugas genitales lavándose los genitales después del sexo.	V	F	NS
27.	Hay una vacuna que puede proteger a una persona de contraer la hepatitis B.	V	F	NS

Fuente: Beth C. Jaworski, Michael P. Carey. Development and Psychometric Evaluation of a Self-Administered Questionnaire to Measure Knowledge of Sexually Transmitted Disease.



Los datos se presentaron como frecuencias y porcentajes, y se analizaron utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V.25, mostrando una validez interna aceptable mediante alfa de Cronbach de .712. Esta investigación cumplió con los principios éticos establecidos por la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki¹⁹, así como con las normativas oficiales vigentes. Se obtuvo el consentimiento informado digital de los participantes, garantizando su anonimato y la confidencialidad de los datos²⁰.

RESULTADOS

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas de la muestra

Características sociodemográficas	f	%
Edad	17 años	64.4
	18 años	35.6
Sexo	Hombre	36.7
	Mujer	63.3
¿Has tenido relaciones sexuales?	Si	96.1
	No	3.9
Edad cuando tuviste tu primera relación sexual	No aplica	3.9
	13 años	8.9
	14 años	33.3
	15 años	31.7
	16 años	22.2
Número de parejas que has tenido a la fecha	No aplica	3.9
	1 pareja	18.9
	2 pareja	43.9
	3 pareja	22.2
Has padecido de alguna infección de Transmisión sexual	4 pareja	11.1
	Si	4.4
	No	95.6

Fuente: Realización propia.

La Tabla 1 presenta el perfil sociodemográfico típico de los adolescentes entre 15 y 18 años, destacando al grupo de 17 años como el más representado, con un 64.4 % de los participantes, seguido por los de 18 años (35.6 %). Es importante señalar que la mayoría de la muestra está conformada por mujeres (63.3 %), lo cual podría influir en los resultados sobre el conocimiento de las ITS debido a posibles diferencias de género en la percepción y la educación sexual²¹.

Un dato preocupante es que el 96.1 % de los encuestados indicó haber tenido relaciones sexuales, lo que resalta la necesidad de fortalecer la educación sexual en este grupo. También resulta alarmante la edad temprana en la que se inician sexualmente, ya que un 33.3 % tuvo su primera relación a los 14 años y un 31.7 % a los 15 años, lo cual puede incrementar



significativamente el riesgo de exposición a ITS si no se dispone de información adecuada ni de medidas preventivas efectivas.

Asimismo, un 43.9 % reportó haber tenido dos parejas sexuales, lo que refuerza la necesidad de intervenciones educativas orientadas al uso consistente de métodos de barrera como el condón. En cuanto al diagnóstico de ITS, solo el 4.4 % de los adolescentes reportó haber padecido alguna, un dato que puede subestimar la prevalencia real debido a la falta de diagnósticos formales o a la estigmatización de las ITS.

Tabla 2. Estadística descriptiva

Cuestionario de Conocimientos sobre las ITS, STD-KQ de Jaworsky y Carey	f	%
El herpes genital es causado por el mismo virus que el VIH.	V	62.2
	F	37.8
Las infecciones urinarias frecuentes pueden causar clamidia.	V	50.6
	F	49.4
Hay una cura para la gonorrea.	F	14.4
	V	85.6
Es más fácil contraer el VIH si una persona tiene otra enfermedad de transmisión sexual.	F	31.1
	V	68.9
El virus del papiloma humano (VPH) es causado por el mismo virus que causa el VIH	V	39.4
	F	60.6
Tener sexo anal aumenta el riesgo de una persona de contraer hepatitis B.	F	33.3
	V	66.7
Poco después de la infección por el VIH, una persona desarrolla llagas abiertas en sus genitales (pene o vagina).	V	56.1
	F	43.9
Hay una cura para la clamidia.	F	40.6
	V	59.4
Una mujer que tiene herpes genital puede transmitir la infección a su bebé durante el parto.	F	18.3
	V	81.7
Una mujer puede mirar su cuerpo y decir si tiene gonorrea.	V	45.0
	F	55.0
El mismo virus causa todas las enfermedades de transmisión sexual.	V	42.8
	F	57.2
El virus del papiloma humano (VPH) puede causar verrugas genitales.	F	37.2
	V	62.8
El uso de un condón de piel natural (piel de cordero) puede proteger a una persona de contraer el VIH.	V	37.2
	F	62.8
El virus del papiloma humano (VPH) puede provocar cáncer en las mujeres.	F	25.6
	V	74.4
Un hombre debe tener sexo vaginal para tener verrugas genitales.	V	54.4
	F	45.6
Las enfermedades de transmisión sexual pueden provocar problemas de salud que suelen ser más graves para los hombres que para las mujeres.	V	40.6
	F	59.4
Una mujer puede decir que tiene clamidia si tiene un mal olor en su vagina.	V	60.6
	F	39.4
Si una persona da positivo por VIH, la prueba puede decir qué tan enferma se volverá la persona.	V	61.1
	F	38.9
Hay una vacuna disponible para evitar que una persona contraiga gonorrea.	V	17.8
	F	82.2
Una mujer puede decir por la forma en que se siente su cuerpo si tiene una enfermedad de transmisión sexual.	V	53.3
	F	46.7



Una persona que tiene herpes genital debe tener llamadas abiertas para contagiar la infección a su pareja sexual.	V	80	44.4
	F	100	55.6
Hay una vacuna que evita que una persona contraiga clamidia.	V	95	52.8
	F	85	47.2
Un hombre puede decir por la forma en que se siente su cuerpo si tiene hepatitis B.	V	89	49.4
	F	91	50.6
Si una persona ha tenido gonorrea en el pasado, él o ella es inmune (protegido) de contraerla de nuevo.	V	81	45.0
	F	99	55.0
El virus del papiloma humano (VPH) puede causar el VIH.	V	69	38.3
	F	111	61.7
Un hombre puede protegerse de contraer verrugas genitales lavándose los genitales después del sexo.	V	98	54.4
	F	82	45.6
Hay una vacuna que puede proteger a una persona de contraer la hepatitis B.	F	82	45.6
	V	98	54.4

Nota: V= verdadero, F = Falso

Para el caso de los datos de la tabla 2, se evidencia una notoria disparidad relacionada con el grado de conocimiento sobre ITS; y es que, a pesar de que un 85.6 % de los participantes saben que la gonorrea tiene cura, solo un 50.6 % de ellos aun cree que las infecciones urinarias pueden estar relacionadas con la aparición de clamidia, denotando una confusión preocupante entre síntomas y causas de diferentes patologías de origen sexual. Además, se observa que solo el 60.6 % identifica correctamente que el virus del papiloma humano no tiene relación con el VIH, lo cual podría sugerir un nivel de entendimiento muy básico de las infecciones más comunes.

Un gran porcentaje de los participantes mostró cierto grado de conocimiento sobre el riesgo elevado que existe de contraer VIH en el caso de padecer de otras ITS. No obstante, solo un 44.4 % conoce que el herpes genital puede transmitirse incluso cuando no hay presencia de llagas visibles, lo que demuestra una falta de comprensión sobre infecciones asintomáticas. Finalmente, estos resultados evidencian la imperiosa necesidad de mejorar la calidad de la educación sexual impartida, sobre todo en temáticas como diferenciación de ITS, sintomatologías específica y formas de transmisión.

Tabla 3. Características estadísticas descriptivas del cuestionario

Ítems		f	%
Nivel de conocimiento	Severo conocimiento	4	2.2
	Lleve conocimiento	88	48.9
	Moderado conocimiento	74	41.1
	Bueno conocimiento	14	7.8

Fuente: Realización propia.

Para el caso de la Tabla 3, se presentan los diferentes niveles de conocimiento categorizados según el cuestionario STD-KQ, en él se muestra que un 48.9 % de los participantes del estudio presenta un nivel de conocimiento leve, mientras que un 41.1 % tiene un conocimiento



moderado sobre infecciones de transmisión sexual, lo que puede indicar que un porcentaje significativo de la población de estudio tiene información insuficiente sobre ITS.

De igual forma, solo un 7.8 % de los estudiantes, alcanzó un nivel de conocimiento adecuado, evidenciando una brecha educativa sobre estas temáticas; así mismo, un 2.2 % presentó un conocimiento severamente limitado, aumentando el riesgo de poseer comportamientos sexuales de riesgo y de igual forma una alta exposición a infecciones de transmisión sexual. Esta distribución denota la urgente necesidad de intervenciones educativas muchas más intensivas y específicas en la población adolescente, dirigidas a aumentar el nivel de comprensión general sobre ITS, no solo en información sobre transmisión, sino también en aspectos de prevención y tratamiento oportuno.

DISCUSIÓN

La presente investigación se centró en evaluar el nivel de conocimiento sobre ITS en adolescentes entre 15 y 18 años del municipio de Martínez de la Torre, Veracruz, con la finalidad de identificar vacíos y brechas de comprensión, para ofrecer posteriormente una base sólida para futuras intervenciones educativas. Los resultados muestran niveles preocupantes de desconocimiento y confusión sobre temáticas relacionadas con la transmisión, prevención y consecuencias de las ITS, evidenciando la necesidad imperativa de establecer estrategias más efectivas para la educación sexual en este grupo poblacional.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre ITS en adolescentes, los resultados mostraron que el 48.9 % de los adolescentes evaluados tiene un conocimiento leve sobre las ITS, mientras que solo el 7.8 % alcanzó un nivel de conocimiento bueno. Este hallazgo es consistente con estudios previos realizados en diversas regiones de América Latina, donde se ha documentado que los adolescentes presentan bajos niveles de comprensión sobre las ITS y sus riesgos. Un estudio realizado en Colombia en el año 2020 mostró que el 60 % de los adolescentes encuestados tenía un conocimiento insuficiente sobre las ITS, lo que contribuía a prácticas sexuales de riesgo, como el uso inconsistente de preservativos y la multiplicidad de parejas sexuales^{19,22}.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018 (ENSANUT) ya había alertado sobre la falta de educación sexual adecuada en las escuelas, señalando que el 70 % de los adolescentes reportaba recibir información incompleta o inexacta sobre las ITS^{13,15}.



De igual forma, uno de los puntos más notables dentro del estudio es el predominio de mujeres en la muestra, lo que permite analizar si las diferencias de género pueden inferir en el conocimiento sobre ITS. A nivel mundial, numerosos estudios han revelado que las mujeres jóvenes suelen estar más informadas sobre las ITS que los hombres, pero suelen experimentar muchas más barreras para acceder a servicios de salud de calidad, principalmente por estigmatización y normas de género restrictivas impuestas por la sociedad. Un estudio evidenció que, a pesar de que las adolescentes conocen los riesgos de las infecciones de transmisión sexual, se sienten menos capaces para negociar el uso de métodos de barrera con sus parejas, aumentando de esta manera el riesgo de contraer infecciones como el VIH y la clamidia²². En contraparte, los hombres suelen subestimar el riesgo y muestran una menor preocupación por las ITS, lo que coincide con los datos obtenidos en esta investigación donde solo el 36.7 % de los participantes eran hombres, reflejando una posible falta de interés o compromiso con la educación sexual en este grupo.

Para el caso de la edad de inicio sexual y riesgos asociados, el estudio reporta un inicio temprano de su vida sexual, donde un 33.3 % de los participantes indicaron haber tenido su primera relación sexual a los 14 años, mientras que un 31.7 % lo hizo a los 15 años. Estas cifras son consistentes con estudios recientes que muestran una tendencia a la baja en la edad de inicio sexual en América Latina.

Un estudio en Chile encontró que la edad promedio de inicio sexual en adolescentes era de 14.6 años, lo que incrementa significativamente el riesgo de exposición a ITS debido a la falta de madurez emocional y el desconocimiento sobre métodos de protección²⁰. La relación entre el inicio sexual temprano y la falta de conocimiento sobre las ITS está bien documentada. Adolescentes que inician su vida sexual a una edad temprana tienen menos probabilidades de usar preservativos de manera consistente y tienen un mayor número de parejas sexuales, factores que contribuyen a la propagación de infecciones como la gonorrea, el VIH y el virus del papiloma humano.

El análisis de las respuestas al cuestionario STD-KQ de Jaworsky y Carey evidenció importantes vacíos en el conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), y aunque la mayoría de los adolescentes identificó correctamente que la gonorrea puede curarse (85.6 %), una proporción considerable mostró confusión en aspectos clave, como la forma de transmisión y el tratamiento del VIH y el VPH. Solo el 60.6 % de los encuestados sabía que el



VPH no está relacionado con el VIH, mientras que el 44.4 % creía erróneamente que una persona con herpes genital necesita tener llagas visibles para transmitir la infección. Esta confusión coincide con hallazgos de estudios internacionales que subrayan la falta de comprensión de las ITS como un factor determinante en su contagio. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en Uganda, donde se descubrió que el 40 % de los adolescentes no lograba diferenciar entre el VIH y otras ITS, reforzando la urgencia de implementar intervenciones educativas que aclaren las características específicas y los riesgos asociados a cada infección^{21,24}.

Otro punto crítico identificado durante esta investigación fue la percepción de riesgo de contraer ITS entre los adolescentes, tan sólo el 4,4 % de los participantes habían sido diagnosticados de alguna ITS, indicando ahora la existencia de posible sobrestimación de su vulnerabilidad. Investigaciones recientes han demostrado que los adolescentes, y particularmente los hombres, tienen la tendencia de creer que las ITS son problemas que ocurren principalmente en otras personas, lo cual baja su percepción de riesgo y disminuye las probabilidades de desarrollar conductas asociadas a la prevención. Un estudio realizado en Brasil en el año 2020 informó que los adolescentes con baja percepción de amenaza corrían cinco veces más probabilidades de participar en conductas sexuales de riesgo, como el sexo sin condón y las parejas múltiples²².

Los hallazgos de este estudio también reflejan la carencia de programas educativos integrales y de calidad en las escuelas de la región. Aunque el 96.1% de los adolescentes encuestados había iniciado su vida sexual, el nivel de conocimiento sobre ITS sigue siendo insuficiente, lo que indica que las estrategias educativas actuales no están logrando su objetivo. En un estudio reciente, se encontró que los programas de educación sexual basados en la abstinencia son ineficaces para reducir las tasas de ITS entre los adolescentes. En lugar de ello, los programas que abordan el uso de anticonceptivos y preservativos, las relaciones de pareja y el respeto mutuo han demostrado ser más efectivos para aumentar el conocimiento y reducir las conductas de riesgo²³.

En México, la falta de recursos y la resistencia de ciertos sectores a la implementación de programas de educación sexual integral limitan la capacidad de los adolescentes para acceder a la información necesaria para proteger su salud sexual y reproductiva.



A pesar de que la mayoría de los adolescentes reportó haber tenido relaciones sexuales, solo una pequeña proporción ha sido diagnosticada con una ITS. Este hecho puede estar relacionado con el acceso limitado a servicios de salud sexual en áreas semiurbanas como Martínez de la Torre. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el acceso a pruebas y tratamientos para ITS en adolescentes es particularmente limitado en regiones rurales y semiurbanas, debido a la falta de servicios de salud especializados y a la estigmatización de los jóvenes que buscan atención².

Además, muchos adolescentes desconocen la existencia de servicios amigables para jóvenes, lo que incrementa la subdiagnóstico de ITS. Investigaciones en otras partes del mundo han mostrado que cuando los adolescentes tienen acceso a clínicas que respetan su privacidad y les brindan servicios sin juicio, es más probable que busquen atención médica y se sometan a pruebas regulares para la detección de ITS²⁴.

Recomendaciones para intervenciones futuras

Según los resultados del presente estudio, es notoria la necesidad existente en desarrollar intervenciones educativas específicas y adaptadas al contexto de los adolescentes del municipio de Martínez de la Torre. Estas estrategias deben estar enfocadas en implementar programas de educación sexual coherentes, que incluyan información detallada, clara y precisa sobre todas las ITS, y que su vez promuevan las conductas sexuales responsables como el uso de preservativos y el chequeo regular para la detección temprana de estas infecciones. De igual forma, es importante involucrar a las familias en la educación sexual de los adolescentes, debido a que se permean como un factor clave en la obtención de información verídica y confiable por parte de la población más joven, pero que también pueden establecer la comunicación abierta y el derribe de estigmas asociados a salud sexual y reproductiva. Investigaciones actuales mencionan que la participación de padres o tutores legales de adolescentes en la educación sobre estos temas reduce de manera exponencial las conductas de riesgo asociadas a su sexualidad, además, refieren que es imperativo mejorar el acceso a servicios de salud sexual actualizados y acordes a la era digital, ofreciendo consultas confidenciales, espacios sin señalamientos, recursos electrónicos didácticos y accesibles en espacios de cada región^{25,28}.

Limitaciones del estudio



Con respecto a las limitaciones del estudio, se menciona en primer lugar, que el uso del muestreo no probabilístico por conveniencia puede limitar la generalización de los resultados hacia otras poblaciones que se encuentran en diferentes contextos geográficos, esto se da principalmente porque se recolectaron datos en una sola institución. Sin embargo, esta particularidad no resta importancia a los resultados obtenidos mediante el análisis correspondiente. Así mismo, los datos se basan en resultados que provienen de la aplicación del instrumento en compañía del investigador, esto puede haber interferido en algunas respuestas de los participantes, al tratarse de temas sensibles o muy personales relacionados con su salud sexual y reproductiva. Se recomienda que para futuras investigaciones se consideren la inclusión de muestras más representativas dentro del territorio y la utilización de métodos de recolección acordes al deseo de los estudiantes, tales como encuestas anónimas o entrevistas estructuradas apoyada en espacios más cómodos y privados.

CONCLUSIÓN

Los adolescentes en el rango de edad entre 15 y 18 años muestran graves limitaciones en conocimiento sobre ITS, dado que solo el 7.8 % alcanzaron un nivel adecuado, mientras el 48.9 % presenta comprensión leve. Este perfil de vulnerabilidad, caracterizado por inicio sexual temprano (33.3 % a los 14 años), multiplicidad de parejas y confusión entre VIH/VPH, combinado con barreras de acceso a servicios de salud, explica los riesgos elevados de transmisión identificados. Estos resultados justifican el diseño urgente de programas educativos centrados en mitos específicos (ej. curabilidad del VIH), prevención adaptada a contextos semiurbanos, y servicios de salud sexual accesibles que respondan a las prácticas documentadas en esta población.

REFERENCIAS

1. Díaz Falcón D, Fuentes Suárez I, Senra Pérez N de la C. Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrado*. 2018;14(64):98–103. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/793>
2. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. Ginebra: OMS; 2025. <https://tinyurl.com/y9uta9nu>
3. Preciado-Marchán AE, Aliaga-Guevara FMA, Díaz Álvarez CI. Derecho a la educación sexual integral en adolescentes: propuesta de modelo educativo para su efectiva realización. Quito: Religación Press; 2023. <https://tinyurl.com/z7zht4k7>
4. Agustí C, Mascort J, Casabona J. El rompecabezas de las ITS: causas plurales, impacto profundo. *Aten Primaria*. 2024;56(5):102883. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102883>



5. Gayet C. Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género. Ciudad de México: Secretaría de Salud, CENSIDA; 2015. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/59950/ITS_en_Mex_una_mirada_1.pdf
6. Villafañe-Ferrer LM, González-Navarro RM. Comportamientos de riesgo y nivel de conocimiento de infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Duazary*. 2017;14(2):160–168. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1964>
7. Monet-Álvarez DE, Aguiar-González AM, Vázquez-Ortiz EC, Sánchez-Zúñiga RA, Gross-Ochoa VY, Álvarez-Cortés JT. Modificación de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual y uso de preservativos en adolescentes varones. *Rev Cient Estud 2 de Diciembre*. 2021;4(4):e195. <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/195>
8. Méndez AR, Hernández BM, López RP, Muñoz MR, Plasencia GET. Conocimientos sobre VIH en personas de 15 a 24 años. *Rev Cub Med Gen Integr*. 2019;35(1).
9. Coronado-Peña JJ. Concepciones sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios de pregrado. *Rev Asoc Colomb Cienc Biol*. 2020;1(32):10–21. <https://doi.org/10.47499/revistaaccb.v1i32.193>
10. Correa-Cervantes AM, Aboytes-Pérez MD, Juárez-Nilo SG, Martínez-Díaz A, Sánchez-Rico R, Gallegos-Torres RM. Nivel de conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual en alumnos de preparatoria. *Rev Salud Adm*. 2023;10(28):28–32. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD95110.pdf>
11. Arriagada CS, González FZ, Aros SP, Ailef YR, Aros RS, Arévalo LP, et al. Revisión sobre intervenciones de enfermería exitosas en educación sexual en adolescentes. *Enferm Cuid Humaniz*. 2023;12(2):e3278. <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3278>
12. H. Ayuntamiento de Martínez de la Torre. Municipio de Martínez de la Torre [Internet]. Veracruz: H. Ayuntamiento de Martínez de la Torre; 2024. <https://www.martinezdelatorre.gob.mx/>
13. Deleon de Melo L, Passos Sodré C, Spindola T, Costa Martins ER, Nepomuceno de Oliveira André NL, Vieira da Motta CV, et al. Prevención de infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes e importancia de la educación sanitaria. *Enferm Glob*. 2022;21(65):74–115. <https://doi.org/10.6018/eglobal.481541>
14. Genz B, Meincke SMK, Carret MLV, Corría ACL, Alves CN. Sexually transmitted diseases: knowledge and sexual behavior of adolescents. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e5100015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005100015>
15. Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud (México). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022 [Internet]. Ciudad de México: INSP/SSA; 2022. <https://ensanut.insp.mx/>
16. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol*. 2017;35(1):227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
17. Jaworski BC, Carey MP. Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. *AIDS Behav*. 2007;11(4):557–574. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9168-5>
18. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6  ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
19. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: AMM; 2013 ( lt. rev. 2024). <https://tinyurl.com/5cufr986>



20. Secretaría de Salud (México). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2014. <https://tinyurl.com/mum5fv87>
21. Jenkins L, Williams A, Brown S. Are women always right? Comparing HPV knowledge between men and women. *Curiosity*. 2023;3(1). <https://doi.org/10.36898/001c.73161>
22. Sánchez-Mendoza V, Vallejo-Medina P, Morales A, Soriano-Ayala E. Adolescentes colombianos fracasan en conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual. *Rev Latinoam Psicol*. 2022;54:43–50. <https://doi.org/10.14349/rlp.2022.v54.5>
23. Calderón-Canales F, Cricencio-Miranda G, Echevarría-Pinto M, Fuentes-Gericke C, Hidalgo-Tabilo P, Rodríguez-Aravena M, et al. Educación sexual, conocimiento de ITS y conductas protectoras/de riesgo en personas entre 18 y 30 años. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2024;89(1):3–9. <https://doi.org/10.24875/RECHOG.23000002>
24. Kimera E, Vindevogel S, Kintu MJ, Rubaihayo J, De Maeyer J, Reynaert D, et al. Experiences and perceptions of youth living with HIV in Western Uganda on school attendance: barriers and facilitators. *BMC Public Health*. 2020;20:27. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8198-7>
25. Paganella MP, Da Motta LR, Adami ADG, Sperhacke RD, Kato SK, Pereira GFM. Knowledge about sexually transmitted infections among young men presenting to the Brazilian Army, 2016: a national survey-based cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(22):e26060. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026060>
26. Barriuso-Ortega S, Heras-Sevilla D, Fernández-Hawrylak M. Análisis de programas de educación sexual para adolescentes en España y otros países. *Rev Electr Educare*. 2022;26(2):329–349. <https://doi.org/10.15359/ree.26-2.18>
27. Sáenz Cortés M, Escobar López MT, Aristizábal Tobler CC. Los menores y adolescentes en la investigación clínica: tensiones y aspectos éticos. *Escritos*. 2016;24(53):345–367. <https://doi.org/10.18566/escr.v24n53.a06>
28. Parmar D, Berhe S, Bradley S, Fenny A, Aziato L, Ceesay H. Access to adolescent sexual and reproductive health services in Accra, Ghana: an exploratory qualitative study. *Glob Public Health*. 2024;19(1):e2341420. <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2341420>



ARTÍCULO ORIGINAL

Prevalencia de Ortorexia y malnutrición en estudiantes universitarios

Prevalence of orthorexia and malnutrition in university students

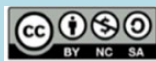
*Prevalência de ortorexia e desnutrição em estudantes universitários*Oscar Sajed Alvarado-Lucas^IAngélica Saraí Jiménez-Osorio^{II}Geu Mendoza-Catalán^{III}Isaura Evelia Fuentes-Sánchez^{IV}Diego Estrada-Luna^VJulieta Ángel-García^{VI}

RESUMEN

Introducción: La ortorexia es un trastorno obsesivo por consumir alimentos saludables; La malnutrición se refiere a desequilibrios calóricos y nutricionales. **Objetivo:** Describir la prevalencia de la ortorexia y la malnutrición en estudiantes universitarios. **Método:** Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 200 participantes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. El estado nutricional se evaluó mediante somatometría e índice de masa corporal. Para identificar la tendencia de ortorexia, se utilizó el cuestionario ORTO-15. **Resultados:** el 75.6% presentó tendencia de ortorexia y el 42.4% algún grado de malnutrición. **Discusión:** La coexistencia de bajo peso y sobrepeso plantea una paradoja. La ortorexia se asocia con una relación disfuncional con la comida, más allá de la delgadez. **Conclusión:** es indispensable la detección temprana y la promoción a la salud alimenticia, que evite los extremos dietéticos.

Palabras clave: Conducta alimentaria; Desnutrición; Estudiantes; Índice de masa corporal; Ortorexia Nerviosa.

Para citar este documento



Alvarado-Lucas OS, Jiménez-Osorio AS, Mendoza-Catalán G, Estrada-Luna D y Ángel-García. Prevalencia de Ortorexia y malnutrición en estudiantes universitarios. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(17): 67-74. <https://doi.org/10.57246/fnde9c60>

Fecha de envío: 05/05/2025 Fecha de aceptación: 15/08/2025 Fecha de publicación: 30/09/2025

^I Licenciado en Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0002-5634-9511> Correo: al434577@uaeh.edu.mx

^{II} Doctora en Ciencias Bioquímicas. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-9369-8732> Correo: angelica_jimenez@uaeh.edu.mx

^{III} Doctor en Ciencias de la Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-5061-2457> Correo: geu_mendoza@uaeh.edu.mx

^{IV} Maestra en Innovación educativa. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0003-1200-487X> Correo: isaura_fuentes@uaeh.edu.mx

^V Doctor en Ciencias Biomédicas. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-9369-8732> Correo: destrada_luna@uaeh.edu.mx

^{VI} Doctora en Ciencias de la Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-0380-427X> Correo: julieta_angel@uaeh.edu.mx



ABSTRACT

Introduction: Orthorexia is an obsessive disorder characterized by the compulsive consumption of healthy foods. Malnutrition refers to caloric and nutritional imbalances. **Objective:** To describe the prevalence of orthorexia and malnutrition among university students. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted with a sample of 200 participants, selected through non-probabilistic convenience sampling. Nutritional status was assessed using anthropometric measurements and body mass index (BMI). To identify orthorexic tendencies, the ORTO-15 questionnaire was applied. **Results:** 75.6% of participants showed a tendency toward orthorexia, and 42.4% presented some degree of malnutrition. **Discussion:** The coexistence of underweight and overweight highlights a paradox. Orthorexia is associated with a dysfunctional relationship with food that goes beyond the pursuit of thinness. **Conclusion:** Early detection and promotion of healthy eating habits are essential to prevent extreme dietary behaviors.

Keywords: Body Mass Index; Students; Feeding Behavior; Malnutrition; Orthorexia Nervosa.

RESUMO

Introdução: A ortorexia é um transtorno obsessivo sobre a ingestão de alimentos saudáveis; A desnutrição refere-se a desequilíbrios calóricos e nutricionais. **Objetivo:** Descrever a prevalência de ortorexia e desnutrição em estudantes universitários. **Método:** Estudo transversal descritivo com amostra de 200 participantes, selecionados por amostragem não probabilística por conveniência. O estado nutricional foi avaliado por meio da somatometria e do índice de massa corporal. Para identificar a tendência da ortorexia, foi utilizado o questionário ORTO-15. **Resultados:** 75,6% apresentaram tendência à ortorexia e 42,4% apresentaram algum grau de desnutrição. **Discussão:** A coexistência de baixo peso e excesso de peso representa um paradoxo. A ortorexia está associada a uma relação disfuncional com a comida, além da magreza. **Conclusão:** a detecção precoce e a promoção da saúde alimentar são essenciais, o que evita extremos alimentares.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar; Desnutrição; Estudantes; Índice de Massa Corporal; Ortorexia Nervosa.



INTRODUCCIÓN

La malnutrición se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Este término abarca dos grandes grupos de afecciones. El primero comprende la «desnutrición», que incluye el retraso del crecimiento (baja estatura para la edad), la emaciación (bajo peso para la estatura), la insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) y la carencia o insuficiencia de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes). El otro abarca el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, el accidente cerebrovascular, la diabetes y el cáncer)¹.

La mala nutrición es un problema multifactorial que puede intensificarse en la vida universitaria debido a que es una etapa con cambios emocionales y sociales, incluyendo conductas alimentarias²; como la ortorexia, un término utilizado para designar a las personas que se preocupan excesivamente por consumir alimentos saludables; este comportamiento comienza de forma sutil, desde el deseo de corregir hábitos alimentarios percibidos como malos o de mejorar la salud en su conjunto, lo cual lleva al individuo a percibir la creencia persistente de que tales prácticas dietéticas promueven la salud, a pesar de importantes complicaciones médicas y evidencia de desnutrición³.

Esto sugiere que la ortorexia caracterizada por la búsqueda de una alimentación perfecta y el seguimiento de reglas dietéticas estrictas trasciende el ámbito conductual para afectar también la esfera emocional. Este perfeccionismo altera la percepción del individuo sobre el tamaño, la forma y la estructura de su cuerpo, así como sus sentimientos hacia estas características, pudiendo asociarse con una preocupación excesiva por la apariencia física y el miedo al sobrepeso⁴.

La ortorexia es un trastorno obsesivo que se manifiesta en una selección extrema de alimentos considerados saludables. Este comportamiento suele derivar en una dieta restrictiva y, con frecuencia, en aislamiento social. Quienes lo padecen evitan de manera obsesiva alimentos que contengan o podrían contener colorantes, conservantes, pesticidas o ingredientes genéticamente modificados⁵. Considerando lo anterior, y dado que durante la etapa universitaria se consolidan patrones de conducta alimentaria, así como el desarrollo de la



identidad y la maduración física, sexual y psicológica, este estudio tiene como objetivo describir la prevalencia de ortorexia y malnutrición en estudiantes universitarios.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de enero a diciembre de 2024, la población de estudio estuvo integrada por alumnos de la licenciatura en Enfermería del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. La muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia con un total de 200 estudiantes. Los criterios de inclusión fueron: estudiantes de ambos sexos con disponibilidad para participar en el estudio y se excluyeron a estudiantes con enfermedades como diabetes, cáncer, paraplejia y cardiopatías referidas en la cédula de datos personales.

El estado nutricional de los participantes se determinó mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC), obtenido a partir de mediciones de peso y talla. El peso se midió utilizando una báscula de bioimpedancia, mientras que la talla se evaluó con un estadiómetro. Con estos datos, el IMC (kg/m^2) se calculó mediante una calculadora estandarizada para adultos jóvenes y se clasificó según los criterios de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)⁶ en las siguientes categorías: bajo peso (<18.5), normal ($18.5-24.9$), sobrepeso ($25-29.9$) y obesidad (≥ 30.0).

Para evaluar la presencia de ortorexia nerviosa, se utilizó el cuestionario ORTO-15, compuesto por reactivos de opción múltiple. Este instrumento, desarrollado a partir del modelo de ortorexia propuesto por Bratman, incorpora preguntas relacionadas con rasgos de personalidad de tipo obsesivo-fóbico⁷. Se trata de un cuestionario de autoinforme que emplea una escala tipo Likert de 4 puntos (siempre, a menudo, a veces, nunca) para medir las actitudes y comportamientos hacia la alimentación. Los ítems del ORTO-15 abordan aspectos relacionados con la selección, preparación, consumo, efectos y actitudes frente a alimentos considerados saludables. Los autores del instrumento original identificaron tres factores subyacentes: cognitivo-racional (ítems 1, 5, 6, 11, 12, 14), clínico (ítems 3, 7, 8, 9, 15) y emocional (ítems 2, 4, 10, 13). El cuestionario ha demostrado una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.88⁷.



El presente estudio se apegó a las recomendaciones éticas de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud⁸ y las Normas Éticas de la Declaración de Helsinki de 1973. El procesamiento de datos se realizó en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25. Se obtuvieron frecuencias del estado nutricional de los participantes y de la ortorexia, así mismo se calcularon índices de las dimensiones: Cognitivo-Racional, clínico y emocional.

RESULTADOS

Participaron 200 estudiantes de los primeros semestres de la Licenciatura en Enfermería, con edades comprendidas entre los 18 y 26 años (media = 19.81, DE \pm 1.710). En relación con el estado nutricional de los alumnos, la Tabla 1 muestra que más de la mitad presentaron normopeso (57.7 %), seguido de un bajo porcentaje con bajo peso (7.5 %). Casi una cuarta parte de los participantes registraron sobrepeso (24.9 %), mientras que un 10 % presentó obesidad. Estos resultados pueden contrastarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Estado nutricional de los estudiantes.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	15	7.5%
Normopeso	115	57.7%
Sobrepeso	50	24.9%
Obesidad	20	10%

Nota: n=200

Fuente: Creación propia.

Finalmente, para verificar la prevalencia de la ortorexia se realizaron medidas de tendencia central, en la Tabla 2 se encontraron un gran porcentaje de ortorexia por parte de los alumnos (75.6 %).

Tabla 2. Prevalencia de ortorexia nerviosa

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estudiantes con ortorexia	151	75.6%
Estudiantes sin ortorexia	49	24.4%

Nota: n=200

Fuente: Creación propia.

Por otra parte, la ortorexia se clasificó en Cognitivo-Racional, clínico y emocional, por lo que en la Tabla 3 se puede visualizar que el factor cognitivo presenta la media más alta.



Tabla 3. Clasificación de la ortorexia

Variable	Media	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
Cognitivo Racional	13.96	4.96	8	19
Clínico	13.50	5.04	5	18
Emocional	9.74	2.82	5	13

Nota: $n=200$

Fuente: Creación propia.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación revelan una alta prevalencia de ortorexia (75.6 %) en estudiantes de enfermería, un dato alarmante que supera lo reportado por Yilmazel⁹ en estudiantes de medicina y enfermería (62.2 %). Esta discrepancia podría atribuirse a que los estudiantes de enfermería, por su formación en salud, están más expuestos a información sobre alimentación saludable o restrictiva, internalizando estándares rígidos que derivan en comportamientos obsesivos¹⁰. Sin embargo, paradójicamente, este conocimiento no siempre se traduce en prácticas nutricionales equilibradas, sino en una medicalización de la alimentación: prácticas restrictivas orientadas al control de peso, frecuentemente motivadas por ideales de belleza poco realistas que pueden desencadenar deficiencias nutricionales¹¹. Además, el hallazgo de que la ortorexia se concentra en el factor cognitivo-racional (pensamientos y creencias sobre lo “saludable”) coincide con estudios que vinculan la ortorexia con rasgos de perfeccionismo y ansiedad¹². Lo que podría generar sentimientos de frustración ante alimentos “impuros” reflejando un trastorno psicológico subyacente y no solo una elección dietética. Esto sugiere que la ortorexia podría ser una manifestación de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en el ámbito alimentario¹³, especialmente en entornos académicos competitivos donde el control es un mecanismo de afrontamiento al estrés.

Por otra parte, en este estudio se observó que el 42.4 % de los estudiantes presenta algún grado de malnutrición. Por un lado, el 7.5 % se encuentra en bajo peso, y por otro, el 34.9 % presenta sobrepeso u obesidad, lo cual puede constituir un riesgo para el desarrollo de algún trastorno alimentario. La coexistencia de malnutrición (Bajo peso y Sobrepeso-Obesidad) en la misma población plantea una paradoja. Puesto que, el bajo peso podría asociarse a restricciones extremas propias de la ortorexia; y probablemente el sobrepeso-obesidad, podría reflejar conductas compensatorias tras episodios de restrictividad como atracones de “alimentos seguros” altos en calorías, como frutos secos o aceites “saludables”¹⁴. Esto resalta que la



ortorexia no siempre implica delgadez, sino una relación disfuncional con la comida independientemente del IMC. Sin embargo, se requieren más investigaciones para caracterizar esta dualidad y sus mecanismos subyacentes.

Los resultados de esta investigación exponen una prevalencia alarmantemente alta de ortorexia en estudiantes de enfermería, junto con la paradoja de malnutrición (bajo peso y sobrepeso coexistiendo en la misma población), lo que plantea cuestiones críticas para las disciplinas sociosanitarias, la salud pública y la educación superior. Estos hallazgos no solo confirman que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) adoptan formas complejas más allá de la anorexia y la bulimia, sino que también sugieren que la formación académica en salud, parecen tener un mayor riesgo de presentar patrones de ortorexia ¹⁶.

Algunas de las limitantes del presente estudio, radican en la ausencia de muestreo aleatorizado, así como el tamaño reducido de la muestra, por lo que sería valioso en que futuras investigaciones, se considerara utilizar un muestreo aleatorizado, así como un mayor número de muestra, además de evaluar si los estudiantes de enfermería trasladan estos comportamientos a su práctica clínica, normalizando patrones alimentarios riesgosos en pacientes¹⁵.

Se recomienda comparar los resultados de los estudiantes de enfermería con otras carreras sanitarias e incluir variables relacionadas al desarrollo de la ortorexia, como estrés académico y uso de redes sociales (donde abundan ideales de “wellness” extremo).

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian una alta prevalencia de ortorexia (75.6) y malnutrición (42.4) en los estudiantes de la licenciatura en enfermería, reflejando la necesidad de implementar estrategias de detección temprana en entornos universitarios, combinando evaluaciones nutricionales con apoyo psicológico, así como promover campañas de alimentación equilibrada que desmitifiquen los extremos dietéticos

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición [Internet]. Ginebra: OMS; 2024. <https://bit.ly/3EEYAZI>
2. Dent E, Wright ORL, Woo J, Hoogendijk EO. Malnutrition in older adults. *Lancet*. 2023;401(10380):951–966. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02612-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02612-5)



3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El sobrepeso en la niñez: un llamado para la prevención en América Latina y el Caribe [Internet]. 2021. <https://bit.ly/4m9UIWz>
4. Lorenzon LFL, Minossi PBP, Pegolo GE. Ortorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes e adultos. *J Bras Psiquiatr.* 2020;69(2):117–125. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000266>
5. Mathieu J. What is orthorexia? *J Am Diet Assoc.* 2005;105(10):1510–1512. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.08.021>
6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Acerca del índice de masa corporal (IMC) [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024. <https://www.cdc.gov/bmi/es/about/index.html>
7. Parra-Fernández ML, Rodríguez-Cano T, Onieva-Zafra MD, Pérez-Haro MJ, Casero-Alonso V, Muñoz-Camargo JC, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the ORTO-15 questionnaire for the diagnosis of orthorexia nervosa. *PLoS One.* 2018;13(1):e0190722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190722>
8. Secretaría de Salud (México). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2014. <https://bit.ly/3GImaot>
9. Yilmazel G. Orthorexia tendency and social media addiction among candidate doctors and nurses. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57(4):1846–1852. <https://doi.org/10.1111/ppc.12758>
10. Brytek-Matera A, Pardini S, Szubert J, Novara C. Orthorexia nervosa and disordered eating attitudes, self-esteem and physical activity among young adults. *Nutrients.* 2022;14(6):1289. <https://doi.org/10.3390/nu14061289>
11. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav.* 2016;21:11–17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
12. Strahler J, Hermann A, Schmidt NM, Stark R, Hennig J, Munk AJ. Food cue-elicited brain potentials change throughout menstrual cycle: modulation by eating styles, negative affect and premenstrual complaints. *Horm Behav.* 2020;124:104811. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2020.104811>
13. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:385–394. <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>
14. Sanlier N, Biyikli AE, Biyikli ET. Evaluating the relationship of eating behaviors of university students with body mass index and self-esteem. *Ecol Food Nutr.* 2015;54(2):175–185. <https://doi.org/10.1080/03670244.2014.896798>
15. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2017;22(2):277–284. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>
16. McInerney EG, Stapleton P, Baumann O. A systematic review on the prevalence and risk of orthorexia nervosa in health workers and students. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(8):1103. <https://doi.org/10.3390/ijerph21081103>



ARTÍCULO ORIGINAL

Aplicación empírica de extracto de *Heliopsis longipes* en la cicatrización de heridas en persona con diabetes: estudio de casoEmpirical application of *Heliopsis longipes* extract in wound healing in diabetics: a case study*Aplicação empírica do extrato de Heliopsis longipes na cicatrização de feridas em diabéticos: um estudo de caso*Jorge Emmanuel Mejía-Benavides ^IStephany Rivera-Chavero ^{II}Lucero Fuentes-Ocampo ^{III}Alfonso Cárdenas-Vargas ^{IV}Erik Díaz-Cervantes ^VSandra Neli Jiménez-García ^{VI}

RESUMEN

Introducción: La diabetes es una enfermedad crónica que a nivel mundial representa un reto en los sistemas de salud, además, afecta la habilidad del cuerpo para la cicatrización de heridas y estas pueden convertirse en crónicas. El uso de plantas medicinales como el chilcuague *Heliopsis longipes* puede ser una alternativa de tratamiento efectiva, sobre todo culturalmente aceptada. **Objetivo:** Analizar el proceso de cicatrización de heridas en paciente con diabetes utilizando chilcuague de manera empírica. **Método:** Estudio clínico de caso, observacional, prospectivo realizado en Guanajuato, México durante 31 días. Se aplicó extracto de raíz de chilcuague cada tres días, se evaluó con la escala RESVECH 2.0. **Resultados:** Mujer de 68 años con 25 años de diagnóstico, la cicatrización fue del 83% y presentó poca ardencia como reacción adversa. **Conclusiones:** El uso empírico de chilcuague favorece la cicatrización de heridas crónicas en personas con diabetes, la evidencia es poca por lo que se requieren más estudios para explorar la efectividad de la cicatrización.

Palabras clave: Cicatrización de heridas; Diabetes mellitus; Enfermería; Plantas medicinales.

Para citar este documento



Mejía-Benavides JE, Rivera-Chavero S, Fuentes-Ocampo L, Cárdenas-Vargas A, Díaz-Cervantes E y Jiménez-García SN. Aplicación empírica de extracto de *Heliopsis longipes* en la cicatrización de heridas en persona con diabetes: estudio de caso. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(17):75-87. <https://doi.org/10.57246/nmapmq89>

Fecha de envío: 21/04/2025 **Fecha de aceptación:** 13/08/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

^I Doctorante en Ciencias de Enfermería. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Celaya, Guanajuato, México. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Tierra Blanca, Guanajuato, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-5061-5316>. Correo: je.mejiabenavides@ugto.mx

^{II} Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Tierra Blanca, Guanajuato, México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0006-7753-7449>. Correo: s.riverachavero@ugto.mx

^{III} Doctora en Ciencias de Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Tierra Blanca, Guanajuato, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0003-1254-3240>. Correo: l.fuentes@ugto.mx

^{IV} Maestro en Ciencias de Enfermería. Hospital Civil Nuevo de Guadalajara. Guadalajara Jalisco, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-6963-4317>. Correo: alfcardenas@hcg.gob.mx

^V Doctor en Química. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Tierra Blanca, Guanajuato, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-1746-3795>. Correo: e.diaz@ugto.mx

^{VI} Doctora en Ingeniería. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Celaya, Guanajuato, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0003-2713-4693>. Correo: sn.jimenez@ugto.mx



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

ABSTRACT

Introduction: Diabetes is a chronic disease that represents a challenge for healthcare systems worldwide. It also affects the body's ability to heal wounds, which can lead to chronic wounds. The use of medicinal plants such as chilcuague *Heliopsis longipes* may be an effective treatment alternative, especially when culturally accepted. **Objective:** To analyze the wound healing process in patients with diabetes using chilcuague empirically. **Method:** A prospective, observational, clinical case study conducted in Guanajuato, Mexico, for 31 days. chilcuague root extract was applied every three days and was evaluated using the RESVECH 2.0 scale. **Results:** A 68-year-old woman with a 25-year history of diagnosis had 83% healing, and she presented little burning as an adverse reaction. **Conclusions:** The empirical use of chilcuague promotes the healing of chronic wounds in people with diabetes. However, the evidence is limited, so further studies are needed to explore the effectiveness of healing.

Keywords: Wound healing; Diabetes mellitus; Nursing; Plants medicinals.

RESUMO

Introdução. O diabetes é uma doença crônica que representa um desafio nos sistemas de saúde em todo o mundo, além disso, afeta a capacidade do organismo de cicatrizar feridas e estas podem se tornar crônicas. O uso de plantas medicinais como o chilcuague *Heliopsis longipes* pode ser uma alternativa de tratamento eficaz, especialmente aceita culturalmente. **Objetivo:** Analisar o processo de cicatrização de feridas em pacientes com diabetes utilizando o chilcuague empiricamente. **Método:** Estudo de caso clínico, observacional, prospectivo, realizado em Guanajuato, México, por 31 dias. O extrato da raiz de Chilcuague foi aplicado a cada três dias, avaliado com a escala RESVECH 2.0. Resultados: Paciente do sexo feminino, 68 anos, com 25 anos de diagnóstico, a cicatrização foi de 83% e apresentou pouca ardência como reação adversa. **Conclusões:** O uso empírico do chilcuague favorece a cicatrização de feridas crônicas em pessoas com diabetes, as evidências são escassas, portanto, mais estudos são necessários para explorar a eficácia da cicatrização.

Palavras-chave: Cicatrização; Diabetes Mellitus; Enfermagem; Plantas Medicinais.



INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad no transmisible y considerada una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, actualmente existen 589 millones de personas mayores de 20 años con diabetes y 4 de cada 5 viven en países de ingresos medios y bajos¹, México es uno de ellos, en el cual viven 13 587 400 personas adultas con diabetes². Las personas que viven con diabetes desarrollan complicaciones por el mal control³ y la más frecuente es la neuropatía que afecta principalmente los nervios y causa la aparición de heridas en los miembros inferiores⁴ que son de difícil cicatrización por el aumento de la glucosa en sangre⁵ que puede llegar a infectarse y por ende amputación de este.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 30 segundos ocurre una amputación de pierna⁶, lo que genera un alto costo en atención para el sector salud⁷ y para la misma persona que lo padece⁸, el gasto anual a nivel mundial es de aproximadamente 827 mil millones de dólares estadounidenses⁹ y en México el costo anual de atención a pacientes con complicaciones llega a rebasar los 300,000.00 pesos mexicanos y se puede llegar a duplicar si se presenta una amputación mayor¹⁰. Por este motivo, el tratamiento de heridas en los pies es un gran reto para los sistemas de salud.

Se tiene conocimiento que con intervenciones eficaces se puede reducir el costo en la atención¹¹, es por lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) argumenta que es importante los equipos multidisciplinares en la atención para que mejoren las competencias e innovación en la práctica¹², para alcanzar las metas marcadas en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)¹³.

Es por lo que la biomedicina ha documentado que el tratamiento es variado en su rama y destacan el factores de crecimiento¹⁴, laser terapia, ozono, oxigenoterapia hiperbárica¹⁵ y radiofrecuencia¹⁶ por mencionar algunos, sin embargo; las plantas medicinales juegan un papel muy importante en la cicatrización de heridas debido a los fitoquímicos que contienen¹⁷, es por lo que existe un aumento considerable en el uso de la Medicina Tradicional (MT) que se define como a todos aquellos sistemas de salud que tienen como base las creencias culturales, conocimientos y prácticas que se transmiten de generación a generación y que incluyen las fitoterapias¹⁸ y se estima que un alto porcentaje de personas que viven en países en vías de desarrollo las utilizan para la prevención y tratamiento¹⁹.



La OMS propone promover la cobertura sanitaria universal por medio de la apropiada integración de la MT en la prestación de servicios²⁰, México pertenece a los Estados miembros de esta estrategia. Es un país donde se utiliza un considerable número de plantas medicinales entre las que se encuentra “*Heliopsis longipes*” mejor conocida como chilcuague o raíz de oro, se ha documentado que su fitoquímico principal es la afinina²¹ y es utilizada para tratar la odontalgia (dolor de muelas)²² por sus propiedades analgésicas, antivirales, así mismo, antiinflamatorias y angiogénica que favorece la cicatrización de heridas^{21,23}.

En el campo de la medicina, el conocimiento ancestral y la práctica de la MT aún no cuentan con un reconocimiento como métodos validados. Persiste una brecha de evidencia científica que respalde de manera concluyente su seguridad y eficacia en los contextos de atención sanitaria contemporáneos, sin embargo, la OMS sostiene que la MT puede generar beneficios significativos cuando se integra de manera complementaria con los tratamientos médicos convencionales²⁴.

Por tal motivo el objetivo del estudio fue analizar la evolución del proceso de cicatrización de una herida crónica en paciente con diabetes mellitus tipo 2, mediante la aplicación tópica de extracto de *Heliopsis longipes*, en un contexto comunitario de Guanajuato.

MÉTODOS

Se seleccionó el diseño de estudio de caso clínico único con enfoque observacional y prospectivo, considerando la escasez de evidencia sobre el uso tópico del *Heliopsis longipes* en heridas crónicas y la necesidad de documentar experiencias situadas en contextos comunitarios con medicina tradicional, fue realizado en una comunidad del noreste del estado de Guanajuato en México. Se estableció una duración de 31 días, considerando el tiempo promedio de respuesta en intervención similar con fitoterapia de *Jatropha multifida* en herida crónica de pierna²⁵ quienes reportan resultados visibles entre la tercera y cuarta semana. Para asegurar el rigor científico, se emplearon criterios de credibilidad (uso de escala validada RESVECH 2.0), confirmabilidad (registro fotográfico cronológico), y transferencia (descripción detallada del contexto comunitario y condiciones clínicas de la paciente), además, se respetó lo marcado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud²⁶, por tal motivo el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación con folio



EC/2021/0113 como parte de un macroproyecto en la utilización de MT en enfermedades no transmisibles.

Preparación de la tintura

La planta fue recolectada en el municipio de Xichú, Guanajuato, se lavó con agua corriente y jabón, se separó la planta en tallos y raíz, la raíz se dejó secar en papel periódico durante 3 semanas. Una vez seca se procedió a preparar la tintura, se pesaron 5gr de raíz y se introdujeron en tubos de centrifuga tipo falcón con 20 ml de etanol como solvente. Se dejó reposar la muestra por 3 semanas en ausencia de luz para evitar degradación de las moléculas activas. Transcurrido el tiempo se filtró usando una gasa y papel filtro para evitar tener residuos y se colocó en una jeringa estéril para poder ser almacenada y transportada.

Procedimiento

El primer paso fue solicitar el consentimiento informado por escrito de la participante, se le explicó el procedimiento que se le iba a realizar y se corroboró que comprendiera todo el proceso, se realizó una extracción de sangre venosa para medir el nivel de HbA1c, esta prueba mide los niveles promedio de glucosa en sangre durante los últimos 3 meses²⁷

Para la aplicación de la tintura se tomó como referencia un estudio realizado para el mismo fin utilizando miel²⁸, las curaciones se llevaron a cabo en el domicilio de la participante. La tintura se aplicó en una cantidad de 2 ml directamente sobre la herida, cada 72 horas, tras limpieza con solución salina al 0.9% y jabón quirúrgico. Se cubrió con apósito estéril y se retiró a las 24 horas. Este procedimiento se repitió durante todo el periodo del estudio.

Las mediciones fueron con una cinta métrica desechable y realizando anotaciones en el instrumento RESVECH 2.0²⁹ para la valoración de cicatrización de la heridas crónicas, la cual cuenta con 6 dimensiones que se describen a continuación.

- a) dimensión de la lesión (se mide el largo por el ancho y se expresa en cm²).
- b) profundidad/tejidos afectados (varían entre 0 y 4 puntos dependiendo la lesión, comprende: piel intacta o cicatrizada, afectación de la dermis-epidermis, del tejido subcutáneo, del músculo, o de la afectación del hueso y tejidos anexos).
- c) bordes (es el tejido que limita el lecho de la herida, se califica de 0 a 4 y comprende: bordes no distinguibles, difusos, delimitados, dañados y engrosados).



- d) tipo de tejido en el lecho de la herida (Se refiere a las características del tejido en el lecho de la lesión, si se calificara el peor tejido presente tendríamos: Necrótico-esfacelo, tejido de granulación, tejido epitelial, cerrada-cicatrizada).
- e) exudado (este ítem se valora con el cambio de apósito, de acuerdo con la clasificación de la World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) e incluye: apósito seco/cicatrizado, húmedo, mojado, saturado y con fuga de exudado).
- f) infección/inflamación (se valida según los signos de infección/inflamación presentes en la herida en una subcategoría que va de 1 a 14; se califica 1 presencia de la categoría y 0: cuando estuvo ausente y son: dolor que va en aumento, eritema y edema en la perilesión, incremento de la temperatura y del exudado, exudado purulento, tejido friable y que sangra con facilidad, herida estancada que no progresa, tejido compatible con biofilms, olor, hipergranulación, ampliación del tamaño de la herida, lesiones satélite y palidez del tejido).

Para tener el puntaje total de la escala se suman los resultados de las 6 categorías y los valores van de 0 que corresponde a herida cicatrizada y un máximo de 35 que es el peor estado posible de la herida, cuenta con una validación en población mexicana con un Alfa de Cronbach de 0.82²⁹.

Las mediciones se realizaron los días 0, 10, 22 y 31. Se fue registrando la evolución mediante fotografías. Estas se pueden visualizar en las figuras expuestas en el siguiente apartado.

RESULTADOS

Paciente femenina de 68 años, diagnosticada con DM hace 25 años, mantiene un nivel de HbA1c de 6.5%, sin embargo, las glicemias capilares se encuentran por arriba de 220 mg/dl en cada visita. Vive con su esposo y un hijo, su ocupación principal es ama de casa, presentó un bajo peso, adecuada higiene y entorno limpio. Las heridas tenían una evolución de 3 semanas sin atención previa.

La participante expresó su deseo de recibir atención en una clínica privada; sin embargo, señaló que su bajo nivel de ingreso, proveniente exclusivamente del apoyo económico de su hijo, le impide cubrir los costos que ello implica.



Se le informó sobre el uso de tintura de raíz de chilcuague como alternativa para favorecer la cicatrización, dado que se le reconocen propiedades terapéuticas con este propósito. La participante manifestó estar familiarizada con su uso, aunque señaló que le resulta difícil conseguirla debido a que la planta crece en zonas serranas. Tras la propuesta de utilizarla, aceptó su aplicación.

Durante la intervención, la participante reportó una sensación de ardor leve en las heridas al momento de aplicar el extracto. No obstante, indicó que dicha molestia era de corta duración, aproximadamente de un minuto.

Las medidas fueron realizadas en los días 0, 10, 22 y 31 como se mencionó anteriormente y las puntuaciones obtenidas fueron 18, 12, 6 y 3 respectivamente conforme a la escala establecida y la evolución total en la cicatrización fue del 83 %.

Además de la evaluación clínica, se documentó la evolución mediante registro fotográfico, tal como se muestra a continuación:



Figura 1. Evaluación inicial (Día 0)
Puntaje RESVECH: 18 puntos

En esta imagen se observan las heridas abiertas con bordes irregulares, presencia de exudado seropurulento y enrojecimiento perilesional. La lesión ocupa una extensión mayor a 5 cm², con signos de inflamación y tejido necrótico.





Figura 2. Evaluación 1 (Día 10)
Puntaje RESVECH: 12 puntos

En esta imagen se observa una herida abierta con superficie menor a 16 cm², con afectación de la epidermis, con bordes dañados, presenta tejido necrótico en el lecho de la herida, presencia de exudado visible y edema.



Figura 3. Evaluación 2 (Día 22)
Puntaje RESVECH: 6 puntos

Se observa una herida abierta con superficie de 4 cm², con afectación de la epidermis, bordes delimitados sin engrosamiento, con presencia de tejido epitelial, exudado húmedo y sin presencia de infección o inflamación.



Figura 4. Evaluación final (Día 31)
Puntaje RESVECH: 3 puntos

En esta imagen se observa una herida casi cerrada con superficie menor a 4 cm², bordes difusos con tejido epitelial, se logra apreciar exudado húmedo y no tiene presencia de infección o inflamación.

Las personas que viven con diabetes tienen una cicatrización de heridas más lenta, sin embargo, el uso de fitoterapias en comunidades indígenas es muy común y su primera opción en el tratamiento de enfermedades, tal es el caso del chilcuague, que evidenció una cicatrización del 83% de la superficie de la herida en la paciente.

El uso de las plantas medicinales colabora en la cicatrización de heridas, como lo menciona Sifuentes³⁰ que utilizó filetes de aloe vera directamente en la herida durante cuatro semanas cada dos días, la intervención evidenció una mejora en la primera semana de uso, Araujo¹⁵ en su revisión afirma que el extracto hidroglicólico de *Calendula officinalis* tiene actividad biológica que favorece la cicatrización en el 78% de los casos.

Aryani²⁸ utilizó miel en combinación con aceite de árbol de té, teniendo una mejoría al día 14 de uso, al igual que Martínez-Pizano en un análisis de cuatro estudios menciona que el propóleo



colabora en la reducción del tamaño de la herida³¹ en un promedio de 4.25 semanas, Liu³² realizó un estudio multicéntrico con líquido de corteza *phellodendri* en el cual evidenció una mejora en la cicatrización a las cuatro semanas de uso, Velasco-Ramírez³³ realizó un estudio etnobotánico sobre *Verbesina sphaerocephala* y reveló su uso para el tratamiento de la cicatrización de heridas y Cabrera²⁵ en un estudio de caso utilizó savia de *Jatropha multifida* directamente en la herida durante 42 días, mostrando una cicatrización de 100%.

De acuerdo con la literatura, el periodo promedio que se utilizan las plantas medicinales para la cicatrización de heridas es de aproximadamente cuatro semanas, además cabe señalar que, se ha reportado que el uso de chilcuague carece de toxicidad, lo que indica que es seguro en la utilización de este con fines terapéuticos³⁴.

La paciente presentaba condiciones favorables que pudieron influir en la cicatrización entre las que destacan su bajo peso corporal, un entorno limpio y el apoyo constante de su familia, estos factores además de su repercusión en el bienestar general, pueden considerarse elementos coadyuvantes en los tratamientos de heridas, como señala Sifuentes³⁰, las redes de apoyo familiar juegan un papel fundamental en la efectividad de los tratamientos con plantas medicinales al favorecer el seguimiento adecuado del cuidado. Por otro lado, la paciente mantenía un nivel de HbA1c de 6.5% considerado dentro de los parámetros recomendados para personas con diabetes²⁷, lo que indica un control glucémico adecuado y similar al reportado por Buzzios³⁵ en su estudio con *Caléndula officinalis*, en el que se obtuvo un promedio de 6.4%, lo que refuerza la importancia de mantener niveles óptimos de glucosa para potenciar los efectos de los tratamientos complementarios en la cicatrización.

Las limitaciones fueron que es un estudio de caso único, lo que invita a realizar un estudio de casos y controles para determinar su efecto cicatrizante de heridas en personas que padecen diabetes.

CONCLUSIÓN

Los resultados de la investigación evidencian que el uso empírico del chilcuague favorece la cicatrización de heridas en personas con diabetes, logrando una recuperación visible en un periodo aproximado de cuatro semanas. Este hallazgo, si bien se sustenta en la observación y



el conocimiento tradicional, adquiere relevancia clínica al demostrar acción terapéutica que podría contribuir en un futuro a mejorar la calidad de vida en las personas con diabetes.

Dada la naturaleza empírica de su aplicación y la ausencia de estudios clínicos controlados que respalden sus mecanismos de acción, seguridad y eficacia bajo criterios biomédicos, se reconoce la necesidad de profundizar en investigaciones interdisciplinarias que combinen enfoques etnobotánicos, farmacológicos y clínicos.

La validación científica del chilcuague no solo podría abrir nuevas alternativas terapéuticas de origen natural para el tratamiento de heridas crónicas, sino también fortalecer la integración de saberes ancestrales al modelo de atención en salud, promoviendo un enfoque integral y culturalmente congruentes.

REFERENCIAS

1. Federación Internacional de Diabetes. Datos y cifras [Internet]. Bruselas: IDF; 2025. <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
2. Federación Internacional de Diabetes. México [Internet]. Bruselas: IDF; 2025. <https://idf.org/our-network/regions-and-members/south-and-central-america/members/mexico/>
3. Federación Internacional de Diabetes. Complicaciones [Internet]. Bruselas: IDF; 2025. <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-complications/>
4. Federación Internacional de Diabetes. Diabetes y salud nerviosa [Internet]. Bruselas: IDF; 2025. <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-complications/nerve-health/>
5. Stable Y. Cicatrización de heridas en la diabetes mellitus. Arch Med. 2023;19(1):1581. <https://doi.org/10.36648/1698-9465.23.19.1581>
6. Talaya-Navarro E, Tárraga-Marcos L, Madrona-Marcos F, Romero-de Ávila JM, Tárraga-López PJ. Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. JONNPR. 2022;7(2):235–265. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4450>
7. Orellano P, Sánchez L, Introini L, Torre W, Torres M, Cabrera M, et al. Costos directos en el tratamiento del pie diabético. Unidad de Pie Diabético, Hospital de Clínicas, Universidad de la República. Rev Med Urug. 2023;39(4):e202. <https://doi.org/10.29193/RMU.39.4.2>
8. Seshadri H, Karthikeyan V, Rudrakumar M, Seshadri P, Vasudevan D, Ranganathan V, et al. Out-of-pocket expenditure among patients with diabetic foot ulcer in a tertiary care hospital of south India: A cross-sectional study. Int Wound J. 2024;21(4):e14552. <https://doi.org/10.1111/iwj.14552>
9. Vázquez-Hernández SM, Rico-Ardila DL, Gómez-Camargo LN, Álvarez-Quintero LM. Costo-efectividad de las intervenciones de enfermería para el manejo de úlceras por pie diabético: revisión sistemática. MedUNAB. 2021;24(1):13–26. <https://doi.org/10.29375/01237047.3832>
10. Torres-Machorro A, Rubén-Castillo C, Torres-Roldán JF, Miranda-Gómez ÓF, Catrip-Torres J, Hinojosa CA. Estado actual, costos económicos y sociales del pie diabético y las amputaciones en la población mexicana. Rev Mex Angiol. 2020;48(2):53–64. <https://doi.org/10.24875/rma.20000019>
11. Jodheea-Jutton A, Hindocha S, Bhaw-Luximon A. Health economics of diabetic foot ulcer and recent trends to accelerate treatment. Foot (Edinb). 2022;55:101909. <https://doi.org/10.1016/j.foot.2022.101909>



12. Organización Panamericana de la Salud. Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud [Internet]. Washington (DC): OPS; 2013.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/61070/CD52-R13-resolution_spa.pdf
13. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. Nueva York: ONU; s. f. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
14. Oliveira BC, Oliveira BG, Deutsch G, Pessanha FS, Castilho SR, Luz FB. Cicatrização de feridas diabéticas com fator de crescimento epidérmico: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2022;13:e-202221ESP1. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202221ESP1>
15. Araujo TM, Silveira Filho ML, Brandão MGSA, Ponte VA. Tratamento de lesões nos pés de pessoas com diabetes mellitus no cenário brasileiro: revisão integrativa. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2022;96(39):1–13. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1093>
16. Barbas MÁ, Velasco CJ, Rodríguez J, Cuenca JN. Radiofrecuencia en la cicatrización de heridas crónicas: una revisión en hospital de media estancia. *Gerokomos*. 2021;32(1):63–67. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2021000100013>
17. Mejía-Benavides JE, Jiménez-García SN. Extractos de plantas como tratamientos complementarios en el proceso de cicatrización de heridas de pie diabético. *Acc Cietna*. 2023;10(1):214–221. <https://doi.org/10.35383/cietna.v10i1.931>
18. Biblioteca Virtual en Salud. Medicina tradicional [Internet]. São Paulo: BIREME/OPS/OMS; 2018.
https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=8686&filter=this_termall&q=medicina%20tradicional
19. Cuenca-Villalobos LP, Uriarte-Sandoval MA, Rodríguez-Díaz JL, Bitanga M. Use of non-conventional medicine for patients with diabetes. *AMC*. 2020;24(1):e6632.
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6632/3553>
20. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf
21. García-Badillo PE, Ávalos-Soriano A, López-Martínez J, García-Gasca T, Castro-Ruiz JE. Proangiogenic effect of affinin and an ethanolic extract from *Heliopsis longipes* roots: ex vivo and in vivo evidence. *Molecules*. 2021;26(24):7670.
<https://doi.org/10.3390/molecules26247670>
22. Cilia-López VG, Aguirre-Rivera JR, Reyes-Agüero JA, Juárez-Flores BI. Etnobotánica de *Heliopsis longipes* (Asteraceae: Heliantheae). *Bol Soc Bot Méx*. 2008;(83):81–87.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0366-21282008000200007
23. Pérez-Landa I, Delgado-Silva T, Olgún-Rojas J, Galaviz-Villa I. *Heliopsis longipes* S.F. Blake, una planta indígena con “raíces de oro”: generalidades y potencial biotecnológico. *Quimiofilia*. 2024;3(2):22–25. <https://doi.org/10.56604/qfla2024322225>
24. Organización Mundial de la Salud. Medicina tradicional [Internet]. Ginebra: OMS; 2023.
<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/traditional-medicine>
25. Cabrera Cepero JR, Díaz Guzmán L. Uso de látex de *Jatropha multifida* L en tratamiento de úlcera crónica de la pierna. *Rev Cubana Med Nat Tradic*. 2022;5:e240.
<https://revmnt.sld.cu/index.php/rmnt/article/view/240>
26. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2014. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
27. Aryani R, Nurulhuada U, Dinarti, Arisanty IP, Zaki M. Comparison of honey and natural ointment based on honey–tea tree oil on the healing of diabetic foot ulcer. *Enferm Clin*. 2020;30(S3):14–17. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.016>
28. Sánchez IA, Landeros E. Adaptación cultural y validación del índice RESVECH 2.0 en población mexicana [tesis de maestría]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2022.



29. Sifuentes D, Huerta-Franco MR, Ruíz L, Ramírez XS, González J. Cuidado de enfermería en adultos mayores con pie diabético utilizando el Aloe vera [Internet]. España: PortalesMedicos.com; 2018. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-de-enfermeria-en-adultos-mayores-con-pie-diabetico-utilizando-el-aloe-vera/>
30. Martínez-Pizarro S. Propóleo tópico en el tratamiento de úlceras del pie diabético. *Dermatol Rev Mex*. 2021;65(3):447–449. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i3.5792>
31. Liu Y, Li Y, Du Y, Huang T, Zhu C. Multicenter clinical trials analyzing efficacy and safety of topical Cortex Phellodendri compound fluid in treatment of diabetic foot ulcers. *Med Sci Monit*. 2020;26:e923424. <https://doi.org/10.12659/MSM.923424>
32. Velasco-Ramírez AP, Velasco-Ramírez SF, Velasco-Ramírez A. Uso en medicina tradicional de *Verbesina sphaerocephala* A. Gray (Asteraceae) en la comunidad de San Martín de las Flores, Jalisco, México. *Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat*. 2019;18(2):144–154. <https://doi.org/10.37360/blacpma.19.18.2.11>
33. Rivera L, Cariño R. Evaluación de la genotoxicidad de las raíces de *Heliopsis longipes* S.F. Blake mediante la técnica de micronúcleos en ratón CD1+ [tesis]. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
34. Centers for Disease Control and Prevention. A1C test for diabetes and prediabetes [Internet]. Atlanta: CDC; 2024. <https://www.cdc.gov/diabetes/diabetes-testing/prediabetes-a1c-test.html>
35. Buzzi M, de Freitas F, Winter M. A prospective, descriptive study to assess the clinical benefits of using *Calendula officinalis* hydroglycolic extract for the topical treatment of diabetic foot ulcers. *Ostomy Wound Manage*. 2016;62(3):8–24. PMID: 26978856



ARTÍCULO ORIGINAL

Conocimientos y consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2**Knowledge and alcohol consumption in individuals diagnosed with type 2 diabetes mellitus***Conhecimentos e consumo de álcool em pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2*

Isamar Daniela Enríquez-Quintero^I
Juan Yovani Telumbre-Terrero^{II}
Evelin Anaíd Ortiz-Guadarrama^{III}
Denise Lizette De La Cruz-Jiménez^{IV}

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que afecta significativamente la salud. Un conocimiento adecuado sobre la enfermedad y un control del consumo de alcohol son esenciales para prevenir complicaciones. **Objetivo:** Analizar los conocimientos y el consumo de alcohol en personas con diabetes mellitus tipo 2. **Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 145 participantes con diabetes mellitus tipo 2, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Se utilizaron el Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes y la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, con análisis descriptivo. **Resultados:** El 40,7% mostró conocimientos adecuados, mientras que el 55,9% tenía un control inadecuado de glucemia. El 64,9% presentó consumo sensato de alcohol, y aquellos con conocimientos inadecuados mostraron mayor consumo dependiente (50%). **Conclusión:** Un mayor conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 se asocia con mejores hábitos de consumo de alcohol.

Palabras clave: Complicaciones de la Diabetes; Conocimiento; Consumo de Bebidas Alcohólicas; Control Glucémico; Diabetes mellitus tipo 2

Para citar este documento

Enríquez-Quintero ID, Telumbre-Terrero JY, Ortiz-Guadarrama EA y De La Cruz-Jiménez DL. Conocimientos y consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(17):88-99. <https://doi.org/10.57246/1bhwkt12>

Fecha de envío: 21/04/2025 **Fecha de aceptación:** 29/07/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

^IMaestra en Ciencias de Enfermería. Universidad de Sonora. Ciudad Obregón, Sonora, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-5369-8348> Correo: isamar.enriquez@unison.mx

^{II}Doctor en Salud Mental. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen Campeche México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-8695-7924> Correo: jtelumbre@pampano.unacar.mx

^{III}Maestra en Pedagogía y Práctica Docente. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen Campeche México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0001-9678-8378> Correo: aortiz@pampano.unacar.mx

^{IV}Maestra en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen Campeche México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0009-9955-1411>. Correo: dlacruz@pampano.unacar.mx



ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes mellitus is a chronic disease that significantly affects health. Adequate knowledge about the disease and control of alcohol consumption are essential to prevent complications.

Objective: To analyze the knowledge and alcohol consumption in individuals with type 2 diabetes mellitus. **Methods:** A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted with 145 participants diagnosed with type 2 diabetes mellitus, selected through non-probability sampling. The Diabetes Knowledge Questionnaire and the Alcohol Use Disorders Identification Test were used, with descriptive analysis. **Results:** A total of 40.7% showed adequate knowledge, while 55.9% had inadequate glycemic control. 64.9% demonstrated sensible alcohol consumption, and those with inadequate knowledge showed a higher rate of dependent consumption (50%). **Conclusion:** Greater knowledge about type 2 diabetes mellitus is associated with better alcohol consumption habits.

Keywords: Alcohol Drinking; Diabetes Complications; Diabetes Mellitus, Type 2; Glycemic Control; Knowledge.

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus tipo 2 é uma doença crônica que afeta significativamente a saúde. Um conhecimento adequado sobre a doença e o controle do consumo de álcool são essenciais para prevenir complicações. **Objetivo:** Analisar os conhecimentos e o consumo de álcool em pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. **Métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal com 145 participantes com diabetes mellitus tipo 2, selecionados por amostragem não probabilística. Foram utilizados o Questionário de Conhecimento sobre Diabetes e o Teste de Identificação de Transtornos por Uso de Álcool, com análise descritiva. **Resultados:** 40,7% apresentaram conhecimentos adequados, enquanto 55,9% apresentaram controle inadequado da glicemia. 64,9% demonstraram consumo sensato de álcool, e aqueles com conhecimentos inadequados apresentaram maior consumo dependente (50%). **Conclusão:** Um maior conhecimento sobre o diabetes mellitus tipo 2 está associado a melhores hábitos de consumo de álcool.

Palavras-chave: Complicações do Diabetes; Conhecimento; Consumo de Bebidas Alcoólicas; Controle Glicêmico; Diabetes Mellitus Tipo 2.



INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es un problema significativo de salud pública a nivel mundial; de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (IDF), en 2021 se estimó que 537 millones de adultos vivían con esta enfermedad, cifra que podría alcanzar los 643 millones para 2030¹. En el contexto mexicano, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2023 reveló que el 18.4% de los adultos mexicanos padecen diabetes, posicionándose esta patología como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país².

En este contexto, el conocimiento sobre la diabetes es un factor clave en el autocuidado de los pacientes, ya que facilita la toma de decisiones informadas, mejora la adherencia a las recomendaciones terapéuticas y previene complicaciones a largo plazo. Diversos estudios han demostrado que un mayor nivel de conocimiento sobre la enfermedad se asocia con una mejora en el control glucémico y una reducción en las hospitalizaciones relacionadas con la DMT2^{3,4}. Sin embargo, investigaciones han encontrado que muchos pacientes, particularmente en áreas rurales y semiurbanas, presentan deficiencias en su comprensión sobre la enfermedad, lo que afecta negativamente su capacidad para gestionarla adecuadamente^{3,5}.

Por otro lado, el consumo de alcohol juega un papel crucial en el manejo de la DMT2, ya que puede interferir con el control de la glucemia. El alcohol no solo incrementa el riesgo de episodios hipoglucémicos, sino que también contribuye al desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares, como enfermedades cardiovasculares y neuropatía, que son prevalentes en los pacientes con DMT2^{6,7}. Además, el consumo excesivo de alcohol ha sido relacionado con un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la diabetes^{8,9}. Estos efectos adversos subrayan la necesidad de educar a los pacientes sobre los riesgos del alcohol y promover hábitos de autocuidado más saludables para garantizar un control adecuado de la enfermedad y prevenir complicaciones a largo plazo.

A pesar de la importancia del conocimiento sobre la enfermedad y del consumo de alcohol, existe una notable escasez de estudios que exploren la relación directa entre el nivel de conocimientos sobre la diabetes y los hábitos de consumo de alcohol, especialmente en contextos rurales y semiurbanos. La mayoría de las investigaciones se han centrado en los aspectos biomédicos y farmacológicos del tratamiento de la DMT2, dejando de lado factores



educativos y conductuales importantes⁵. Además, la evidencia sobre cómo interactúan estos dos factores en la vida diaria de los pacientes, especialmente aquellos que acceden a servicios de atención primaria, es limitada³.

En este sentido, el personal de enfermería juega un papel esencial en la educación del paciente, proporcionando intervenciones clave para el autocuidado, el manejo de la enfermedad y la prevención de complicaciones, lo que mejora la adherencia terapéutica y optimiza los resultados clínicos. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es analizar los conocimientos y el consumo de alcohol en personas con diagnóstico de DMT2.

MÉTODOS

Se llevo a cabo una investigación cuantitativa de tipo descriptivo y transversal¹⁰, dado que se describieron los conocimientos y el consumo de alcohol en la población de interés tal y como ocurre de manera natural a través de una sola medición en el tiempo. La población estuvo integrada por adultos con diagnóstico de DMT2 que acudieron a la consulta externa en una unidad de medica en Mamantel municipio de Ciudad del Carmen Campeche, México durante el período de enero- febrero 2024. Para ello se implementó un muestreo no probabilístico a conveniencia¹¹, quedando una muestra final de 145 participantes con un rango de edad de 42 a 88 años. Como criterios de inclusión se tomó como base adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de primera vez o subsecuente, que aceptara participar de manera voluntaria, con o sin complicaciones por la enfermedad y como criterios de exclusión aquellos pacientes que tuvieran alguna alteración en su salud mental.

Para la obtención de datos se diseñó una cédula de datos personales para los fines de la investigación y para la variable de conocimientos se empleó el Cuestionario de Conocimientos en Diabetes¹² adaptado y validado al contexto mexicano, integrado por 24 afirmaciones agrupadas en tres dimensiones: conocimientos básicos sobre la enfermedad (10 preguntas), control de la glucemia (7 preguntas) y prevención de complicaciones (7 preguntas). La escala de respuesta consta de tres opciones: si, no y no sé, para su interpretación se consideró correcta cuando se contestaba apropiadamente el reactivo, en caso contrario era incorrecta¹³. Así también se establecen los siguientes puntos de corte: conocimiento adecuado (19 a 24 puntos), conocimiento intermedio (13 a 18 puntos) e inadecuado (12 puntos o menos)¹⁴. El alfa de



Cronbach (α) del instrumento original fue de 0,76 en población mexicana¹⁵, para esta muestra, alcanzó un valor de 0,73.

Para caracterizar el consumo de alcohol se utilizó la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT]¹⁶ adaptado y validado al contexto mexicano, que evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses y los posibles problemas que pudieran surgir a partir del consumo de alcohol. Está integrado por 10 preguntas de opción múltiple que evalúan la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, la posibilidad de que exista dependencia y un consumo dañino de alcohol. Para su interpretación se suman los valores de cada una de las afirmaciones y puntuaciones de 0-3 se considera un consumo sensato, de 4 a 7 puntos consumo dependiente y de 8 a más puntos consumo dañino. El alfa de Cronbach del instrumento en el contexto Mexicano se ha reportado con un $\alpha = 0,86$ ¹⁷; en la presente investigación, se obtuvo un coeficiente de $\alpha = 0,83$.

La recolección de la información se realizó de forma presencial, previa aprobación del proyecto y autorización de la institución. El abordaje de los participantes se realizó en la sala de espera, donde se les invito a participar y se les explico el objetivo de la investigación, para quienes aceptaron se realizó la entrega y firma del consentimiento informado¹⁸ y los instrumentos en papel. La investigación se apegó a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, donde se definen los elementos que se deben cumplir cuando se realiza investigación en seres humanos. Los datos recolectados fueron analizados en el programa SPSS versión 23.0 para Windows, se empleó la estadística descriptiva a través frecuencias proporciones y medidas de tendencia central y de dispersión¹⁹.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

El 77,9% corresponde a las mujeres y el 22,1% a los hombres, en función de la ocupación el 59,3% manifestó trabajar actualmente, además el 26.9% cuenta con escolaridad de primaria, 23,4 con carrera profesional y el 24,1 con nivel de secundaria, por lo que respecta al estado civil el 84,1% es casado y 7,6% está en unión libre.

Conocimientos en diabetes



Con relación al nivel de conocimiento en función del puntaje obtenido de la escala y los puntos de corte (Tabla 1), se identificó que los conocimientos de forma general son adecuados (40,7%), por dimensión los conocimientos básicos de la enfermedad son regulares (45,5%), de control de la glucemia inadecuados (55,9%) y de prevención de complicaciones adecuados (46,9%).

Tabla 1. Frecuencias y proporciones de las puntuaciones obtenidas de los conocimientos en DM por subescala

Niveles	General		Dimensiones					
	Conocimientos		Básicos sobre la enfermedad		Control de la glucemia		Prevención de complicaciones	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Inadecuados	44	30,3	16	11,0	81	55,9	16	11,0
Regulares	42	29,0	66	45,5	29	20,0	61	42,1
Adecuados	59	40,7	63	43,5	35	24,1	68	46,9

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*=145.

Ahora bien, al analizar los conocimientos en función del grupo de edad, los valores son adecuados en ambos grupos con un valor de 40,7%, así también en función de las dimensiones de la escala predominan los conocimientos adecuados en la dimensión de conocimientos básicos (54,2%), prevención de complicaciones (47,5%) y control de la glucemia (25,4%) en el grupo de edad de 51 años o más (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias y proporciones de los conocimientos en DM por grupo etario

Variables		Grupo de edad	
		40-50 años	51 o más años
Generales	Inadecuados	27,9%	33,9%
	Regulares	31,4%	25,4%
	Adecuados	40,7%	40,7%
Conocimientos básicos	Inadecuados	11,6%	10,2%
	Regulares	52,3%	35,6%
	Adecuados	36,1%	54,2%
Control de la glucemia	Inadecuados	52,3%	61,0%
	Regulares	24,4%	13,6%
	Adecuados	23,3%	25,4%
Prevención de complicaciones	Inadecuados	9,3%	13,6%
	Regulares	44,2%	39,0%
	Adecuados	46,5%	47,5%

Nota: *f*= frecuencia, *n*=145.



Consumo de alcohol

Por lo que respecta al consumo de alcohol, el 86,6% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, 66,9% en el último año, 51% en el último mes y 41,1% en la última semana, además en promedio consumen 3,5 (*Desviación Estándar [DE] = 1,4*) bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo. Al analizar las puntuaciones del AUDIT (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias y proporciones por tipo de consumo de alcohol según el AUDIT.

Consumo	f	%
Sensato	63	64,9
Dependiente	18	18,6
Dañino	16	16,5

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=97.

Conocimientos en diabetes y consumo de alcohol

Al analizar el nivel de conocimientos y el consumo de alcohol (Tabla 4), se identificó que en aquellas personas que tienen conocimientos adecuados se presenta un consumo sensato (44,8%), en comparación con aquellos participantes que tiene conocimientos inadecuados el consumo de alcohol que predomina es el dependiente (50%).

Tabla 4. Tabla cruzada del nivel de conocimientos y el tipo de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT.

Variables	Conocimientos					
	Inadecuados		Regulares		Adecuados	
	f	%	f	%	f	%
Consumo sensato	16	27,6	16	27,6	26	44,8
Consumo dependiente	9	50,0	4	22,2	5	27,8
Consumo dañino	5	31,3	6	31,3	6	37,5

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=97.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio proporcionan una visión detallada sobre el nivel de conocimiento acerca de la DMT2 y sus implicaciones en los hábitos de consumo de alcohol entre pacientes en un contexto rural y semiurbano. La relación entre el conocimiento sobre la enfermedad y el consumo de alcohol en pacientes con DMT2 es un área que requiere mayor atención, especialmente en contextos como el mexicano, donde los desafíos socioeconómicos y educativos pueden influir directamente en el autocuidado y la adherencia al tratamiento.



En cuanto al nivel de conocimiento sobre la diabetes, los resultados revelan que aproximadamente el 40,7% de los participantes presentaron conocimientos adecuados en general, lo cual es un hallazgo positivo. Sin embargo, la dimensión del control de la glucemia presentó los mayores déficits, con más de la mitad de los participantes (55,9%) mostrando conocimientos inadecuados. Este hallazgo es consistente con estudios previos que han identificado el control glucémico como uno de los aspectos más desafiantes para los pacientes con diabetes, tanto en términos de comprensión como de adherencia a las estrategias terapéuticas necesarias para lograrlo ^{20,21}. Es especialmente relevante, ya que el control adecuado de la glucemia es esencial para prevenir complicaciones micro y macrovasculares, como la neuropatía y las enfermedades cardiovasculares, que están estrechamente relacionadas con la DMT2 ^{22,23}.

Por otro lado, la relación entre el conocimiento sobre la diabetes y el consumo de alcohol proporciona información útil para el diseño de estrategias educativas más efectivas. En este estudio, los participantes con conocimientos adecuados sobre la diabetes mostraron una mayor proporción de consumo sensato de alcohol (44,8%), mientras que aquellos con conocimientos inadecuados presentaron un mayor consumo dependiente (50%). Esta tendencia refuerza la idea de que una mayor comprensión de la enfermedad puede influir de manera positiva en los hábitos de vida de los pacientes, en particular en lo que respecta al consumo de alcohol. Estudios previos han sugerido que la educación sobre la diabetes no solo debe centrarse en los aspectos médicos de la enfermedad, sino también en la modificación de comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol ^{24,25}.

En este estudio se observó que, aunque el nivel de conocimiento general sobre diabetes fue adecuado en ambos grupos etarios, los adultos mayores de 51 años presentaron mejores conocimientos en aspectos básicos (54,2 %) y prevención de complicaciones (47,5 %), pero conocimientos limitados en el control de la glucemia (25,4 %). Estos hallazgos coinciden con estudios previos que indican que las personas mayores tienden a poseer mayor conocimiento general debido a su mayor contacto con servicios de salud, aunque enfrentan dificultades en el manejo técnico de la enfermedad, como el monitoreo glucémico y la administración de insulina ^{26,27}. Estos resultados refuerzan la necesidad de estrategias educativas diferenciadas según la edad.



El consumo de alcohol, aunque en su mayoría moderado entre los participantes, sigue siendo una preocupación significativa en la gestión de la DMT2. Aunque el consumo sensato predominó en el estudio (64,9%), un porcentaje considerable de los participantes presentó patrones de consumo dependiente o dañino (35,1%), lo que puede tener un impacto adverso en el control de la glucosa y en el desarrollo de complicaciones relacionadas con la diabetes. El alcohol tiene un efecto directo sobre los niveles de glucosa, alterando la respuesta a la insulina y contribuyendo a fluctuaciones en los niveles de azúcar en sangre, lo que aumenta el riesgo de hipoglucemia^{28,29}. Además, un consumo excesivo puede desencadenar efectos perjudiciales sobre la función cardiovascular y renal, lo que es particularmente relevante para los pacientes con DMT2 debido a la alta prevalencia de comorbilidades relacionadas con estos sistemas^{30,31}.

Este estudio presenta varias limitaciones. El diseño transversal impide establecer causalidad entre el conocimiento sobre la diabetes y el consumo de alcohol. La falta de aleatorización y el muestreo no probabilístico limitan la generalización de los resultados. El uso de autoinformes podría introducir sesgos de respuesta debido a normas sociales o percepciones de los participantes. Asimismo, la muestra predominantemente femenina podría influir en los resultados, ya que hombres y mujeres pueden diferir en su conocimiento y comportamiento respecto al autocuidado de la diabetes y al consumo de alcohol.

Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de una educación integral sobre la DMT2, que no solo aborde los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también factores conductuales y sociales, como el consumo de alcohol. Las intervenciones educativas que mejoren el conocimiento sobre el control glucémico pueden favorecer la adherencia al tratamiento y prevenir complicaciones en pacientes con DMT2. A su vez, al promover un consumo responsable de alcohol, se pueden reducir los riesgos asociados con la hipoglucemia y las complicaciones cardiovasculares.

El personal de salud, particularmente los profesionales de enfermería, tiene un rol esencial en la educación de los pacientes, ofreciendo información accesible y efectiva sobre el autocuidado y la modificación de comportamientos de riesgo. Las intervenciones en comunidades rurales y semiurbanas, donde el acceso a información sobre la DMT2 es limitado, son especialmente cruciales para mejorar los resultados de salud y reducir las disparidades en el acceso a la atención médica.



CONCLUSIÓN

Este estudio resalta la importancia de la educación en diabetes como una herramienta clave en el autocuidado y manejo de la DMT2, especialmente en lo que respecta al control glucémico y el consumo de alcohol. Los hallazgos sugieren que una mayor comprensión de la enfermedad se asocia con mejores hábitos de consumo de alcohol, lo que, a su vez, podría contribuir a un mejor manejo de la enfermedad. Es esencial implementar estrategias educativas más efectivas, particularmente en áreas rurales y semiurbanas, para mejorar el conocimiento sobre la diabetes y reducir los riesgos asociados con el consumo excesivo de alcohol. Las intervenciones educativas que involucren tanto el control glucémico como los hábitos de vida saludables, como el consumo moderado de alcohol, son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con DMT2 y prevenir complicaciones a largo plazo.

REFERENCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021 [Internet]. <https://diabetesatlas.org>
2. Secretaría de Salud, México. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). 2023.
3. Ernawati U, Wihastuti TA, Utami YW. Effectiveness of diabetes self-management education (DSME) in type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients: Systematic literature review. *J Public Health Res.* 2021;10(2):2240. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2240>
4. Silveira AOSM, Gomides MDA, Sadoyama G. Analysis of the impact of a diabetes education program on glycemic control and prevalence of chronic complications. *Arch Endocrinol Metab.* 2023;67(3):298–305. <https://doi.org/10.20945/2359-399700000541>
5. Gómez Giménez F, de Blas Cerezo I, Vázquez Pérez P. Type 2 diabetes mellitus: Educational challenges in rural settings [Internet]. *Rev Diabetes.* 2024;(90) : Thérapeutique Education. <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Type-2-Diabetes-Mellitus-Educational-Challenges-in-Rural-Settings.pdf>
6. Wake AD. The effects of alcohol consumption in type 2 diabetic mellitus individuals. *Diab Obes Int J.* 2021 ;6(1). <https://doi.org/10.23880/doi-16000237>
7. Llamosas-Falcón L, Rehm J, Bright S, Buckley C, Carr T, Kilian C, et al. The relationship between alcohol consumption, BMI, and type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Diabetes Care.* 2023 ;46(11) :2076–83. <https://doi.org/10.2337/dc23-1015>
8. Martins RB, Ordaz-Briseño SA, Flores-Hernández S, Bós ÂJG, Baptista-Rosas RC, Mercado-Sesma AR. Comparison of prevalence of diabetes complications in Brazilian and Mexican adults: A cross-sectional study. *BMC Endocr Disord.* 2021 ;21(1) :48. <https://doi.org/10.1186/s12902-021-00711-y>
9. Guamán-Montero NA, Mesa-Cano IC, Peña-Cordero SJ, Ramírez-Coronel AA. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Arch Venez Farmacol Ter.* 2021;40(3):290–7. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5039487>.



10. Müggenburg Rodríguez V, Pérez Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enferm Univ* [Internet]. 2018 ;4(1). <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.1.469>.
11. Page MÁ. La técnica de muestreo. Ejemplo práctico de su aplicación en las evaluaciones educativas. *Rev Esp Invest Sociol* [Internet]. 2024;(46) :173–82. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.46.173>.
12. López Uribe N, Carachure Abarca M. Grado de conocimiento sobre su enfermedad de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aten Fam* [Internet]. 2021 ;28(3) :185. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.3.79580>
13. López Reyes M, Peinado Ibáñez C. Nivel de conocimientos sobre diabetes y adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de ámbito rural vs urbano. *Nure Investig* [Internet]. 2024. <http://dx.doi.org/10.58722/nure.v21i131.2470>.
14. Ortega Oviedo S, Berrocal Narváez N, Argel Torres K, Pacheco Torres K. Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev avances en salud* [Internet]. 2019;3(2):18–26. <http://dx.doi.org/10.21897/25394622.1848>.
15. Gómez-Encino G, Cruz-León A, Zapata-Vázquez R, Morales- Ramón F. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2015; 21(1), 17-25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48742127004>
16. Higgins-Biddle JC, Babor TF. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2018;44(6):578–86. <http://dx.doi.org/10.1080/00952990.2018.1456545>.
17. Sánchez H, Posadas M, Martínez A. Cohesión-adaptabilidad familiar relacionada al riesgo de consumo del alcohol en adultos. *Innovación y desarrollo tecnológico*. [Internet] 2023;15 (2) :517-524. <https://bit.ly/4kWpJG4>
18. Monge-Muñoz MD, Rodríguez-Caravaca G, Del-Barrio-Fernández JL. Adecuación del consentimiento informado en la investigación clínica: estudio descriptivo transversal. *J Health Qual Res* [Internet]. 2025 ;40(2) :107–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.12.001>.
19. Ramírez Coronel AA. La bioestadística: Un pilar fundamental en las ciencias de la salud. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea* [Internet]. 2024;2(2):0. <http://dx.doi.org/10.58995/redlic.rmic.v2.n2.a77>.
20. García AA, Villagomez ET, Brown SA, Kouzekanani K, Hanis CL. The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes Care* [Internet]. 2001;24(1):16–21. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.16>
21. Fabela-Mendoza K, Mendoza-Romo MA, Barbosa-Rojas JB, Salazar-Ramírez P, Zamora-Cruz A, Coronado-Juárez CG, et al. Control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según esquema de tratamiento. *Rev Mex Med Fam* [Internet]. 2024 Mar [citado 2025 Abr 18];11(1):9–16. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962024000100009&lng=es.
22. Howard AA, Arnsten JH, Gourevitch MN. Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: A systematic review. *Ann Intern Med* [Internet]. 2004;140(3):211–9. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-6-200403160-00011>
23. Pietraszek A, Gregersen S, Hermansen K. Alcohol and type 2 diabetes. A review. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* [Internet]. 2010 ;20(5) :366–75. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2010.05.001>



24. Ahmed AT, Karter AJ, Warton EM, Doan JU, Weisner CM. The relationship between alcohol consumption and glycemic control among patients with diabetes: The Kaiser Permanente Northern California Diabetes Registry. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2008;23(3):275–82. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0502-z>
25. Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* [Internet]. 2009 ;32(11) :2123–32. <https://doi.org/10.2337/dc09-0227>
26. Al-Khawaldeh OA, Al-Hassan MA, Froelicher ES. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* [Internet]. 2012 ;26(1) :10–6. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2011.11.002>
27. Okura T, Heisler M, Langa KM. Association between cognitive function and social support with glycemic control in adults with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2009; 7(10), 1816–1824. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02431.x>
28. Mata-Cases M, Mahon J, Mauricio D, Franch-Nadal J, Real J, Hex N. Improving management of glycaemic control in people with T2DM in primary care: Estimation of the impact on the clinical complications and associated costs. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020;20(1):803. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05360-w>
29. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *J Diabetes Metab Disord* [Internet]. 2013 ;12(1) :14. <https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
30. Caballero AE. Cultural competence in diabetes mellitus care: An urgent need. *Insulin* [Internet]. 2007 ;2(2) :80–91. [https://doi.org/10.1016/S1557-0843\(07\)80019-4](https://doi.org/10.1016/S1557-0843(07)80019-4)
31. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clin Diabetes* [Internet]. 2004 ;22(3) :123–7. <https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123>



ARTÍCULO ORIGINAL

Relación entre ansiedad, depresión, soledad y necesidades de cuidado en cuidadores familiares de adultos mayores

Relationship between anxiety, depression, loneliness, and caregiving needs in family caregivers of older adults

Relação entre ansiedade, depressão, solidão e necessidades de cuidado em cuidadores familiares de idosos

Ana Laura Carrillo-Cervantes^I
Isaí Arturo Medina-Fernández^{II}
Reyna Torres-Obregón^{III}
Cecilia Ixel Mazatán-Ochoa^{IV}
Josué Arturo Medina-Fernández^V

RESUMEN

Objetivo. Analizar la relación entre ansiedad, depresión, soledad y necesidades de cuidado en cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedades crónicas en Saltillo, Coahuila. **Métodos.** Estudio descriptivo-correlacional, cuantitativo, con 135 cuidadores seleccionados por muestreo no probabilístico. Se aplicaron escalas validadas para medir las variables. **Resultados.** Se hallaron correlaciones significativas entre la edad del cuidador y síntomas depresivos ($\rho = .194, p < .05$), así como entre ansiedad, depresión y soledad ($\rho = .345, p < .01$; $\rho = .329, p < .05$). La depresión también mostró asociación con la soledad ($\rho = -.284, p < .05$). Las principales necesidades reportadas se centraron en alimentación, administración de medicamentos, higiene y orientación emocional. **Conclusiones.** A mayor edad del cuidador aumentan los síntomas depresivos, posiblemente por menor capacidad adaptativa frente al rol prolongado. La interdependencia entre ansiedad y depresión refleja desgaste psicológico, mientras que la soledad actúa como factor agravante del malestar emocional.

Palabras clave: Adulto mayor; Ansiedad; Depresión; Soledad; Atención domiciliar de salud; Cuidador familiar; Enfermedades crónicas.

Para citar este documento



Carrillo-Cervantes AL, Medina-Fernández IA, Torres-Obregón R, Mazatán-Ochoa CI y Medina-Fernández JA. Relación entre ansiedad, depresión, soledad y necesidades de cuidado en cuidadores familiares de adultos mayores. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; **5**(17): 100-116. <https://doi.org/10.57246/hdendp80>

Fecha de envío: 21/04/2025 Fecha de aceptación: 20/09/2025 Fecha de publicación: 30/09/2025

^I Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. <https://ORCID.org/0000-0003-2920-4675> Correo: anacarrillo@uadec.edu.mx

^{II} Doctor en Salud Pública. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. <https://ORCID.org/0000-0003-2845-4648> Correo: isai-medina@uadec.edu.mx

^{III} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. <https://ORCID.org/0000-0003-3546-6970> Correo: reyna.torres@uadec.edu.mx

^{IV} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. <https://ORCID.org/0000-0002-3656-3986> Correo: cecilia.mazatan@uadec.edu.mx

^V Doctor en Salud Pública. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Chetumal, México. <https://ORCID.org/0000-0003-0588-9382> Correo: josue.medina@uqroo.edu.mx



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

ABSTRACT

Objective. To analyze the relationship between anxiety, depression, loneliness, and caregiving needs among family caregivers of older adults with chronic diseases in Saltillo, Coahuila. **Methods.** A descriptive-correlational, quantitative study was conducted with 135 caregivers selected through non-probabilistic convenience sampling. Validated scales were applied to measure the study variables. **Results.** Significant correlations were found between caregiver age and depressive symptoms ($\rho = .194, p < .05$), as well as between anxiety, depression, and loneliness ($\rho = .345, p < .01$; $\rho = .329, p < .05$). Depression also showed an association with loneliness ($\rho = -.284, p < .05$). The main needs identified among caregivers included support with feeding, medication management, hygiene, and emotional guidance. **Conclusions.** Older caregivers reported greater depressive symptoms, possibly linked to lower adaptive capacity when facing prolonged caregiving demands. The positive correlation between anxiety and depression highlights psychological strain, while loneliness emerges as an aggravating factor of emotional distress.

Keywords: Elderly; Anxiety; Depression; Loneliness; Home Nursing; Caregiver; Chronic diseases.

RESUMO

Objetivo. Analisar a relação entre ansiedade, depressão, solidão e necessidades de cuidado entre cuidadores familiares de idosos com doenças crônicas em Saltillo, Coahuila. **Métodos.** Estudo descritivo-correlacional, quantitativo, realizado com 135 cuidadores selecionados por amostragem não probabilística por conveniência. Escalas validadas foram aplicadas para mensurar as variáveis do estudo. **Resultados.** Foram encontradas correlações significativas entre a idade do cuidador e os sintomas depressivos ($\rho = .194, p < .05$), assim como entre ansiedade, depressão e solidão ($\rho = .345, p < .01$; $\rho = .329, p < .05$). A depressão também apresentou associação com a solidão ($\rho = -.284, p < .05$). As principais necessidades identificadas entre os cuidadores incluíram apoio na alimentação, administração de medicamentos, higiene e orientação emocional. **Conclusões.** Cuidadores mais velhos relataram maiores sintomas depressivos, possivelmente relacionados a menor capacidade adaptativa frente às demandas prolongadas do cuidado. A correlação positiva entre ansiedade e depressão evidencia desgaste psicológico, enquanto a solidão surge como fator agravante do sofrimento emocional.

Palavras-chave: Idoso; Ansiedade; Depressão; Solidão; Soins à domicile; Doença crônicas.



INTRODUCCIÓN

En México, las enfermedades crónicas representan uno de los principales desafíos epidemiológicos y sociales del siglo XXI. De acuerdo con datos recientes, estas enfermedades son responsables de cerca del 80 % de las muertes a nivel nacional y su prevalencia continúa en aumento, no solo entre los adultos mayores, sino también en personas cada vez más jóvenes¹. Este fenómeno está ligado al envejecimiento progresivo de la población, el cual ha intensificado la carga para los sistemas de salud y para las familias, particularmente en el ámbito del cuidado familiar^{2,3}.

Las enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, EPOC e hipertensión arterial, no solo aumentan la tasa de mortalidad, sino que son también la principal causa de discapacidad, pérdida de autonomía y dependencia funcional en la vejez^{4,5}. Este deterioro progresivo de la salud genera la necesidad de asistencia continua en las actividades de la vida diaria, responsabilidad que, en la mayoría de los casos, es asumida por un miembro del núcleo familiar, identificado como cuidador familiar³.

El rol del cuidador familiar implica una carga multifactorial (física, emocional, espiritual, económica y social) que rara vez es reconocida formalmente. Se estima que más del 90 % de los cuidadores familiares en México no reciben remuneración, capacitación ni apoyo institucional para desempeñar sus funciones, a pesar de que su labor puede extenderse durante años y sin límite de horario^{2,3,6}. Este compromiso está impulsado, en gran medida, por la relación afectiva con los adultos mayores lo cual genera una dedicación incondicional pero también una alta vulnerabilidad psicoemocional.

Tradicionalmente, el cuidado consistía en ayudar en tareas básicas como la alimentación, la higiene y la movilidad. Sin embargo, en la actualidad, el cuidador familiar enfrenta retos mayores, como la administración de medicamentos, vigilancia de signos clínicos, traslados frecuentes al sistema de salud y toma de decisiones en situaciones críticas relacionadas con la salud, la economía e incluso las cuestiones sociales⁷. Además, estas actividades, que exigen conocimientos técnicos y habilidades complejas, suelen desempeñarse sin formación previa, lo que incrementa el riesgo de errores, estrés crónico y deterioro de la salud del cuidador⁸.



Diversos estudios han documentado el impacto negativo de asumir el rol de cuidador familiar sobre el bienestar de quienes lo desempeñan, reflejado en síntomas de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, cansancio extremo y una disminución notable en su calidad de vida^{9,10}. A pesar de ello, en el contexto nacional y regional, persiste una escasa visibilidad de estas problemáticas en la agenda pública y en los programas de salud comunitaria, lo que revela un vacío significativo de atención, formación y acompañamiento¹¹.

Actualmente, se reconoce que una manera efectiva de afrontar los desafíos del cuidado es fortaleciendo las competencias del cuidador familiar: no solo a través del aprendizaje de técnicas específicas, sino también mediante el desarrollo de habilidades emocionales, como la resiliencia, el autocuidado y la toma de decisiones¹². Sin embargo, la mayoría de los cuidadores no cuentan con acceso a estas herramientas¹³.

En este contexto, se justifica la necesidad de generar evidencia científica sobre la relación entre la depresión, la ansiedad, la soledad y las necesidades de cuidado de los cuidadores familiares, particularmente en regiones como Saltillo, Coahuila, donde el envejecimiento poblacional y la prevalencia de enfermedades crónicas representan un fenómeno creciente¹⁴⁻¹⁶. Aunque se ha avanzado en el estudio de las condiciones clínicas de los adultos mayores, las experiencias subjetivas y emocionales del cuidador familiar siguen siendo poco exploradas, especialmente en relación con el nivel de dependencia de los adultos mayores y la estructura de apoyo familiar disponible.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación determinar la relación entre la ansiedad, depresión, soledad y las necesidades de cuidado de los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica en Saltillo, Coahuila, México.

La hipótesis planteada es: Existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad, depresión y soledad con las necesidades de cuidado percibidas por los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica en el municipio de Saltillo, Coahuila.

MÉTODO

Tipo de estudio y diseño

La presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo, transversal, con diseño descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 135 cuidadores familiares de



adultos mayores con enfermedad crónica. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia. Como criterios de inclusión se consideraron a personas de 18 años y más, que desempeñaran el rol de cuidador principal, haber ejercido estas actividades por un periodo mínimo de un mes y autodefinirse como el responsable principal del cuidado dentro del núcleo familiar. Se excluyeron a aquellos que no completaran los instrumentos, y a los cuidadores familiares con deterioro cognitivo, medido a través de la Prueba de Detección de Deterioro Cognitivo de Pfeiffer¹⁷.

La recolección de datos se realizó entre los meses de agosto y diciembre del 2022. La aplicación de los instrumentos tuvo una duración aproximada de 30 a 40 minutos por participante. Posterior a la lectura y firma del consentimiento informado, los instrumentos se aplicaron de forma autoadministrada y presencial, con el acompañamiento del equipo investigador para aclarar cualquier duda que pudiera surgir.

Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos para obtener datos del cuidador familiar como son la edad, el sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y a quién cuida. En los datos del adulto mayor se preguntó la edad, el sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y la percepción de carga.

Para mediar la ansiedad y depresión se utilizó la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)¹⁸. Este instrumento está conformado por dos subescalas independientes: una de ansiedad y otra de depresión, cada una integrada por siete ítems. En total, la escala contiene 14 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 0 a 3, con un puntaje total que oscila entre 0 y 42 puntos. Cada subescala puede puntuarse de manera separada, obteniendo un rango de 0 a 21 puntos para ansiedad y de 0 a 21 puntos para depresión. La escala cuenta con alta confiabilidad, reportando un alfa de Cronbach de 0.83. La interpretación establece que, para cada subescala, puntuaciones de 0 a 7 indican normalidad, de 8 a 10 un estado dudoso, y mayores de 10 reflejan la presencia de un problema clínico. A mayor puntaje obtenido, mayor es la severidad de los síntomas de ansiedad o depresión¹⁹.

Para medir la soledad se utilizó la Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA, versión abreviada)²⁰. Este cuestionario está conformado por 10 ítems que pueden ser auto o heteroadministrados. Presenta una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.94, lo que respalda su confiabilidad. La puntuación se interpreta de manera



inversa: a mayor puntaje, menor nivel de soledad. El rango total oscila entre 10 y 40 puntos, y se clasifica de la siguiente manera: una puntuación ≤ 19 indica soledad severa, entre 20 y 30 refleja soledad moderada, y ≥ 31 sugiere ausencia de soledad.

A pesar de que el Cuestionario de Necesidades de Cuidado del Cuidador no cuenta con validación formal en población mexicana, se consideraron sus reactivos como base para la elaboración de una cédula de registro. El instrumento original, propuesto por Fernández²¹, ha demostrado pertinencia teórica al abordar dimensiones clave del rol del cuidador. Para su aplicación en este estudio, los ítems fueron revisados y adaptados al contexto sociocultural mexicano mediante juicio de expertos en enfermería, asegurando validez de contenido y una consistencia interna aceptable ($\alpha > 0.75$). Esta estrategia permitió recuperar, de manera contextualizada, las principales demandas y repercusiones asociadas al cuidado familiar de personas mayores con enfermedades crónicas, sin que el instrumento se aplicara de forma literal, sino como referente metodológico para la construcción de la cédula utilizada en campo.

Es importante mencionar que el estudio se apegó a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de México²² y conto con la aprobación de un Comité de Ética e Investigación de una Universidad pública del noreste de México (FAENUS-CEI-ME-2022-11).

Se asistió al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Saltillo donde se invitó a los cuidadores familiares a participar en el proyecto, se les explicó el objetivo del estudio brindándoles el tiempo suficiente para leer el consentimiento informado y se les aclaraban las dudas que tuvieran, se cotejaban los criterios de inclusión y en caso de que los cumplieran les brindaban un lugar tranquilo para que contestaran las encuestas. Al finalizar se les agradecía el tiempo otorgado.

Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS versión 27, Las variables cualitativas y dentro de ellas las nominales y ordinales fueron analizadas a través de la distribución de frecuencias absolutas y relativas (proporciones). Para analizar las variables cuantitativas continuas se usaron estadísticos tales como media, desviación estándar (DE), mínimo, máximo; además, para explorar las correlaciones, se condujo un análisis con el coeficiente de correlación de Spearman, debido a su distribución no normal.



RESULTADOS

El análisis del perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica incluyó a un total de 135 participantes, con una edad promedio de 49 años (DE=17). Predominó la presencia de mujeres (80 %, $f=108$), en su mayoría casadas y dedicadas a las labores del hogar (44 %, $f=78$; 48 %, $f=85$). En términos de escolaridad, el 38 % ($f=67$) contaba con un nivel educativo medio-superior. El tiempo promedio de experiencia en el rol de cuidador fue de 43 meses (DE=56 meses; aproximadamente 3.5 años).

Respecto a los adultos mayores la edad media fue de 72 años, siendo en su mayoría los padres o madres del cuidador familiar ($f=86$; 64 %). En cuanto a su nivel educativo, el 49 % ($f=87$) contaba con educación primaria, mientras que el 43 % ($f=58$) estaban casados. Además, un alto porcentaje presentaba dependencia para actividades que requerían movilidad (73%, $f=99$) y para tareas relacionadas con la eliminación (45 %, $f=61$). Cabe destacar que, en la mayoría de los casos, la persona dependiente contaba únicamente con un cuidador (52 %, $f=70$).

La Tabla 1 presenta en detalle las características sociodemográficas tanto de los cuidadores familiares como de los adultos mayores.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Características del CF	f	%	Características de los AM	f	%
Sexo			Sexo		
Mujer	108	80	Mujer	86	64
hombre	27	20	Hombre	49	36
Estado civil			Estado civil		
Soltero	42	24	Soltero	8	6
Casado	78	44	Casado	58	43
Separado	16	9	Separado	10	7
Viudo	11	6	Viudo	53	39
Unión libre	31	17	Unión libre	6	4
Ocupación			Ocupación		
Hogar	85	48	Hogar	73	54
Empleado	47	26	Empleado	11	8
Trabajo independiente	25	14	Trabajo independiente	12	9
Estudiante	8	5	Estudiante	3	2
Otro	13	7	Desempleado/Jubilado	36	27
Escolaridad			Escolaridad		
Primaria	54	30	Primaria	87	49
Secundaria	19	11	Secundaria	23	13
Nivel medio-superior	67	38	Nivel medio-superior	44	19
Superior	38	21	Superior	18	10
Persona a quien cuida			Percepción de sobrecarga		
Mamá/papá	82	46	Muy alta	39	22
Esposo(a)	32	18	Alta	46	26
Amigo(a)	19	11	Moderada	57	32
Abuelo(a)	18	10	Baja	36	20
Vecino(a)	7	4			
Hijo(a)	20	11			

Nota: f = frecuencia; %=porcentaje; CF=Cuidador Familiar; AM=Adulto Mayor.



En la siguiente tabla se describen los niveles de salud emocional (depresión, ansiedad y soledad) de los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica.

Tabla. 2. Ansiedad, depresión, soledad.

Variable	f	%	Me	DE	IC 95%	
					Lim superior	Lim inferior
HADS			13.75	5.59	12.80	14.70
Ansiedad						
Normal	65	48				
Dudoso	35	26	8.00	3.53	7.35	8.55
Problema clínico	35	26				
Depresión						
Normal	94	70				
Dudoso	29	21	5.80	3.25	5.25	6.35
Problema clínico	12	9				
Soledad						
Sin soledad	80	59				
Soledad moderada	50	37	31.67	5.50	30.73	32.60
Soledad severa	5	4				

Nota: f= frecuencia; %=porcentaje; Me= media; DE= desviación estándar; IC= intervalo de confianza

En cuanto a los resultados del Cuestionario de Necesidades de Cuidado del Cuidador, se identificaron las siguientes prioridades en la dimensión evaluada (Figura 1). El 86.7% de los cuidadores familiares refirió requerir capacitación en el manejo de la alimentación y nutrición de los adultos mayores. En segundo lugar, el 82.2% señaló la necesidad de formación en la administración de medicamentos. En tercer lugar, un 77.8% manifestó necesitar apoyo en aspectos relacionados con la higiene y el baño, seguido del 71.1% que refirió requerirlo en el área de vestido.

Por otra parte, las necesidades de capacitación que presentaron menor frecuencia fueron: atención a las pérdidas sensoriales (30.1%), manejo de problemas de comunicación (35.6%) y actuación en situaciones de emergencia (45.9%).



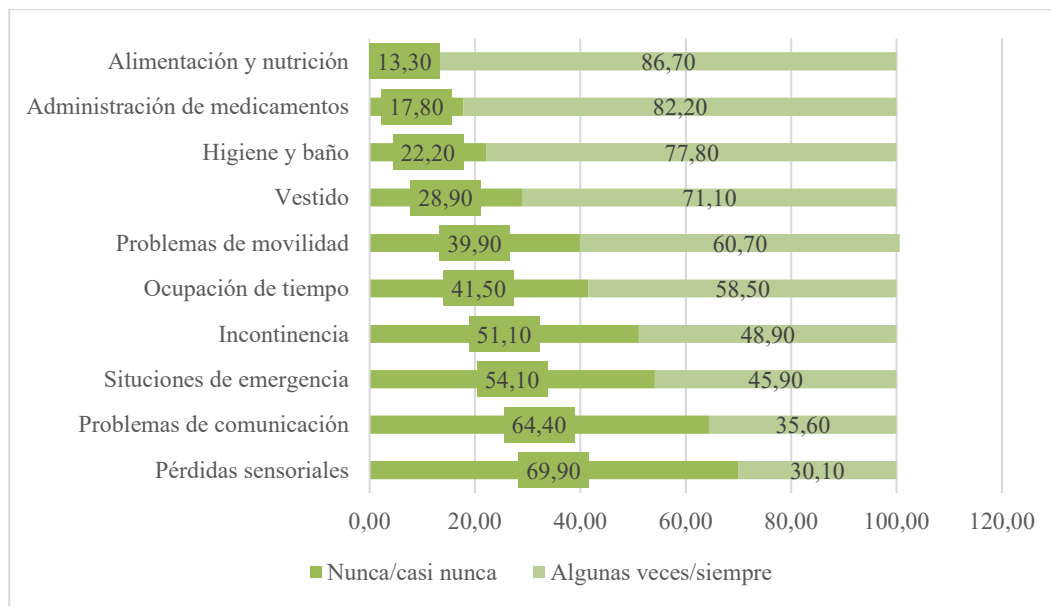


Figura 1. Necesidades de cuidado: actividades de cuidado

En cuanto al manejo de escenarios difíciles (Figura 2), los cuidadores familiares señalaron necesitar mayor apoyo en el manejo de los problemas del sueño (59.3%), seguido de las manifestaciones de exceso de dependencia de los adultos mayores (50.4%) y de los problemas de memoria (40%). Por otra parte, las áreas con menor frecuencia fueron la deambulación (32.6%), la agresividad física o verbal (28.9%) y las alucinaciones e ideas delirantes (21.5%).

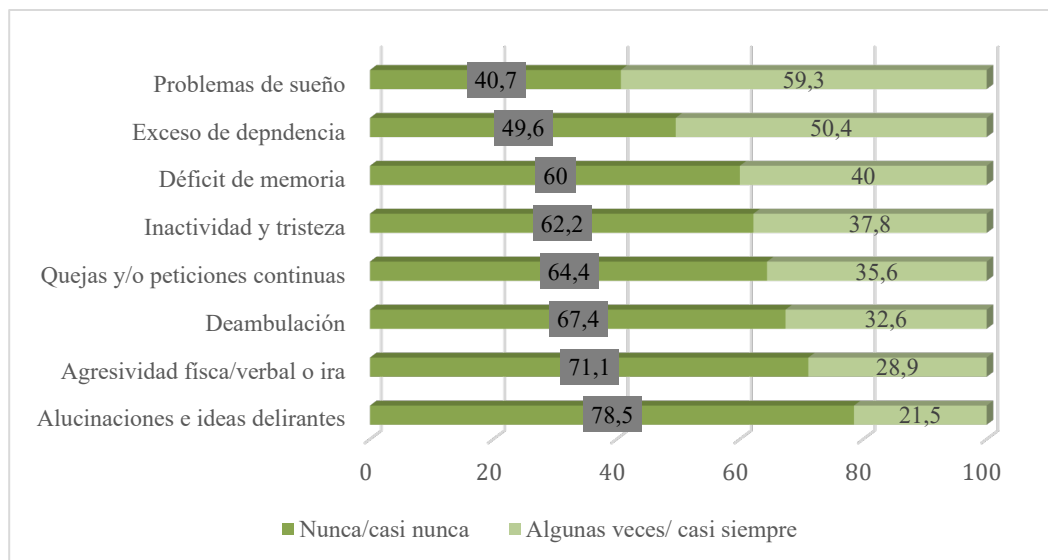


Figura 1. Orientación sobre los escenarios difíciles que se presentan en cuidado.

Brindar atención a los adultos mayores con enfermedades crónicas conlleva, en muchos casos, un impacto negativo en la salud de quienes ejercen el rol de cuidado. Este estudio abordó las



consecuencias emocionales, conductuales, sociales, económicas y físicas derivadas de dicha responsabilidad, cuyos resultados se presentan en la Figura 3.

Entre los efectos más comunes destacan la frustración por no poder hacer más por el ser querido (60.7%), la ansiedad ante el futuro (52.6%) y los sentimientos de ira, enfado e irritabilidad (44.5%). En contraste, los de menor frecuencia fueron la presencia de sentimientos ambivalentes (31.9%), la negación de las necesidades de cuidado (29.6%) y la negación de sentimientos (27.4%).

En el ámbito de la salud, destacan las alteraciones del sueño (65%), los problemas musculares (61%) y la pérdida de energía acompañada de una sensación persistente de fatiga (60%). En menor proporción, aunque no menos relevante, se identificó el consumo de sustancias como alcohol o drogas (14.8%).

En el área de consecuencias a nivel social y económico, se identificaron principalmente dificultades económicas asociadas a los gastos derivados del cuidado (49%). Asimismo, se reportaron restricciones en el tiempo destinado al ocio (46.7%), limitaciones en las relaciones sociales (42%) y, en menor medida, consecuencias a nivel laboral (36%).

A nivel familiar, se reportaron desacuerdos con otros miembros relacionados con la forma de brindar el cuidado (52.6%), problemas familiares en general (48%) y tensiones con los hijos (44%), principalmente vinculadas con la carga que implican las tareas de cuidado. En menor proporción, los cuidadores señalaron sentir que no son valorados por las actividades que realizan (42%), presentar conflictos con sus parejas (40%) y experimentar la sensación de ser censurados por la manera en que cuidan (33%).



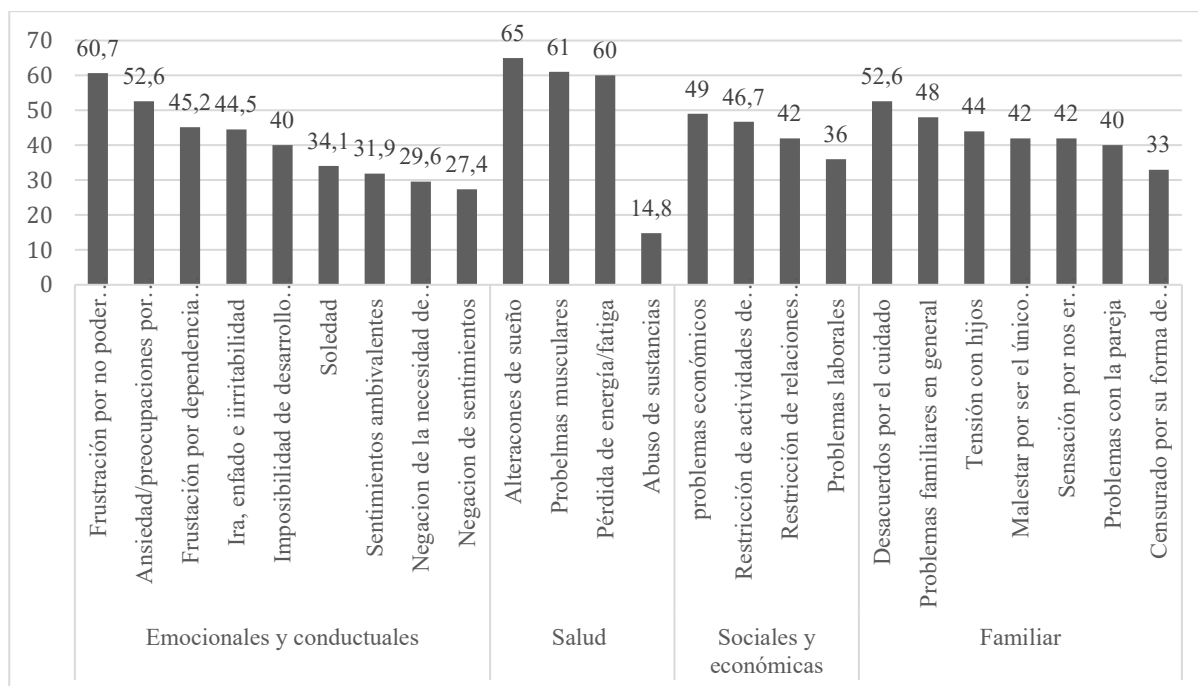


Figura 3. Consecuencias emocionales, conductuales de salud, sociales y económicas y familiares en el cuidador.

Finalmente, dado que los datos no cumplieron con los supuestos de normalidad (Tabla 3), se optó por utilizar la prueba de correlación no paramétrica de Spearman para dar respuesta al objetivo del estudio.

Tabla 3. Prueba de normalidad de las variables de estudio

Variable	n	K-S	p
Ansiedad	135	0.087	0.200
Depresión	135	0.102	0.083
Soledad	135	0.095	0.089

Nota. Nivel de significancia $p < 0.05$. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Los resultados mostraron una correlación positiva entre la edad del cuidador y los niveles de depresión ($\rho = .194, p < .05$), lo que indica que, a mayor edad, existe una mayor tendencia a presentar síntomas depresivos. Asimismo, se identificó una correlación positiva moderada entre ansiedad, depresión y soledad ($\rho = .345, p < .01$; $\rho = .329, p < .05$, respectivamente), lo que sugiere que el incremento en los niveles de ansiedad se asocia con una mayor presencia de sintomatología depresiva y una mayor percepción de soledad.



Por último, se encontró una correlación negativa significativa entre soledad y depresión ($\rho = -0.284$, $p < .05$), evidenciando que, a mayor percepción de soledad, aumentan también los niveles de depresión entre los cuidadores familiares.

Tabla 3. Correlación entre características sociodemográficas, ansiedad depresión y soledad

	1	2	3	4	5	6	7
1 Edad PAM	1					0.194*	
2 Edad cuidador		1					
3 Tiempo que lleva como cuidador			1				
4 SUMHADS				1			
5 Ansiedad					1	0.345**	-0.329**
6 Depresión						1	-0.284**
7 Soledad							1

Nota: **= $p < .001$; *= $p < .05$. HADS= Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. PAM=Persona adulta mayor.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio reafirman la evidencia sobre el perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares, compuesto principalmente por mujeres, casadas, con nivel educativo medio-superior y dedicadas al hogar²³⁻²⁵. Esta composición responde a construcciones socioculturales que históricamente han delegado el cuidado en el género femenino, lo cual coincide con lo reportado en la literatura nacional e internacional.

El promedio de 43 meses como cuidador destaca la prolongación del rol y, con ello, el riesgo acumulativo de desgaste físico y emocional. Diversos estudios han documentado que el tiempo extendido en funciones de cuidado se asocia con mayor sobrecarga, fatiga y afectaciones en la salud mental^{9,24,25}. En este estudio, aunque los niveles promedio de depresión fueron normales, se evidenció que una parte significativa de los cuidadores familiares presentó niveles dudosos o clínicos de ansiedad. Además, un porcentaje considerable reportó soledad moderada o severa, en coherencia con investigaciones previas que señalan el aislamiento como uno de los principales factores de riesgo en el cuidado prolongado^{14,19,26}.

En cuanto a la relación entre ansiedad, depresión, soledad y necesidades de cuidado, se observó que, a mayor edad del cuidador, mayor es la presencia de síntomas depresivos, lo que puede estar relacionado con la disminución de recursos físicos y sociales para enfrentar las exigencias del cuidado. Estos datos coinciden con un estudio realizado en México²³, donde se evidenció



una mayor vulnerabilidad emocional en cuidadores de edad avanzada, quienes suelen tener menos acceso a apoyos formales y mayores limitaciones funcionales²³.

De forma consistente, se identificó una correlación positiva entre ansiedad y depresión, lo que refuerza la interacción entre ambas dimensiones afectivas. Este hallazgo sugiere que el estrés continuo del cuidado puede desencadenar síntomas ansiosos que, de no ser abordados, evolucionan hacia cuadros depresivos. La literatura señala que la ansiedad no solo anticipa la depresión, sino que puede intensificar su severidad cuando coexisten en cuidadores sin redes de apoyo^{9,14,27}.

Adicionalmente, se halló una correlación negativa significativa entre soledad y depresión, lo cual indica que, a mayor percepción de soledad, más elevados son los síntomas depresivos²⁸. Esta asociación resulta especialmente relevante en contextos como el mexicano, donde el cuidado sigue recayendo en la familia nuclear, sin políticas públicas sólidas que acompañen a los cuidadores.

Respecto a las necesidades identificadas, los cuidadores familiares señalaron carencias en la capacitación para el manejo de la alimentación, administración de medicamentos y apoyo en actividades básicas de la vida diaria, lo que coincide con estudios que evidencian el estrés derivado de la falta de entrenamiento²¹. Asimismo, se reportó la necesidad de orientación para afrontar problemas frecuentes como el insomnio, la dependencia excesiva o los trastornos de memoria en la persona cuidada, aspectos que han sido vinculados con una mayor sobrecarga del cuidador²¹.

Finalmente, las consecuencias del cuidado en la salud física, emocional y social del cuidador familiar fueron alteraciones del sueño, dolores musculares, fatiga, restricciones en actividades recreativas y conflictos familiares. Estos efectos reflejan la necesidad de crear políticas públicas e intervenciones institucionales que protejan su bienestar.

Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones de este estudio fue el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo cual limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Asimismo, la aplicación de instrumentos autoadministrados podría haber influido en la veracidad de las respuestas, especialmente en variables de índole emocional. Otra posible



limitación fue el enfoque transversal del diseño, que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Finalmente, no se exploraron en profundidad otras fuentes de apoyo externo o institucional que pudieran estar presentes en los cuidadores, lo cual podría enriquecer el análisis en futuras investigaciones

CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación confirman la existencia de una relación significativa entre ansiedad, depresión, soledad y las necesidades de cuidado en cuidadores familiares de personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. En particular, se identificó que a mayor edad del cuidador se incrementan los síntomas depresivos, lo cual puede estar vinculado con una menor capacidad adaptativa frente a las exigencias del rol prolongado de cuidado. Asimismo, se halló una correlación positiva entre ansiedad y depresión, reforzando la interdependencia entre ambas dimensiones emocionales y evidenciando el desgaste psicológico que implica el cuidado cotidiano. De igual forma, la percepción de soledad mostró una asociación significativa con los niveles de depresión, sugiriendo que el aislamiento social puede actuar como un factor agravante del malestar emocional.

Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que documentan el impacto del cuidado prolongado sobre la salud mental del cuidador, especialmente en contextos de escaso apoyo institucional y comunitario. Su relevancia trasciende lo clínico, pues este estudio contribuye al campo sociosanitario al visibilizar la carga emocional y las necesidades específicas de quienes brindan cuidado informal, fortaleciendo la comprensión del cuidado como un fenómeno relacional y estructural. Desde la perspectiva de la salud, los resultados evidencian la necesidad de considerar la salud mental del cuidador como un factor clave en la continuidad y calidad del cuidado, lo que justifica el diseño de programas integrales de apoyo, prevención y atención psicológica.

Finalmente, en el ámbito educativo, los hallazgos aportan elementos para la formación de profesionales de enfermería y trabajo social, al señalar áreas en las que se requieren competencias específicas para el acompañamiento a cuidadores familiares, promoviendo una visión ética, humanista y comunitaria del cuidado. De este modo, se concluye que resulta indispensable implementar estrategias integrales que reduzcan la carga emocional, fomenten habilidades de afrontamiento y fortalezcan las redes de apoyo formales e informales, lo cual



redundará en una mejor calidad de vida del cuidador y en una atención más digna y efectiva para las personas mayores.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). En México, 80% de las muertes de todas las edades corresponde a enfermedades no transmisibles. Ciudad de México: Gobierno de México; 2023. <https://tinyurl.com/ydbtdm3p>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Tabulados interactivos. Población. México: INEGI; 2025. <https://tinyurl.com/4un83fek>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Comunicado de prensa núm. 578/23. Aguascalientes: INEGI; 3 oct 2023. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasic/2022/>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2023: cifras definitivas. Comunicado de prensa núm. 661/24. Aguascalientes: INEGI; 8 nov 2024. <https://tinyurl.com/52jmf925>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR), enero–septiembre 2024: cifras preliminares. Comunicado de prensa núm. 45/25. Aguascalientes: INEGI; 25 feb 2025. <https://tinyurl.com/4kf75rjt>
6. Instituto Mexicano para la Competitividad. Nueve de cada 10 personas que dejan el mercado laboral por realizar cuidados son mujeres. Mexico City: IMCO; 2023. <https://tinyurl.com/3mbmbtp2>
7. Reinhard, S.C., Brassard, A. Nurses Leading the Way to Better Support Family Caregivers" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2020; 25 (1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol25No01Man01>
8. Abed, N., Knezevic, B., Sousa, P. et al. Defining informal caregivers by their characteristic's safety roles and training needs in Europe. *Sci Rep*. 2025; 15, 24375 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-08540-y>
9. Yao H, Li K, Li C, Hu S, Huang Z, Chen J, et al. Caregiving burden, depression, and anxiety in informal caregivers of people with mental illness in China: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 2024; 24:824. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06239-4>
10. Akbari R, Mottaghi A, Mirzaee M, et al. Relationship between fatigue and quality of life and related factors among caregivers of hemodialysis patients. *BMC Psychiatry*. 2023;23:501. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04934-2>
11. Espinola N, Pichon Riviere A, Casarini A, et al. Making visible the cost of informal caregivers' time in Latin America: a case study for major cardiovascular, cancer and respiratory diseases



- in eight countries. *BMC Public Health*. 2023; 23:28. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14835-w>
12. Decosimo K, Drake C, Coffman CJ, Sperber NR, Tucker M, Hughes JM, et al. Implementation intensification to disseminate a skills-based caregiver training program: protocol for a type III effectiveness-implementation hybrid trial. *Implement Sci Commun*. 2023;4:97. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00475-7>
 13. Burgdorf, J. G., Wolff, J. L., Chase, J. A., & Arbaje, A. I. Barriers and facilitators to family caregiver training during home health care: A multisite qualitative analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2022; 70(5): 1325–1335. <https://doi.org/10.1111/jgs.17762>
 14. Mares-Rico KF, Cardona-Ramírez VL, Franco-Álvarez DM, Medina-Fernández IA, Medina-Fernández JA, Carrillo-Cervantes AL. Ansiedad, depresión y soledad en cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Index Enferm*. 2022;31(3):166–169. <https://tinyurl.com/yn5vxn8s>
 15. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones demográficas Coahuila 2024–2070. El futuro demográfico de Coahuila...; 2024. A Tiempo Medio Digital
 16. Consejo Nacional de Población (CONAPO). El futuro demográfico de Coahuila: crecimiento y desafíos al 2070 [Internet]. Saltillo: A Tiempo TV; 2024. <https://tinyurl.com/4r8shyji>
 17. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(4):129–34. [https://doi:10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](https://doi:10.1016/S0025-7753(01)72040-4)
 18. Galindo Vázquez Ó, Meneses García A, Herrera Gómez Á, Caballero Tinoco M d R, Aguilar Ponce J L. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*. 2015;12(2-3):383-92. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016
 19. Carrillo-Cervantes AL, Medina-Fernández IA, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L, Cortez-González LC, Medina-Fernández JA. Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol de cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica durante la covid-19. *Aquichan*. 2022; 22(3): e2234. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.4>
 20. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Med Fam Semer*. 2016;42(3):177–183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
 21. Fernández de Trocóniz M, Montorio Cerrato I, Márquez González M, Losada Baltar A, Alonso Suárez M. Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Interv Psicosoc*. 2001;10(1):23–40. <https://tinyurl.com/5c96a38n>



22. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigacion para la salud. <https://tinyurl.com/bddmrurr>
23. Toledano-Toledano F, Luna D. El perfil psicosocial de los cuidadores familiares de niños con enfermedades crónicas: un estudio transversal. *BioPsychoSocial Med.* 2020;14:29. <https://doi.org/10.1186/s13030-020-00201-y>
24. Rico-Blázquez, M., Quesada-Cubo, V., Polentinos-Castro, E. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de personas con discapacidad o enfermedades crónicas que viven en la comunidad. Un análisis diferenciado por género en un estudio transversal. *BMC Nurs* 21, 69 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00845-x>
25. Méndez PC. Ansiedad y depresión asociada a sobrecarga del cuidador en cuidadores familiares de adultos mayores. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias.* 2025; (febrero):3673. <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/3673>
26. Gutierrez, D. M. D., Sousa, G. S., Figueiredo, A. E. B., Ribeiro, M. N. S., Diniz, C. X., & Nobre, G. A. S. S. Subjective life experiences of family caregivers of dependent older adults. Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. *Ciencia & saude coletiva.* 2021; 26(1): 47–56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30402020>
27. Sánchez-Martínez V, Cauli O, Corchón S. Long-term caregiving impact and self-care strategies in family caregivers of people with neuropsychiatric disorders: a mixed-method study. *Diseases.* 2024;12(11):292. <https://doi:10.3390/diseases12110292>
28. Reynolds CF 3rd, Jeste DV, Sachdev PS, Blazer DG. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry.* 2022;21(3):336–363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>



ARTÍCULO ORIGINAL

Inteligencia emocional de enfermeras de áreas críticas

Emotional intelligence of nurses in critical areas

Inteligência emocional de enfermeiros em áreas críticas

Alejandra De La Cruz-Martínez^I
Susana Berenice Alcalá-Martínez^{II}
Alicia Álvarez Aguirre^{III}
Lucero Fuentes-Ocampo^{IV}

RESUMEN

Introducción: Estudio enfocado en proyectar el desarrollo de competencias en inteligencia emocional en profesionales de enfermería de áreas críticas. **Objetivo:** Determinar la necesidad del profesional de enfermería hacia la adquisición de competencias en inteligencia emocional para el desarrollo de las intervenciones en áreas críticas en 2033. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, prospectivo, de diseño mixto de corte transversal, con análisis de actores, exploración de variables, elaboración de escenarios, definición imagen objetivo, muestreo por conveniencia; imagen objetivo de un futuro del profesional de enfermería. **Resultados:** El 50% refiere identificar emociones, establecer límites saludables, construir relaciones laborales, facilidad de ser empática y comprensiva; haciendo probable en 10 años alcanzar la habilidad de la inteligencia emocional. **Discusión:** Con formación y apoyo, los profesionales de enfermería podrían desarrollar inteligencia emocional en 2033. **Conclusiones:** Los posibles escenarios son más cercanos a la imagen objetivo, en los indicadores de reconocer sus emociones, capacidad para establecer límites saludables, construir relaciones laborales satisfactorias, ser empática y comprensiva.

Palabras clave: Cuidados Críticos; Enfermería; Estilo de Vida Saludable; Inteligencia Emocional; Relaciones Laborales.

Para citar este documento



De La Cruz-Martínez, A, Alcalá-Martínez SB, Álvarez-Aguirre A. y Fuentes-Ocampo L. Inteligencia emocional de enfermeras de áreas críticas. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(17): 117-135. <https://doi.org/10.57246/zhtqfa66>

Fecha de envío: 01/05/2025 Fecha de aceptación: 20/09/2025 Fecha de publicación: 30/09/2025

^I Doctorante del Programa en Ciencias de Enfermería | Dirección de correo institucional: a.delacruz.martinez@ugto.mx ; <https://ORCID.org/0000-0001-6460-0425>

^{II} Doctorante del Programa en Ciencias de Enfermería | Dirección de correo institucional: sb.alcalamartinez@ugto.mx ; <https://ORCID.org/0009-0002-2735-9577>

^{III} Doctora en Ciencias de Enfermería. Departamento de Enfermería y Clínica, División Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra. Guanajuato, México. |Dirección de correo institucional: alicia.alvarez@ugto.mx ; <https://ORCID.org/0000-0001-5538-7634>

^{IV} Doctora en Ciencias de Enfermería. Departamento de Enfermería y Obstetricia, División Ciencias de la Vida, Centro Interdisciplinario del Noreste. Universidad de Guanajuato | Dirección de correo institucional: I.fuentes@ugto.mx ; <https://ORCID.org/0000-0003-1254-3240>



ABSTRACT

Introduction: A study focused on projecting the development of emotional intelligence competencies in nursing professionals in critical areas. **Objective:** To determine the need for nursing professionals to acquire emotional intelligence competencies for the development of interventions in critical areas by 2033. **Methodology:** A quantitative, prospective approach, stakeholder analysis, variable exploration, scenario development, target image definition, convenience sampling; a target image of the future of nursing professionals. **Results:** 50% report identifying emotions, establishing healthy boundaries, building working relationships, and being empathetic and understanding; making it likely that they will achieve the skill of emotional intelligence within 10 years. **Discussion:** With training and support, nursing professionals could develop emotional intelligence by 2033. **Conclusions:** The possible scenarios are closer to the target image in the indicators of recognizing their emotions, the ability to establish healthy boundaries, building satisfactory working relationships, and being empathetic and understanding.

Keywords: Emotional Intelligence; Nursing; Critical Care; Healthy Lifestyle; Workplace Relationships.

RESUMO

Introdução: Estudo com foco na projeção do desenvolvimento de competências de inteligência emocional em profissionais de enfermagem em áreas críticas. **Objetivo:** Determinar a necessidade de profissionais de enfermagem adquirirem competências de inteligência emocional para o desenvolvimento de intervenções em áreas críticas até 2033. **Metodologia:** Abordagem quantitativa, prospectiva, análise de stakeholders, exploração de variáveis, desenvolvimento de cenários, definição da imagem-alvo, amostragem por conveniência; uma imagem-alvo do futuro dos profissionais de enfermagem. **Resultados:** 50% relatam identificar emoções, estabelecer limites saudáveis, construir relacionamentos de trabalho e ser empáticos e compreensivos, tornando provável que alcancem a habilidade de inteligência emocional em 10 anos. **Discussão:** Com treinamento e apoio, os profissionais de enfermagem poderão desenvolver inteligência emocional até 2033. **Conclusões:** Os cenários possíveis estão mais próximos da imagem-alvo nos indicadores de reconhecimento de suas emoções, capacidade de estabelecer limites saudáveis, construir relacionamentos de trabalho satisfatórios e ser empático e compreensivo.

Palavras-chave: Inteligência Emocional; Enfermagem; Cuidados Críticos; Estilo de Vida Saudável; Relações Laborais.



INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería de alta complejidad se brindan a pacientes en estado crítico que requieren atención especializada, monitoreo constante y uso de tecnología avanzada. Estas intervenciones suelen darse en áreas críticas, como terapia intensiva o urgencias, donde el personal debe tomar decisiones rápidas, manejar equipos biomédicos y colaborar eficazmente con equipos multidisciplinarios¹. Esta situación se ve agravada por la escasez de personal capacitado, sobrecarga operativa y condiciones laborales estresantes.

En este sentido, se reconoce que el sistema de salud en México está representado en sus tres niveles por el cuidado del profesional de enfermería, quienes brindan intervenciones especializadas mediante la atención al paciente de forma continua y directa, según sean las necesidades de cada uno. Por ello, existe el vacío del conocimiento referente a la mejora de los entornos de trabajo, de tal forma que se considere el impacto de la salud mental que enfrentan los profesionales en el contexto nacional por la sobrecarga laboral. Actualmente, la literatura se enfoca en aspectos de la práctica clínica de este profesional, dejando de lado el abordaje emocional y social que influye en la salud mental de las y los enfermeros.

Por lo anterior, la hipótesis que se plantea para este estudio es: a mayor nivel de competencias de inteligencia emocional en los profesionales de enfermería el desarrollo de las intervenciones en áreas críticas será alcanzado mitigando la sobrecarga laboral.

En este contexto, Enfermería es el profesional que posee conocimientos científicos, normas de práctica, códigos éticos y bases filosóficas que le permiten proteger la integridad del usuario y aliviar sufrimiento de manera digna mediante intervenciones dependientes, independientes o interdependientes². De igual forma, el perfil de enfermería en áreas críticas exige competencias para atender a pacientes con funciones vitales potencialmente comprometidas³⁻⁴.

En este sentido, es importante el desarrollo de la competencia de inteligencia emocional, vinculado a la preparación cognitiva, en estos profesionales⁵⁻⁶. Por su parte, la inteligencia emocional se define como la capacidad de percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y ajenas, favoreciendo el crecimiento emocional e intelectual⁷.

Por lo anterior, se espera que el personal de enfermería maneje adecuadamente su inteligencia emocional, ya que esto mejora su desempeño al permitirle reconocer sus emociones, establecer



límites saludables y prevenir la sobrecarga emocional y física⁷⁻⁹. Cabe destacar que la enfermería es una profesión altamente demandante, caracterizada por una interacción constante con pacientes, familiares y equipos de salud. Por lo tanto, en unidades críticas se requiere una base sólida de conocimientos clínicos y tecnológicas, para responder eficazmente al entorno¹⁰⁻¹¹.

Asimismo, el personal de enfermería requiere un manejo adecuado de su inteligencia emocional para responder eficazmente a las emociones de los pacientes y fortalecer las relaciones terapéuticas¹². En consecuencia, la inteligencia emocional impacta en el compromiso profesional, al facilitar la autorregulación, la empatía y el trabajo en equipo, mejorando así el clima laboral y la calidad del cuidado¹³. Sin embargo, su incorporación como competencia estratégica en la formación y práctica profesional sigue siendo limitada, lo que evidencia la necesidad de integrarla como una habilidad esencial en el ejercicio enfermero¹⁴.

Inteligencia emocional

Las emociones son importantes para el ejercicio de la razón, entre el sentir y el pensar, la emoción guía nuestras decisiones, trabajando con la mente racional y capacitando o incapacitando al pensamiento mismo¹⁵. Según afirma Goleman, se cuenta con dos tipos de inteligencia la racional y la emocional, ambas influyen en nuestro desempeño, es por esto por lo que solo, el coeficiente intelectual no basta, también se debe de considerar importante la inteligencia emocional¹⁵.

En este sentido, esta dualidad entre razón y emoción obliga a buscar una integración armónica entre ambas funciones, para lograr utilizar las emociones de manera inteligente. La inteligencia emocional incluye habilidades como automotivación, perseverancia, control de impulsos, regulación del estado de ánimo y empatía¹⁶⁻¹⁸, que permiten esta integración.

La inteligencia emocional implica la capacidad de reconocer y autorregular las emociones, de forma que se percibir, interpretar y responder adecuadamente ante las emociones de quienes se relacionan en la cotidianidad. La necesidad de gestionar de forma adecuada las emociones en los ámbitos laborales permite que los profesionales fortalecer pensamientos positivos, mejora en la toma de decisiones y relaciones interpersonales asertivas, lo que favorece su entorno¹⁹⁻²⁰.



Las competencias socioemocionales en los profesionales de enfermería impactan en el rendimiento laboral, uso de la resiliencia ante situaciones de estrés en las áreas críticas; lo que favorece la capacidad de los profesionales de enfermería para proporcionar intervenciones eficaces y efectivas en las áreas críticas de las unidades hospitalarias²¹.

Estas competencias, se estructuran en torno a cinco elementos, autoconciencia, motivación, autocontrol, empatía y habilidades sociales, permiten aplicar el potencial emocional en contextos reales, especialmente en el ámbito laboral. Cabe destacar que poseer inteligencia emocional implica el desarrollado progresivo de las competencias; ya que estas se adquieren con práctica y formación. Por ello, el funcionamiento adaptativo del profesional de enfermería en las áreas críticas de los hospitales permite la autorregulación ante eventos estresantes y favorece el bienestar psicológico, una mejora en la salud mental y laboral^{16,21}.

Finalmente, el modelo de Goleman afirma que estas competencias pueden desarrollarse y perfeccionarse con el tiempo, mejorando las relaciones personales, el desempeño profesional y el bienestar general, es por tanto que la inteligencia emocional es un complemento indispensable a la inteligencia cognitiva¹⁰. En la tabla 1. se muestra el marco de competencia emocional necesario para la inteligencia emocional.

Tabla 1. Marco de la Competencia Emocional

Competencia Personal Conciencia de uno mismo	Competencia Social Empatía
Conciencia emocional	Compresión de los demás
Valoración adecuada de uno mismo	Orientación hacia el servicio
Confianza en uno mismo	Aprovechamiento de la diversidad
	Conciencia política
Autorregulación	Habilidades sociales
Autocontrol.	Influencia
Confiabilidad	Comunicación
Integridad	Liderazgo
Adaptabilidad	Canalización del cambio
Innovación	Resolución de conflictos
	Colaboración y cooperación
	Habilidades de equipo
Motivación	
Motivación de logro	
Compromiso	
Optimismo	

Fuente: Goleman D. Inteligencia Emocional 2033.

Por lo anterior, el objetivo general de este estudio es determinar la necesidad del profesional de enfermería hacia la adquisición de competencias en inteligencia emocional para el desarrollo de las intervenciones en áreas críticas en 2033.



MÉTODO

Diseño de estudio

Este es un estudio de diseño mixto de corte transversal, empleando el método prospectivo propuesto por Rodríguez J²², que propone la elaboración de escenarios a partir de 7 pasos: 1) Fijar objetivos; 2) Identificar fuerzas directoras; 3) Identificar factores influyentes; 4) Seleccionar factores importantes; 5) Identificar escenarios alternativos; 6) Desarrollar los escenarios; y 7) Redacción, asignación e identificación de los escenarios. La metodología prospectiva es una estrategia estructurada basada en un conjunto de técnicas y herramientas utilizadas para explorar y entender los posibles futuros y cómo se pueden preparar y responder a ellos. En esta metodología, la imagen del futuro deseado es una herramienta clave que se utiliza para establecer objetivos, desarrollar estrategias y tomar decisiones²³⁻²⁴. En esta investigación, la imagen objetivo será un escenario deseado, en donde el profesional de enfermería cuenta con un nivel inteligencia emocional para hacer frente a su trabajo clínico operativo dentro de las áreas críticas donde se implementan intervenciones de cuidado de alta complejidad¹⁷⁻¹⁸.

En esta metodología se requiere el análisis de escenarios a futuro²²⁻²⁴, así como el análisis del juego de los actores es importante para la simulación del comportamiento futuro de las variables clave¹⁸⁻²⁵. En esta etapa, se procede a la exploración de las estrategias de los actores cara a cara con las variables del sistema, para a partir de allí, definir sus principales posibles tendencias^{19,20,26}. Además, se complementa con el Cuestionario Breve de Inteligencia Emocional propuesto por Goleman¹⁷.

Esta investigación se desarrolló en las siguientes etapas: 1) Aplicación del cuestionario; 2) Diseño de escenarios y 3) Análisis de los escenarios.

Muestra

Los instrumentos se aplicaron a 20 enfermeras que aceptaron participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado, cada destacar que esta investigación se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Se empleo el muestreo no probabilístico por conveniencia y se seleccionaron intencionalmente a las participantes en función de su disponibilidad de tiempo y del cumplimiento de los criterios



inclusión; enfermeras es decir del sexo femenino, que estén laborando en el área de cuidados críticos en el hospital de segundo y tercer nivel, así como tener más de 10 años de antigüedad laboral.

Instrumento

Para la recolección de datos se empleó en un primer momento una Cédula de Datos personales, la cual indagaba sobre los elementos personales de los participantes, así mismo el Cuestionario Breve de Inteligencia Emocional propuesto por Goleman¹⁷. Este instrumento ha reportado un Alfa de Cronbach de 0.81 y consta de 7 ítems diseñados a partir de los componentes de la inteligencia emocional, agrupados en las siguientes dimensiones: 1.-Autoconciencia emocional (ítem 1), 2.-Autorregulación y manejo del estrés (ítems 2 y 3) y 3.-Manejo de relaciones y habilidades sociales (ítems 4, 5, 6 y 7).

Cada ítem fue evaluado mediante una escala ordinal tipo Likert de 7 puntos, con opciones de respuesta que indican la frecuencia de la conducta emocional observada en el entorno laboral: 0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes, 4 = Una vez a la semana, 5 = Unas pocas veces a la semana, 6 = Todos los días. El puntaje total máximo posible es de 42 puntos, y el mínimo es 0 puntos, donde una puntuación más alta indica mayor expresión de competencias emocionales en el contexto laboral crítico de enfermería¹⁷.

Procedimiento

Para la recolección de los datos se realizó el levantamiento de los datos de manera presencial, previo se había firmado el consentimiento informado, el levantamiento de los datos se realizó en dos días. El rellenado de los instrumentos tuvo una duración aproximada de 20 minutos, además en todo momento se les indico que si tenían alguna duda la expresaran para poder apoyarles. Posterior a eso se les agradeció su participación.

Análisis de los datos

En este trabajo se tendrán dos momentos, en un primer momento se describirán los posibles escenarios del fenómeno de estudio con base a la literatura expuesta en los diversos repositorios y en un segundo momento se realizó el análisis del Cuestionario Breve de Inteligencia Emocional mediante estadística descriptiva.

Diseño de escenarios (Instrumento de Análisis Prospectivo)



Respecto a la metodología de método prospectivo propuesto por Rodríguez J²² a continuación, se describen las categorías de análisis-escenarios, que fueron considerados en las participantes de la investigación, los cuales son el resultado de la investigación teórica de la temática, es decir que el diseño de los posibles escenarios se basa en la revisión de la literatura en la que se encontraron las fuerzas directoras y los principales factores que describen los escenarios alternativos ²². Derivado de lo anterior, se escribe cada escenario de forma narrativa especificando que los actores principales (profesionales de enfermería) están bajo factores de estrés por desarrollar múltiples roles, trabajar en áreas críticas por tiempos prolongados.

Descripción de las categorías de análisis-escenarios de agrupación

1. Tengo facilidad para reconocer mis propias emociones.

Según Goleman¹⁶, para reconocer las propias emociones, se requiere conciencia de uno mismo, afirma que se integra de lo siguientes componentes: “conciencia emocional: la capacidad de reconocer el modo en que nuestras emociones afectan a nuestras acciones y la capacidad de utilizar nuestros valores como guía en el proceso de toma de decisiones. Valoración de uno mismo: el reconocimiento sincero de nuestros puntos fuertes y de nuestras debilidades, la visión clara de los puntos que debemos fortalecer y la capacidad de aprender de la experiencia. Confianza en uno mismo: el coraje que se deriva de la certeza en nuestras capacidades, valores y objetivos”¹⁵⁻¹⁶.

Según Richard Boyatzis¹⁵, como se citó en Goleman¹⁶, “se trata de la capacidad de permanecer atentos, de reconocer los indicadores, y sutiles señales internas que nos permiten saber lo que estamos sintiendo y de saber utilizarlas como guía que nos informa de forma continua acerca del modo como estamos haciendo las cosas”¹⁵⁻¹⁶. En este sentido, un posible escenario enfatiza el racionamiento de las propias emociones, en la conciencia emocional, dado que esta capacidad es esencial en los hospitales en las áreas críticas, especialmente en los que se debe mantener un contacto con otros para tratar cuestiones de estrés.

2. Creo que puedo establecer límites saludables con mis emociones.

Establecer límites saludables con las propias emociones requiere una competencia emocional desarrollada, especialmente la autorregulación, entendida con la capacidad de controlar estados internos e impulsos, de ella deriva el autocontrol, que permite manejar emociones conflictivas con equilibrio, serenidad y responsabilidad, favoreciendo la eficacia interpersonal¹⁵⁻¹⁶. El



escenario en el profesional de enfermería refleja que contar con la capacidad del adecuado manejo del estrés laboral evitará el desgaste emocional (burnout) y lograr un equilibrio entre la vida personal y laboral en especial en personal que labora en áreas críticas.

3. *Pienso que mi trabajo me genera sobrecarga emocional.*

La autoconciencia, el autocontrol, son las competencias más relevantes en el ámbito laboral. Los profesionales más brillantes destacan por sus logros personales, y por su capacidad para trabajar en equipo, para maximizar la producción del grupo. El autocontrol es saber controlar adecuadamente los impulsos y las emociones, especialmente conflictivos¹⁵. El escenario en el profesional de enfermería reconoce que es indispensable contar con la capacidad de manejar la sobrecarga emocional mediante estrategias de afrontamiento, solicitar apoyo y aplicar técnicas de autocontrol para sostener la calidad del cuidado en pacientes hospitalizados en áreas críticas.

4. *Siento que puedo responder efectivamente a las emociones*

Dentro de las competencias personales de la inteligencia emocional, la conciencia emocional destaca como la capacidad de reconocer las propias emociones y sus efectos, valorar adecuadamente las fortalezas y debilidades, y mantener confianza en uno mismo, lo que permite gestionar eficazmente las repuestas emocionales¹⁵⁻¹⁶. El escenario en el profesional de enfermería deberá contar con la capacidad de lograr mantener la calma frente a situaciones críticas en las áreas de urgencias y UCIN; lo que pretende favorecer la empatía ante pacientes y familias a su cargo.

5. *En mi trabajo construyo relaciones laborales satisfactorias.*

Las habilidades sociales, son las capacidades para inducir respuestas deseables en los demás, para construir relaciones laborales satisfactorias y exitosas, y sus competencias son: a) influencia: utilizar tácticas de persuasión eficaces, b) liderazgo: inspirar y dirigir a grupos y personas, c) canalización del cambio: iniciar o dirigir los cambios, d) resolución de conflictos: capacidad de negociar y resolver conflictos, e) colaboración y cooperación: ser capaces de trabajar con los demás en la consecución de una meta en común y f) habilidades de equipo: ser capaces de crear la sinergia grupal en la consecución de metas colectivas, el desarrollo de estas competencias favorece un entorno adecuado para el trabajo en equipo, la colaboración y el logro de objetivos organizacionales¹⁶. El escenario en el profesional de enfermería que labora



en áreas críticas de manera continua podrá trabajar de manera colaborativa e interdisciplinaria, dado que contar con la capacidad de comunicarse de manera asertiva, brindar respeto mutuo y la generación de un clima laboral positivo, posibilita el trabajo en conjunto como parte esencial en hospitales con áreas críticas.

6. *Tengo facilidad para ser empática y comprensiva con los que me rodean.*

Ser empático y comprensivo en un ambiente laboral implica desarrollar la capacidad de entender y compartir las emociones y perspectivas de los demás, fomentando así un entorno de colaboración, respeto y apoyo mutuo. En la inteligencia emocional, la competencia social, y la empatía se componen de competencias tales como: a) comprensión de los demás: captar los sentimientos y los puntos de vista de otras personas e interesarnos por las cosas que les preocupan, b) orientación hacia el servicio: es anticiparse, reconocer y satisfacer las necesidades de los clientes, c) aprovechar la diversidad: aprovechar las oportunidades de diferentes tipos de personas y d) conciencia política: capacidad de darse cuenta de las corrientes emocionales y de las relaciones subyacentes en un grupo¹⁵⁻¹⁶. El escenario en el profesional de enfermería se visualizará en contar con la capacidad de comprender el sufrimiento de los pacientes y sus familiares a través brindar un cuidado humanizado reconociendo que también tienen necesidades emocionales que abordar.

7. *En mi trabajo trato de comunicarme efectivamente con los que me rodean.*

La comunicación efectiva fortalece las habilidades interpersonales, fundamentales para relaciones sólidas, decisiones acertadas y productividad en el entorno laboral. Estas competencias sociales están vinculadas a la inteligencia emocional, destacando la comunicación clara y las habilidades de equipo como clave para inducir respuestas positivas y alcanzar metas colectivas²⁵⁻²⁷. El escenario en el profesional de enfermería implicará contar con la competencia de escuchar activamente, transmitir información clara con aquellos que colaboran en el área de cuidados críticos para prevenir posibles conflictos, lo que asegura una atención de enfermería de eficaz y eficiente.

Análisis del Cuestionario Breve de Inteligencia Emocional

Se describen los ítems del instrumento mediante frecuencias y proporciones de cada uno, se describe el primer (ítem 1).



“Tengo facilidad para reconocer mis propias emociones” presenta la mayor concentración en la categoría más alta con un puntaje de 6, de estas la frecuencia fue del 50 % lo que corresponde con 10 participantes. Este resultado indica un nivel elevado de autoconciencia emocional entre los profesionales encuestados. Este indicador también registra una media alta, reflejando una competencia bien consolidada.

En contraste, el indicador 3 “Pienso que mi trabajo me genera sobrecarga emocional” muestra una distribución más dispersa, aunque la mayoría se concentra entre los valores 4 y 5, 75% del total, solo 1 persona, 5%, seleccionó el valor 6, lo cual sugiere que, si bien se percibe una carga emocional moderada, no todos la experimentan de forma constante. Este hallazgo también puede interpretarse como una posible subestimación del desgaste emocional.

Por otro lado, los indicadores 2 y 4 “Establecer límites saludables”, “Responder efectivamente a las emociones” y “Comunicarse efectivamente”, concentran su mayor frecuencia entre los valores 4, 5 y 6, lo que denota niveles intermedios-altos de regulación emocional y habilidades comunicativas. Por ejemplo, en el indicador 2, el 75% de las respuestas se ubican entre los valores 4 y 5, con una tendencia modal en el valor 5 con una frecuencia de 8 respuestas.

El indicador 5, “Construyo relaciones laborales satisfactorias” tiene su mayor concentración en el valor 5, 9 participantes y un segundo pico en el valor 6, 5 participantes, lo que representa el 70% de la muestra; este patrón sugiere un alto grado de competencia interpersonal en el ámbito laboral.

Finalmente, el indicador 6 “Empatía y comprensión con los demás”, muestra que el 60% de los participantes se ubican en los valores 5 y 6, lo que confirma un nivel destacado de empatía afectiva y sensibilidad social, componentes clave de la inteligencia emocional.

En general, los resultados reflejan un perfil emocional favorable entre los profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas, con altos niveles de autoconciencia, empatía y habilidades sociales, aunque la gestión del desgaste emocional, indicador 3, podría constituir un foco de atención.



Tabla 2. Inteligencia emocional en profesionales de enfermería en áreas críticas

Indicador	Valoración por porcentajes							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
1. Tengo facilidad para reconocer mis propias emociones.	5%	0%	0%	5%	20%	20%	50%	100%
2. Creo que puedo establecer límites saludables.	0%	0%	0%	5%	35%	40%	20%	100%
3. Pienso que mi trabajo me genera sobrecarga emocional.	0%	0%	5%	15%	40%	35%	5%	100%
4. Siento que puedo responder efectivamente a las emociones.	0%	0%	5%	5%	40%	30%	20%	100%
5. En mi trabajo construyo relaciones laborales satisfactorias.	0%	5%	5%	5%	15%	45%	25%	100%
6. Tengo facilidad para ser empática y comprensiva con los que me rodean.	0%	5%	0%	5%	30%	45%	15%	100%
7. En mi trabajo trato de comunicarme efectivamente con los que me rodean.	0%	0%	5%	5%	30%	40%	20%	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario para valorar la inteligencia emocional en profesionales de enfermería en áreas críticas . *Nota:* Los resultados son expresados en porcentajes.

La Tabla 2 muestra la distribución porcentual de las respuestas en una escala tipo Likert de siete niveles de 0 a 6, cada indicador representa una dimensión clave de la inteligencia emocional en el contexto de áreas críticas.

El indicador 1 “Tengo facilidad para reconocer mis propias emociones”, presenta el mayor porcentaje en la categoría 6 “todos los días” con un 50%, seguido de un 20% en los valores 4 y 5, lo que refleja una alta autoconciencia emocional entre la mayoría de los encuestados. Solo un 5% reporta esta habilidad como poco frecuente, valor 0 y 3.

En el indicador 2 “Creo que puedo establecer límites saludables”, se observa que el 75% de los participantes se concentra en los valores 4 y 5, y un 20% en el valor 6. Esta distribución sugiere que la mayoría considera tener una buena capacidad para regular emocionalmente sus relaciones laborales, aunque aún hay un margen para fortalecer la práctica diaria de esta competencia.

El indicador 2 “Pienso que mi trabajo me genera sobrecarga emocional”, muestra una tendencia concentrada en las categorías 4 con un 40% y en la 5 con un 35% lo que indica que el 75% de los encuestados percibe una carga emocional significativa con frecuencia. Esto permite visualizar que hay una alerta sobre el desgaste laboral. Solo un 5 % lo percibe como algo cotidiano, lo que puede interpretarse como una subestimación o como una adaptación psicológica al entorno.



Respecto al indicador 4, “siento que puedo responder efectivamente a las emociones” destaca que el 90% de las respuestas se agrupan entre los valores 4, 5, y 6, lo que corresponde a un 40 % en el valor 4, un 30 % en el 5 y 20 % en el 6. Esto indica una buena capacidad de regulación emocional, aunque con la oportunidad de consolidación.

En el indicador 5 “Construyo relaciones laborales satisfactorias”, el mayor porcentaje 45%, se encuentra en el valor 5, seguido del 25% en el valor 6. La suma de los valores altos 4, 5 y 6, representa el 85% del total, lo que evidencia una fuerte competencia interpersonal positiva en el entorno laboral.

El indicador 6 “Tengo facilidad para ser empática y comprensiva con los que me rodean”, también refleja un perfil positivo, con un 45% en el valor 5 y un 30% en el valor 4. Solo el 5% se posiciona en los niveles más bajos, valor 1 y 3, lo que confirma una alta prevalencia de empatía como competencia emocional clave.

Por último, el indicador 7 “Me comunico efectivamente con los que me rodean”, muestra un 40% en el valor 5 y un 30% en el valor 4, y 20% en el valor 6. Esta distribución indica que el 90% de los participantes considera que se comunica con eficacia con regularidad o alta frecuencia, lo cual es esencial para el trabajo colaborativo en áreas críticas.

En conjunto, los resultados evidencian que los profesionales de enfermería en áreas críticas poseen altos niveles de autoconciencia, empatía, habilidades interpersonales y comunicación efectiva, todos ellos componentes clave de la inteligencia emocional. Sin embargo, la percepción de sobrecarga emocional, el indicador 3, sobresale como un factor de riesgo que podría afectar el bienestar emocional y el desempeño profesional, por lo que debe ser considerado prioritario en programas de intervención y formación emocional.

En respuesta al objetivo específico de identificar las tendencias generales en el desarrollo de las competencias en inteligencia emocional del personal de enfermería que labora en áreas críticas, según los resultados del instrumento Cuestionario breve de Inteligencia Emocional para valorar la inteligencia emocional en profesionales de enfermería en áreas, se identificaron siete categorías: 1) Tengo facilidad para reconocer mis propias emociones; 2) Creo que puedo establecer límites saludables con mis emociones; 3) Pienso que mi trabajo me genera sobrecarga emocional; 4) Siento que puedo responder efectivamente a las emociones; 5) En mi trabajo



construyo relaciones laborales satisfactorias; 6) Tengo facilidad para ser empática y comprensiva con los que me rodean; y 7) En mi trabajo trato de comunicarme efectivamente con los que me rodean.

De acuerdo con las frecuencias del ítem 1 del instrumento, la categoría 1) facilidad para reconocer mis propias emociones, se presenta en enfermería como la capacidad para que reconozcan sus emociones ante situaciones críticas en el cuidado del paciente y en el entorno laboral. Esto coincide con los dos elementos que la componen según la literatura, que son la conciencia emocional y la valoración de uno. En enfermería esto se manifiesta por identificar el impacto de las propias emociones en la práctica profesional, lo que favorece la toma de decisiones en situaciones críticas y a la par salvaguardar el autocuidado.

Respecto a la categoría 2) Percepción de sobrecarga emocional generado por el trabajo, se presenta en el profesional de enfermería como la capacidad de autocontrol ante situaciones de estrés y el manejo de trabajo colaborativo. En enfermería se expresa a través del logro del equilibrio entre la vida personal y laboral, lo que reduce el desgaste emocional que afecta su salud mental.

Ahora bien, en la categoría 3) Sobrecarga emocional presente en el área laboral, se presenta en el profesional de enfermería como la autoconciencia de controlar los impulsos y las emociones en situaciones de estrés que favorezcan comportamientos conflictivos con otros. En enfermería se vislumbra que contar con límites saludables en los espacios laborales, se refleja en la calidad del cuidado que brindan a sus pacientes.

En esta misma línea, en la categoría 4) Responder efectivamente a las emociones, se presenta en el profesional de enfermería como aquella capacidad para reconocer las propias emociones. En enfermería, se reconoce la fortaleza para mantener la gestión en situaciones de estrés, lo que permite una respuesta empática y la resolución de las necesidades de los pacientes críticos.

Respecto a la categoría 5) Construcción de relaciones laborales satisfactorias, se presenta en el profesional de enfermería a través de las habilidades sociales que le permiten trabajar de manera satisfactoria con el equipo multidisciplinario y bajo condiciones de estrés laboral. En enfermería, se refleja que las habilidades sociales son acordes ante las características requeridas para el trabajo en áreas críticas, precisando un clima laboral positivo.



Mientras que la categoría 6) Facilidad para ser empática y comprensiva, se presenta en el profesional de enfermería mediante la capacidad de entender y compartir las emociones de quienes le rodean. En enfermería, se confirma la presencia de la sensibilidad social, lo que facilita el desarrollo de la empatía, siendo esta una habilidad socioemocional fundamental en el profesional de enfermería para llevar a cabo intervenciones holísticas en áreas críticas.

Respecto a la categoría 7) Comunicación efectiva en el trabajo, entendida por el profesional de enfermería como el establecimiento del canal de comunicación asertivo que sirve para reconocer las necesidades de quienes están a su cargo; así como gestionar las propias necesidades. En enfermería, se muestra como una habilidad crucial para otorgar cuidados a los pacientes, orientar a los familiares en el seguimiento de los tratamientos y transmitir seguridad en el seguimiento de las intervenciones en áreas críticas.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación revelan un escenario prospectivo favorable hacia el año 2033, proyectando que las principales necesidades del profesional de enfermería respecto a las competencias en inteligencia emocional son el desarrollo de la autoconciencia, empatía, regulación emocional y relaciones interpersonales. Lo anterior coincide con otro estudio realizado por Castillejos et al.¹⁶ que establece que la inteligencia emocional en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas representa una competencia estratégica para afrontar las exigencias de entornos como la terapia intensiva y urgencias, dado que la vulnerabilidad de los pacientes que reciben en dichas áreas exige al profesional ser empático con las necesidades de los pacientes y a su vez favorecer una práctica holística.

Actualmente, el 50% de las participantes manifiestan reconocer sus propias emociones todos los días, lo que posiciona a la autoconciencia emocional como la competencia con mayor nivel de consolidación. Esto coincide con Goleman¹⁷, quien identifica esta habilidad como la base de todas las demás dimensiones de la inteligencia emocional, esta autoconciencia actúa como un punto de partida que puede potenciar el crecimiento de otras competencias.

Asimismo, se observan altos niveles en la capacidad para establecer límites saludables, responder a emociones, comunicarse eficazmente y construir relaciones laborales satisfactorias, con entre un 75% y 90% de las participantes ubicadas en los niveles intermedios-altos de frecuencia, esto sugiere que las competencias de autorregulación y habilidades sociales



están en proceso de desarrollo, con una tendencia positiva hacia su fortalecimiento para el año 2033. Lo anterior coincide con el autor Garner²¹ ya que, en caso de la empatía, el 60% de los participantes reporta comportamientos empáticos frecuentes, lo que permite anticipar que, para 2033, esta dimensión podría alcanzar niveles óptimos.

De acuerdo con Guerrero et al.²² indican que, por otro lado, la sobrecarga emocional, indicador 3, representa el mayor desafío. Aunque solo un 5% la percibe como constante, un 75% la experimenta con frecuencia, valores 4 y 5, esto sugiere una alerta temprana sobre el desgaste emocional progresivo que puede surgir por la intensidad del entorno laboral crítico.

Los autores Irrázabal et al.¹⁵ refieren que el entorno clínico en áreas críticas, con pacientes inestables, alta carga asistencial, déficit de recursos y rotación constante del personal, condiciona la respuesta emocional de los profesionales, estas condiciones requieren formación técnica, y un entrenamiento sistemático en inteligencia emocional, orientado a sostener el autocontrol, tomar decisiones bajo presión y mantener una comunicación efectiva con los equipos multidisciplinarios.

La evolución proyectada de la inteligencia emocional en el personal de enfermería hacia 2033, se presenta como altamente probable y alcanzable siempre que se diseñen estrategias formativas, terapéuticas y organizacionales que integren esta competencia en los entornos hospitalarios.

CONCLUSIONES

La inteligencia emocional se posiciona como una competencia clave en el perfil del profesional de enfermería que labora en áreas críticas, al influir directamente en su desempeño clínico, toma de decisiones, capacidad para establecer relaciones interpersonales y manejo de situaciones emocionales. Los hallazgos de esta investigación permiten proyectar un escenario positivo hacia el año 2033, en el que la mayoría de las enfermeras podrían haber consolidado habilidades emocionales como la autoconciencia, la empatía, la autorregulación y la comunicación efectiva.

El análisis de los siete indicadores evaluados evidencia que ya existe una base emocional sólida en el presente, especialmente en el reconocimiento de las propias emociones y en la capacidad para establecer relaciones laborales satisfactorias. Sin embargo, la percepción de sobrecarga



emocional, aunque no generalizada, emerge como un factor de atención que podría limitar el desarrollo emocional integral si no se interviene oportunamente.

Por tanto, se concluye que el escenario prospectivo más probable es favorable, siempre que las instituciones de salud y formación profesional implementen estrategias estructuradas para el fortalecimiento de la inteligencia emocional. La inteligencia emocional, entendida como una competencia transversal y desarrollable, debe ser integrada como un eje formativo y organizacional prioritario, indispensable para enfrentar los desafíos complejos que se proyectan en el ejercicio de la enfermería en áreas críticas para el año 2033.

REFERENCIAS

1. DOF - Diario Oficial de la Federación. Dof.gob.mx. 2013[citado 20 de marzo 2025] <https://tinyurl.com/4vt2hsme>
2. White J, Gunn M, Chiarella M, Catton H, Stewart D. Actualización de las definiciones de «enfermería» y «enfermera». Informe final del proyecto, junio de 2025. Ginebra (Suiza): Consejo Internacional de Enfermeras; 2025.
3. Nespereira T, Vázquez M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enfermería Clínica*. 2017[citado 20 de marzo 2025];27(3),172–8. DOI: [10.1016/j.enfcli.2017.02.007](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.007)
4. Jiménez, M. A., Insausti, A. M., Zubeldia, J., Berasain, I., & Trandafir, P. C. Identificación y manejo de situaciones emocionales vividas por los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. *Enfermería global*. 2024[citado 20 de marzo 2025];23(1), 429–457. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.573071>.
5. Ribeiro, D. Almeida, A. & Tavares, J. Competência emocionais e características sociodemográficas e profissionais de enfermeiros. *Enfermería global*. 2024[citado 20 de marzo 2025];23(2), 153–193. <https://doi.org/10.6018/eglobal.586691>
6. Castillejos L, Yara V, Landeros E. Relationship between Emotional Intelligence and Nursing Care. *Revista Cuidarte*. 2020[citado 20 de marzo 2025];11(3),e989. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.989>
7. Romero, A. Síndrome de Burnout y desgaste emocional en personal de enfermería. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2024[citado 20 de marzo 2025];8(15), 107–116. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3202>
8. Ordoñez P, Polit M, Martínez G, Videla S. Emotional intelligence of intensive care nurses in a tertiary hospital. *Enfermería Intensiva*. 2021[citado 20 de marzo 2025];32(3),125–32. DOI:[10.1016/j.enfie.2020.05.001](https://doi.org/10.1016/j.enfie.2020.05.001)



9. Mavrovounis, G., Mavrovouni, D., Mermiri, M., Papadaki, P., Chalkias, A., Zarogiannis, S., ... Pantazopoulos, I. Watch out for burnout in COVID-19: A Greek health care personnel study. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*. 2022[citado 20 de marzo 2025];59,469580221097829. <https://doi.org/10.1177/00469580221097829>
10. Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal of Nursing Studies*. 2020[citado 20 de marzo 2025];111,103637. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637>
11. Linch Torres, E. L., & Cabrejo Paredes, J. E. Nivel de inteligencia emocional y estrés laboral en enfermeras de hospitales I -red asistencial La Libertad es salud. *Revista CIENCIA Y TECNOLOGÍA*. 2021[citado 20 de marzo 2025]; 17(4), 243-250. <http://dx.doi.org/10.17268/rev.cyt.2021.04.21>
12. Ramírez, S., Romero, J. L., Suleiman, N., Gómez, J. L., Monsalve, C., Cañadas, G. A., & Albendín, L. Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021[citado 20 de marzo 2025];18(21),11432. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111432>
13. Duque, C. & Arias, M. Relación enfermera-familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias De La Salud*. 2021[citado 20 de marzo 2025];19(1). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059>
14. Pérez M, Molero M, Vázquez J, Oropesa N. The Role of Emotional Intelligence in Engagement in Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.2018[citado 20 de marzo 2025];15(9),1915. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091915>
15. Irrarázabal RA, López RB, Rojas IK, Salas NE. Inteligencia emocional y su potencial preventivo de síntomas ansioso-depresivos y estrés en estudiantes de enfermería. *Ciencia y Enfermería/Ciencia y Enfermería [Internet]*. 1 de diciembre de 2020;26. <https://doi.org/10.29393/ce26-20iera40020>
16. Campos Medina MA. Entrevista al Dr. Daniel Goleman autor del libro Óptimo. *Revista Digital de Investigación y Postgrado*. 2025;6:173–177. doi: 10.59654/txefx83
17. Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional.1998[citado 20 de marzo 2025] <https://tinyurl.com/mukaeacf>
18. V. Alexandra, B. Celey. Metodología de los Escenarios para Estudios Prospectivos. *Revista Ingeniería e Investigación*, editor. *Revista Ingeniería e Investigación*. Dec. 1999[citado 20 de marzo 2025];1,26-35 <https://tinyurl.com/2us9tky7>



19. Jaso, M. A. Análisis metodológico de los estudios prospectivos que exploran el futuro de la bioeconomía. *Nova scientia*. 2021[citado 20 de marzo 2025];13(26). <https://doi.org/10.21640/ns.v13i26.2272>
20. La inteligencia emocional como habilidad para la vida en el desarrollo infantil desde la experiencia cotidiana. *SA [Internet]*. 2024 Oct. 21 [cited 2025 Aug. 26];7(Especial 1):122-49. Available from: <https://sinergiaacademica.com/index.php/sa/article/view/132>
21. Garner PW. Competencia emocional y sus influencias en la enseñanza y el aprendizaje. *Educational Psychology Review*.2010;22:297–321. doi:10.1007/s10648-010-9129-4.
22. Rodríguez, J.Introducción a la Prospectiva: metodologías, fases y explotación de resultados. *Economía Industrial*, 2002;1(342). <https://www.mincotur.gob.es/Publicaciones/Publicacionesperiodicas/EconomiaIndustrial/RevistaEconomiaIndustrial/342/1JesusRodriguez.pdf>
23. Reilly-King F, Duggan C, Wilner A. Foresight and futures thinking for international development co-operation: Promises and pitfalls. *Dev Policy Rev [Internet]*. 2024;42(S1). <http://dx.doi.org/10.1111/dpr.12790>
24. IDRC. Framework for Foresight at IDRC [Internet]. Ottawa: International Development Research Centre; 2024 Aug [cited 2025 Sep 14]. Available from: <https://idrc-crdi.ca/sites/default/files/2024-08/Framework-for-Foresight-at-IDRC-Es.pdf>
25. Guerrero, R. Fontán, G. Cobos, J. & Ayuso, D. El avance de la enfermería de cuidados críticos como respuesta a las demandas actuales. *Enfermería intensiva*. 2024[citado 20 de marzo 2025];35(3), e23–e29. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.01.003>
26. Rivera, F. Análisis estratégico y prospectivo en salud: el enfoque de Godet y simulaciones de escenarios para el Programa de Salud Familiar (PSF). Análisis estratégico en salud y gestión a través de la escucha [online]. 2006[citado 20 de marzo 2025]. <https://tinyurl.com/yc8ynnyab>
27. Godet M, Durance P. La caja de Herramientas de la prospectiva Estratégica. *Prospectiva Estratégica: Problemas y métodos*. 2007[citado 20 de marzo 2025]. <https://tinyurl.com/57nppks8>



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Uso de los patrones de conocimiento de enfermería: Revisión de alcance

Using Nursing Knowledge Patterns: Scoping Review

*Usando Padrões de Conhecimento de Enfermagem: Revisão de Escopo*Leslie Marilú Zavala-Martínez^IElizabeth Guzmán Ortiz^{II}María Mercedes Moreno-González^{III}Vicente Jiménez-Vázquez^{IV}Claudia Orozco-Gómez^V

RESUMEN

Introducción: Los patrones de conocimiento de enfermería permiten fundamentar la disciplina y entender los sucesos que se presentan en cada acto de cuidado, su aplicación permite brindar un cuidado holístico. **Objetivo:** Identificar la evidencia científica sobre el uso de los patrones del conocimiento de enfermería. **Métodos:** Revisión de alcance, la búsqueda se efectuó en PubMed, LILACS, CUIDEN, Scielo y EBSCO del 2014 al 2024. **Resultados:** Se identificaron 17 estudios, en su mayoría muestran el uso de los patrones del conocimiento de Enfermería en la práctica clínica en los diferentes niveles de atención. Los patrones que se identifican con mayor frecuencia fueron el empírico, estético ético y personal. **Conclusiones:** Predominaron los patrones de conocimiento propuestos por Carper, mientras que los patrones socio-político y emancipatorio fueron escasamente considerados. Es importante que los patrones se apliquen simultáneamente, principalmente en la práctica y se fomenten desde la formación académica.

Palabras clave: Conocimiento; Cuidado de enfermería; Epistemología; Patrones de enfermería.

Para citar este documento



Zavala-Martínez LM, Guzmán-Ortiz E, Moreno-González MM, Jiménez-Vázquez V y Orozco-Gómez C. Uso de los patrones de conocimiento de enfermería: Revisión de alcance. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; **5(17)**: 136-155. <https://doi.org/10.57246/ts4cvt46>

Fecha de envío: 24/04/2025 **Fecha de aceptación:** 23/07/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

^I Maestra en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato. Salvatierra Guanajuato, México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0003-8448-6801> Correo: lm.zavalamartinez@ugto.mx

^{II} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato. Salvatierra Guanajuato, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-4944-0600> Correo: elizabeth.guzman@ugto.mx

^{III} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato. Salvatierra Guanajuato, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-0299-2299> Correo: ma.moreno@ugto.mx

^{IV} Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-5661-494X> . Correo: vvazquez@uach.mx

^V Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-5095-6279> Correo: clorozco@uach.mx



ABSTRACT

Introduction: Nursing knowledge patterns allow to base the discipline and understand the events that occur in each act of care, its application allows to provide holistic care. **Objective:** To identify scientific evidence on the use of nursing knowledge patterns. **Methods:** Scoping review, the search was performed in PubMed, Lilacs, Cuiden, Scielo and Ebsco from 2014 to 2024. **Results:** 17 studies were identified, mostly showing the use of Nursing knowledge patterns in clinical practice at different levels of care. The most frequently identified patterns were empirical, ethical aesthetic and personal. **Conclusions:** The proposed Carper patterns predominated, while the socio-political and emancipatory knowledge patterns were little contemplated. It is important that the patterns are applied simultaneously, mainly in practice, and that they are encouraged from academic training.

Keywords: Epistemology; Nurses patterns; Knowledge; Nursing care.

RESUMO

Introdução: Os padrões de conhecimento de enfermagem permitem fundamentar a disciplina e compreender os eventos que ocorrem em cada ato de cuidar; sua aplicação nos permite fornecer cuidados holísticos. **Objetivo:** Identificar evidências científicas sobre a utilização de padrões de conhecimento de enfermagem. **Métodos:** Revisão de escopo, a busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Lilacs, Cuiden, Scielo e Ebsco no período de 2014 a 2024. **Resultados:** Foram identificados 17 estudos, cuja maioria apresenta a utilização de padrões de conhecimento de Enfermagem na prática clínica em diferentes níveis de atenção. Os padrões mais frequentemente identificados foram empíricos, estéticos, éticos e pessoais. **Conclusões:** Os padrões propostos por Carper predominaram, enquanto os padrões de conhecimento sociopolítico e emancipatório foram pouco considerados. É importante que os padrões sejam aplicados simultaneamente, principalmente na prática, e incentivados por meio de treinamento acadêmico.

Palavras-chave: Padrões de enfermagem; Conhecimento; Epistemologia; Cuidados de enfermagem



INTRODUCCIÓN

La fundamentación de la práctica de enfermería se obtiene a partir de un cuerpo de conocimiento propio el cual tiene patrones, formas y estructura, lo cual sirve de directriz, delinea características y manera de pensar sobre los fenómenos relacionados con la enfermería¹. En este orden de ideas, los patrones del conocimiento de Enfermería establecen una base útil para el estudio y el entendimiento de los sucesos que se presentan en cada acto de cuidado, necesarios para proporcionar intervenciones eficaces e independientes a la persona, familia o comunidad dirigida a satisfacer las respuestas humanas².

Los patrones de conocimiento de Enfermería permiten aplicar de manera creativa el conocimiento en la práctica y son útiles para la comprensión de la enfermería como ciencia así mismo para organizar, estudiar y comprender los eventos relacionados con la praxis disciplinaria^{3,4}, también permiten abordar las complejidades del cuidado en la práctica profesional de enfermería lo que se evidencia a través de narrativas que documentan experiencias sociales relacionadas con el cuidado de enfermería⁵ con un enfoque holístico en los distintos contextos en que se brinda el cuidado⁶.

Los patrones del conocimiento de Enfermería han sido descritos por diversas teóricas³, siendo que Barbara Carper en 1978 distinguió cuatro patrones fundamentales que dan estructura al conocimiento de enfermería¹, entre estos se encuentra el patrón empírico el cual hace referencia a la ciencia de enfermería, por lo que se genera a través de la investigación y es validado por la comunidad científica⁷. Este comprende el conocimiento organizado en leyes generales y teorías que tienen como propósito describir, explicar y predecir un fenómeno sobre la salud y enfermedad¹.

El patrón estético también conocido como el arte de enfermería permite conocer que cada situación es única y particular⁴; incluye a la empatía como un componente esencial para comprender a los demás como personas¹. Este se considera relevante debido a que permite al profesional de enfermería conocer a las personas en su totalidad, crear un entorno de curación y utilizar de forma creativa los recursos⁸.

El patrón de conocimiento personal implica el conocimiento de sí mismo y un proceso interpersonal al interactuar y relacionarse con la persona que cuida. Este se considera que es primordial para comprender el significado de la salud en términos de bienestar individual¹ este



patrón permite al profesional de enfermería comprender su actuación para contribuir en su propio crecimiento y en el de la persona a su cuidado⁹. Mientras que el patrón ético es el componente moral de la enfermería^{1,4}, se centra en lo que se debe de hacer¹ este componente va más allá de conocer normas, códigos de conducta ética, involucra acciones deliberadas y realizar juicios sobre lo que se debe de hacer o lo que es bueno, correcto y de lo que se es responsable⁴.

Se han desarrollado otros patrones como es patrón del conocimiento sociopolítico el cual fue introducido por Jill White¹⁰, este se enfoca en comprender el contexto sociopolítico de las personas y de la práctica de enfermería, de igual forma entender la influencia de las políticas y leyes en la salud y profesión, por lo que los profesionales de enfermería deberán defender el derecho a la salud¹⁰⁻¹². Chinn y Kramer incorporan un sexto patrón, denominado emancipatorio, el cual se encuentra alineado al socio-político¹⁰ y otorga la conciencia de justicia y equidad en la profesión. Para adquirirlo, es necesario desarrollar la capacidad de ser consciente y reflexionar críticamente sobre el estado actual de la sociedad, la cultura y la política, así como analizar cómo y por qué ha llegado a configurarse de esa manera. Requiere ser consciente de las inequidades sociales y políticas institucionales y comprender valores y creencias culturales que necesitan ser modificados⁴. El contemplar estos patrones en la práctica permite al profesional de enfermería prever posibles barreras administrativas o políticas para poder mantener la continuidad del tratamiento y atención oportuna¹³.

Cabe mencionar que en la literatura se menciona el conocimiento espiritual¹⁰, el que se considera un patrón central y necesario en enfermería, esencial para comprender, percibir y conocer la totalidad del ser humano y su entorno en un proceso mutuo. Este se relaciona directamente con la comprensión de la salud humana, ambiental y del bienestar universal desde una perspectiva de enfermería¹⁴.

La importancia de conocer y estudiar los patrones del conocimiento de enfermería recae en que se consideran indispensables para la fundamentación y desarrollo del conocimiento y la práctica, por lo que es importante saber que estos se expresan de manera integrada y con conexiones o interacciones que permiten la expresión del cuidado y de las intervenciones de enfermería de forma holística¹⁵. No obstante, cuando los patrones se llevan a cabo de manera aislada se tendría una práctica fragmentada¹⁶.



Se han realizado estudios para identificar que patrones de conocimiento se han utilizado, en este sentido en Colombia se realizó un estudio cualitativo documental para identificar el patrón predominante en las narrativas de estudiantes de enfermería⁵. Revisiones previas han sintetizado la evidencia sobre los patrones de conocimiento de enfermería difundidos por la prensa brasileña antes de la implementación del modelo de Florence Nightingale en Brasil¹⁷ y otra describió los patrones de conocimiento en enfermería de Barbara Carper y su influencia en los diferentes contextos de la disciplina de enfermería¹⁸. Se consideró relevante efectuar una revisión de alcance para evidenciar y sintetizar la literatura reciente sobre los distintos patrones de conocimiento en Enfermería, lo que permitirá a los profesionales de la disciplina reconocer las diversas formas en que estos pueden manifestarse. Esta revisión tuvo como objetivo identificar la forma en que se han utilizado los patrones de conocimiento de enfermería en sus diferentes contextos. La pregunta que guio el desarrollo de la revisión fue ¿Cómo se aplican los patrones de conocimiento en enfermería?

MÉTODOS

Diseño

El tipo de estudio corresponde a una revisión de alcance, la cual se desarrolló conforme a la metodología propuesta por el Instituto de Joanna Briggs¹⁹ en la que se consideran los Elementos de Informe Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis Extensión para Revisiones de Alcance (PRISMA-ScR, por sus siglas en inglés)²⁰.

Criterios de inclusión

La búsqueda se llevó a cabo durante los meses de septiembre del 2024 a abril del 2025. Se contemplaron artículos en idiomas inglés, portugués y español publicados entre los años 2014 al 2025. Se incluyeron artículos que contemplaban los patrones del conocimiento de enfermería ya fuera de manera general o individual sin importar el contexto de la práctica de enfermería en que se aplicaba; los diseños de estudio que se consideraron fueron cualitativos, cuantitativos, estudios de caso o narrativas, revisiones sistemáticas e integrativas.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para la búsqueda se utilizaron las bases de datos PubMed, EBSCO, LILACS (a través de BVS Biblioteca Virtual de Salud), Scielo y CUIDEN, también se recuperaron artículos de lista de



referencias de artículos. Para seleccionar las palabras claves inicialmente se efectuó una búsqueda exploratoria de palabras empleadas en títulos y palabras usadas en artículos similares, las cuales se validaron en los Descriptores de la Salud. Las palabras utilizadas en español fueron patrones de enfermería, conocimiento, en inglés nurses patterns knowledge y en portugués padrões de enfermeiras conhecimento y el operador booleano AND. Cabe señalar que la palabra arrojada para patrones por el descriptor no corresponde a los patrones de conocimiento, por lo que se decidió utilizar las palabras nurses patterns, las cuales han sido empleadas en estudios previos.

Selección de la evidencia y extracción de datos

Para la selección de los artículos se efectuó lectura por título, resumen y texto completo, de los cuales se efectuó lectura crítica para luego llevar a cabo la extracción y síntesis de la información de los artículos seleccionados, para esto se utilizó una tabla de extracción de información que incluía autor(s), año, lugar de publicación, objetivo del estudio, patrón utilizado, campo de aplicación tipo de estudio y principales resultados relacionados con la forma en que se expresan los patrones.

Análisis y presentación de resultados

Para el análisis y presentación de los resultados se elaboró una tabla que permitió sintetizar la evidencia de los estudios que se seleccionaron y que se consideró que contaba con la calidad adecuada. En la tabla se incluyeron los puntos de interés de la revisión: el tipo patrón que se empleó, campo de aplicación y función de la práctica (docencia, investigación o práctica clínica).

RESULTADOS

En la Figura 1 se puede observar el flujo de la selección de los estudios a través del PRISMA-ScR, los artículos que se encontraron a través de bases de datos y registros adicionales identificados por medio de otras fuentes, en total fueron 399 artículos, pero solo se seleccionaron los 17 artículos debido a que cumplieron con los criterios inclusión.



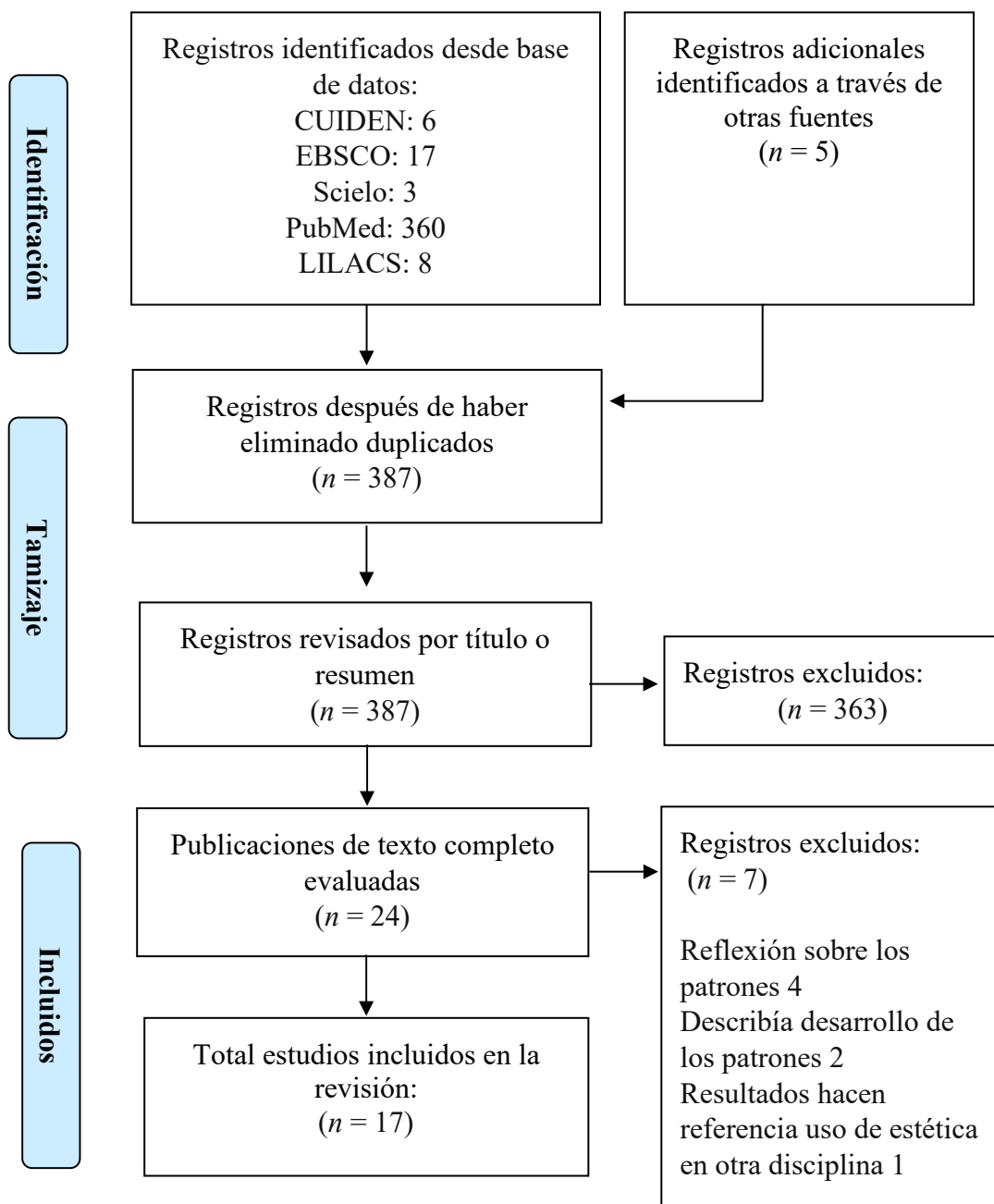


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de la evidencia

Los estudios fueron publicados entre los años 2017 a 2025, la mayoría fueron realizados en América del Sur (Brasil, México, Colombia y Venezuela) y fueron de tipo cualitativo (13), dos de los estudios emplearon narrativa y solo uno de estos fue una revisión de literatura. Los participantes que de los estudios contemplaban tanto a profesionales como estudiantes de enfermería.



En la mayoría de los artículos se incluyeron los cuatro patrones conocimientos básicos (empírico, estético, personal y ético), únicamente en dos se exploró un solo patrón (personal y estético), en tres se contempló el patrón socio-político y en cinco se contempló el patrón emancipatorio.

Los estudios en su mayoría documentan la manera en cómo los patrones de conocimiento de enfermería se expresan en la práctica^{9, 21, 23, 25, 28, 30-33}. Las áreas en que se describen fueron en la salud mental y psiquiatría, gineco-obstetricia, servicios ambulatorios de atención del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), práctica comunitaria, pediatría y unidad de cuidados críticos. En tres estudios los patrones fueron utilizados en la investigación como marco de análisis de los resultados^{26, 27, 34} y tres estudios reflejaron el uso de los patrones en la docencia^{22, 23, 29}.

La manera en que el patrón empírico se ha evidenciado es cuando el profesional de enfermería o estudiantes utilizan la teoría de los síntomas desagradables, educan sobre lactancia materna, conocen el manejo farmacológico, así como las patologías y sus comorbilidades, saben identificar sintomatología, valorar y diagnosticar al paciente, utilizan medidas de protección.

El patrón estético solo en un estudio no se identificó²³ la manera en cómo se lleva a cabo fue al mantener una comunicación con el paciente, ser compasivo y sensible, así como escuchar activamente, mostrar interés, empatía, reconocer las experiencias previas y necesidades del paciente. También al momento de aplicar la innovación en el cuidado cómo ejemplos se hace referencia a la arteterapia, desarrollo de programas educativos y utilizar el sentido del humor.

El patrón ético se expresa al llevar un comportamiento profesional apegándose a las actividades que como profesionales se deben de realizar y conforme a legislación legal para llevar a cabo el manejo del dolor, brindar cuidado libre de juicio, conservar la confidencialidad, ser respetuoso con el paciente, familia y colegas. Además de buscar con el actuar profesional el beneficio y tomar la mejor decisión ante un dilema ético.

Respecto al patrón personal se menciona que se realiza al llevar a cabo la autorreflexión y autoconocimiento para entender la actitud del paciente. También se refleja al estar auténticamente presente; al llevar a cabo una relación genuina, creativa y auténtica con el



paciente. En este es necesario el trabajo emocional ante el sufrimiento ajeno y el uso terapéutico de sí mismo. Cabe mencionar que tres estudios mencionan que no se empleó^{24, 26,29} y que causaba incomodidad la relación con la persona a la que brindaban cuidados paliativos por lo que se elige la relación con la familia²⁹.

El patrón emancipatorio se expresó en la participación de profesionales de enfermería en movimientos para reconocer su condición laboral y proponer proyectos de gestión para el plan de alta y trabajar en equipo con competencia cultural.

Finalmente, el patrón sociopolítico en un artículo se menciona que no se identificó, en los que se logró evidenciar este se empleó cuando el profesional de enfermería toma en cuenta el entorno y políticas existentes en la institución para el cuidado y se busca la igualdad en los recursos. También participan en mejorar espacios públicos del cuidado y uso responsable de los medios de comunicación.

Tabla 1. Estudios sobre la utilidad de los patrones de conocimiento

No.	Autor(s) año País	Campo de aplicación	Patrones del conocimiento y forma en que se expresan
1	Enríquez et al. ²¹ 2019 México	Práctica clínica 2do nivel de atención Área: Gineco-obstetricia Práctica clínica	<p>Patrón de conocimiento empírico: Se evidencia al momento de educar a la madre sobre la lactancia materna.</p> <p>Patrón de conocimiento estético: la enfermera demuestra de forma no verbal y verbal la empatía por la situación que está pasando. Proporciona un ambiente confortable para el proceso de alimentación de la bebé y fomento del vínculo madre e hija.</p> <p>Patrón de conocimiento personal. La enfermera con su experiencia y autoconocimiento busca identificar las necesidades en la adolescente y entender su actitud.</p> <p>Patrón de conocimiento ético: Se brindó el cuidado sin juicio o crítica ante la situación de la paciente. Se proporcionó cuidado al binomio con respeto, cuidando su integridad y la dignidad. Y se mantuvo el derecho a la información.</p> <p>Integra contenidos, habilidades, actividades y resultados educativos para las cinco formas de conocimiento</p> <p>Patrón de conocimiento empírico: mecanismo del dolor postoperatorio, el manejo farmacológico y evaluación del dolor agudo</p>
2	Swift et al. ²² 2020 Reino Unido	Docencia Modelo educativo para manejo de dolor	<p>Patrón de conocimiento estético: Mantener conversación delicada para identificar factores que influyen en la respuesta de la estrategia del manejo. Conversar con los padres.</p> <p>Patrón de conocimiento personal: trabajo emocional asociado al sufrimiento ajeno.</p> <p>Patrón de conocimiento ético: Responsabilidad legal y ética en relación con el manejo del dolor.</p> <p>Patrón de conocimiento emancipador: ¿Cómo influyen los objetivos de la organización en el trabajo de la enfermera a la hora de abordar las necesidades de manejo del dolor de cada paciente?</p>
3	Muñoz ⁹ 2019	Práctica en clínica	<p>Las dimensiones del patrón personal incluían: 1. Humanización las enfermeras, 3. Yo personal, yo profesional</p>



	Colombia		en Enfermería: expresión de sentimientos-emociones, roles y creencias 4. Uso terapéutico de sí mismo en Enfermería
4	Bubadué et al. ²³ 2022 Brasil	Práctica clínica Servicio ambulatorio de atención a niños con VIH	<p>Patrón de conocimiento empírico: la atención del personal de enfermería se basó en prejuicios por la falta de conocimiento sobre su historia natural de la enfermedad, sin embargo, tomaron medidas de equipo de protección personal durante el contacto.</p> <p>Patrón de conocimiento estético: No se reportó por parte del personal, por la falta de experiencia, conocimientos y habilidades para su atención hacia el paciente y familiar.</p> <p>Patrón de conocimiento personal: se destaca cuando la madre del menor manifiesta confusión sobre el diagnóstico y como explicarle al hijo, y acude a solicitar apoyo al personal de enfermería. Pero la enfermera no atendió esta solicitud por la excusa de la sobrecarga del trabajo y por lo tanto no aplicó el conocimiento personal.</p> <p>Patrón de conocimiento ético: las enfermeras se apegaron a los lineamientos éticos al momento de proporcionar cuidado y control de la enfermedad.</p> <p>Sociopolítico, emancipador: se representan en la participación en los movimientos sociales, para hacer reconocer las condiciones de vida y laborales, desde el problema de desigualdad de género, clase, raza, y los estándares de belleza física.</p> <p>Empírico: Se mostró cuando la enfermera orientó a la cuidadora y al paciente acerca de los cuidados de la enfermedad y la utilización Teoría de los síntomas desagradables.</p> <p>Estético: se abordó cuando la enfermera mostró el interés y motivó al cuidador para mejorar su bienestar del paciente.</p> <p>Personal: Se representa cuando la enfermera mostrada presencia física y moral hacia el cuidador.</p> <p>Ético: se mostró mediante la relación enfermera-paciente, desde el respeto acompañamiento, y una comunicación efectiva.</p> <p>Sociopolítico: Se representó cuando la enfermera observó el cambio del rol de la cuidadora, así como su cultura de cuidado que tenía hacia su familiar.</p> <p>Emancipatorio: se llevó a cabo cuando se propone un proyecto de gestión del cuidado dirigido para el plan de alta de la persona con EPOC y el cuidador</p> <p>Empírico: Patrón frecuentemente dominado por los estudiantes, debido que en los mapas conceptuales representaron la importancia del conocimiento médico empírico.</p> <p>Estético: segundo patrón dominado por los estudiantes, en donde lograron identificar habilidades específicas requeridas en sus casos seleccionados.</p> <p>Los estudiantes no representaron en los mapas conceptuales la importancia del conocimiento personal, ético o sociopolítico.</p> <p>Patrón de conocimiento empírico: se demostró cuando realizan una valoración y evaluación de estado de salud del paciente para posteriormente establecer los diagnósticos como parte de las etapas de proceso de atención enfermero.</p> <p>Patrón de conocimiento estético: Los estudiantes observaron la empatía al momento que las enfermeras se preocupaba por la salud del paciente.</p>
5	Moura y Lara ²⁴ 2021 Brasil	Investigación Políticas de salud En los movimientos sociales	
6	Plata et al. ²⁵ 2020 Venezuela	Práctica comunitaria 1er nivel de atención	
7	Grealish et al. ²⁶ 2019 Australia	Investigación/Práctica docente	
8	Weingarther et al. ²⁷ 2020 Brasil	Investigación	



- 9 Rafii et al.²⁸ 2021 Irán
Práctica clínica
2do nivel de atención
Áreas: Quemados, Urología, Urgencias, Medicina Interna, UCI y la Unidad de Cuidados Post-Cardíacos
- 10 Carvalho et al.²⁹ 2020 EE.UU.
Práctica docente
Simulación clínica
- 11 de Oliveira et al.³⁰ 2017 Brasil
Práctica clínica
2do nivel de atención
Área: Psiquiatría
- Patrón de conocimiento personal:** Se demostró cuando los estudiantes establecieron una relación genuina y auténtica hacia los pacientes.
- Patrón de conocimiento ético:** los estudiantes observaron que las enfermeras se apegaron a los lineamientos éticos.
- Patrón de conocimiento sociopolítico** los estudiantes mencionaron que tienen participación en la sociedad para contribuir en la mejora en los espacios públicos sobre el cuidado, y el uso responsable medios de comunicación.
- Patrón de conocimiento empírico:** Las enfermeras ponen en práctica los conocimientos y tienen una mayor flexibilidad en situaciones emergentes acerca de la salud del paciente. El hallazgo del estudio indicó que las enfermeras, a veces en situaciones críticas, tienen la mayor flexibilidad y aplican una combinación de los cinco patrones fundamentales de conocimiento (empírico, personal, ético, estético y emancipatorio) en su práctica clínica.
- Patrón de conocimiento estético:** Se aplica para una comunicación efectiva y terapéutica con el paciente mediante técnicas como el sentido del humor.
- Patrón de conocimiento personal:** Las enfermeras no implementan este dominio ya que se enfocan en sus actividades diarias que se convierten en cuidados egocéntricos
- **Patrón de conocimiento ético:** En contextos críticos, las enfermeras enfrentan dilemas éticos que las llevan a ejecutar intervenciones que, aunque legalmente están prohibidas en condiciones normales, consideran necesarias para preservar la vida o el bienestar del paciente.
- Patrón de conocimiento emancipador:** No se aplica, debido que las enfermeras emiten juicios de acuerdo a las creencias religiosas, personales y culturales de los pacientes.
- Patrón de conocimiento empírico:** se reporta tener conocimientos teóricos previos sobre los cuidados paliativos o al final de la vida.
- Patrón de conocimiento estético:** las emociones que manifestaron en la práctica fue una conexión enfermera-paciente y pudieron transformar el sentimiento sobre la muerte por medio de brindar atención compasiva ya que ellos mismos percibieron el dolor y el malestar que estaba pasando los familiares y el paciente ante la muerte.
- **Patrón de conocimiento personal:** todo estudiante que no tenía experiencia sobre el proceso de la muerte experimentó una incomodidad al brindar el cuidado y la mayoría de ellos se centraban en la familia que en el paciente.
- **Patrón de conocimiento ético:** en el proceso ante la muerte y sus cuidados paliativos influyeron las emociones; sin embargo, eligieron hacer lo correcto tomando en cuenta beneficio de los pacientes y sus familiar
- Patrón de conocimiento empírico:** Los enfermeros ponen en práctica los conocimientos al identificar un episodio psicótico y al brindar cuidado al paciente. Conocer e identifican los síntomas de la patología
- Patrón de conocimiento estético:** Se aplica desde la experiencia del profesional de enfermería desde la preocupación por buscar la autonomía del paciente en el primer episodio psicótico y se refleja cuando realizan trabajos en la comunidad para dar seguimiento de los pacientes. También cuando se sienten sensibles al momento de atender a un paciente durante un episodio psicótico.



- Patrón de conocimiento personal:** El profesional de enfermería relatan que durante el cuidado de un episodio psicótico sienten inseguridad, miedo o hasta intranquilidad.
- Patrón de conocimiento ético:** Aplica cuando los enfermeros demuestran el cariño (tomar de la mano o un abrazo) y comunicación con voz alta para lograr que el paciente comprendiera que estaban ahí para ayudarlo, lo que se traduce como un acto de ética y moral.
- Patrón de conocimiento empírico:** La competencia a lograr para este patrón es que la EPP debe ser capaz de obtener información sobre el tratamiento y la gestión actuales de los pacientes pediátricos y de trabajar con equipos interdisciplinarios.
- Patrón de conocimiento estético:** La competencia a lograr para este patrón es que la EPP debe ser capaz de diseñar programas para asesorar a los padres de familia.
- Patrón de conocimiento personal:** La competencia a lograr para este patrón es que la EPP debe ser capaz de enseñar y asesorar a los padres de familia desde una relación personal auténtica
- Patrón de conocimiento ético:** La competencia a lograr para este patrón es que la EPP debe ser capaz de cuidar al niño desde una visión holística y desempeñar funciones de enfermería y actuar como mediadores entre el equipo interdisciplinario.
- Patrón de conocimiento emancipatorio:** La competencia a lograr para este patrón es que la EPP debe ser capaz de liderar el cuidado del paciente pediátrico contemplando el contexto sociopolítico
- Patrón de conocimiento empírico:** Se muestra cuando realizan búsqueda e implementación de la evidencia científica para el manejo de heridas
- Patrón de conocimiento estético:** Se manifiesta a través de la intuición que de desarrolla a través de la experiencia.
- Patrón de conocimiento personal:** Cuando hay interacción creativa con los demás y hay motivación personal y pasión que impulsan el manejo de las heridas
- Patrón de conocimiento ético:** se presentan cuando hacen lo correcto, al momento de usar los productos para el tratamiento de heridas.
- Patrón de conocimiento emancipatorio:** se presenta cuando el manejo de heridas se realiza de manera individualiza considerando entorno del paciente, siguiendo la política de la atención centrada en el paciente, así como la igualdad en la prestación de servicios y recursos para el tratamiento de heridas
- Patrón empírico:** Los profesionales de enfermería exploran la resiliencia vicaria a través del conocimiento empírico y utilizan la investigación para llevar a cabo una práctica basada en evidencia.
- Conocimiento ético:** Implica explorar las dimensiones morales de la resiliencia vicaria. Se toma en cuenta cuando las enfermeras de salud mental abordan dilemas éticos, como tomar decisiones por pacientes que no pueden o no tienen la capacidad de hacerlo. Al preservar la confidencialidad, mantener límites profesionales y fomentar un ambiente de seguridad para expresarse sin ser juzgados y mantener respuestas verbales o conductuales apropiadas hacia el paciente.
- | | | |
|----|---|--|
| 12 | Lee et al. ³¹
2017
Corea del Sur | Práctica clínica
3er nivel de atención
Área: Pediatría |
| 13 | Welsh y
Lusher ³²
2022.
Reino Unido | Práctica clínica
2do nivel de atención
Área: heridas |
| 14 | Ghalib
AlOtaibi et
al. ³³
2025
Arabia
Saudita | Práctica clínica
Salud mental |



15	Gundo et al. ³⁴ 2021 Malawi	Práctica clínica Cuidados críticos	<p>Conocimiento personal: Incluye las habilidades de comunicación y desarrollo de relaciones, capacidad de trabajo interdisciplinar. Relación empática y comprensiva. Comprender las experiencias de los pacientes y fomentar el crecimiento personal. Reconocer sus valores, creencias para conectarse con las luchas emocionales de los pacientes de salud mental.</p> <p>Conocimiento estético: Lo aplican al escuchar activamente, comprender sus personalidades, reconocer sus necesidades y experiencias pasadas e implementar la arteterapia. Se considero que para ser una enfermera eficaz de UCC es necesario que tenga: conocimiento teórico sobre enfermedades comunes en el área, medicamentos y fluidos que se administran, conocimientos sobre cuidados a enfermedades y comorbilidades.</p> <p>Conocimiento práctico sobre reanimación cardiopulmonar, uso y cuidado del equipo, valoración del paciente, aspiración de la vía aérea.</p> <p>Conocimiento gerencial: incluye la gestión de recursos materiales y humanos en la sala de UCC. Planificar la atención del paciente. No lo consideran importante para la atención.</p> <p>Conocimiento ético y profesional: se demuestra al tomar decisiones, ante la falta de recursos, el comportamiento profesional, actitud hacia el paciente, familiares y compañeros y respeto mutuo Las necesidades se categorizaron en los patrones de Carper y Chinn y Kramer:</p> <p>Conocimiento empírico: Dentro de estas se encontró que necesitaban mantenerse actualizadas con la práctica basada en la evidencia, reconocer el cuidado centrado a la familiar, practicar habilidades de enfermería neonatal y participar en la formación continua y el desarrollo profesional.</p>
16	Cho y Han ³⁵ 2024 República de Corea	Investigación/docencia	<p>Conocimiento personal: participar en la autorreflexión y expresar empatía terapéutica.</p> <p>Conocimiento estético: fomentar la comunicación eficaz y liderar la lectura cooperativa, fortalecer la integridad</p> <p>Conocimiento ético: mantener la responsabilidad ética</p> <p>Conocimiento emancipador: desarrollar el trabajo en equipo colaborativo, desarrollando la competencia cultural Las enfermeras comprenden y experimentan la estética en la práctica de enfermería de diversas maneras, no solo limitándose a la belleza visual, la limpieza o la pulcritud de la intervención, sino que se expresa de otras maneras dentro del cuidado, como brindar cuidados con compasión, aplicar el arte de la comunicación, aliviar el dolor y aplicar la innovación en la atención.</p>
17	Betrian et al. ³⁶ 2022 Indonesia	Investigación/Práctica clínica	

DISCUSIÓN

Los patrones del conocimiento son empleados en la práctica asistencial, docencia y en la investigación de enfermería, siendo que se utilizan principalmente dentro de la práctica clínica u hospitalaria, al momento de brindar cuidados al individuo o familia en distintas condiciones de salud y enfermedad. En este sentido Rafii et al.²⁸ mencionan que su aplicación predomina



en los entornos clínicos y se utilizan con flexibilidad, es decir los combinan y los adecuan de acuerdo con el contexto del cuidado. Cabe señalar que poco se ha documentado sobre el uso o aplicación de los patrones de conocimiento en el ámbito comunitario. Este resultado puede deberse a que los temas de investigación en enfermería en el ámbito comunitario es menor comparado con el área clínica³⁷.

También se encontró que los patrones de conocimiento se han utilizado en la docencia y han servido para evaluar los conocimientos adquiridos, crear modelos educativos y han dado pauta para desarrollar estrategias educativas desde el pregrado con la finalidad de garantizar la aplicación de los patrones en la práctica clínica, por lo tanto, se necesita formar estudiantes que se sensibilicen y reflexionen sobre la importancia de la aplicación de los patrones. Se considera importante que los patrones sean contemplados en el proceso de enseñanza-aprendizaje para lo cual es necesario incluir estrategias pedagógicas que permita su uso². Una de estas podría ser lo propuesto por Campbell et al.³⁸ y Robles et al.³⁹ quienes refieren que a través de la descripción práctica y ejemplos concretos que se plasman a través de las narrativas se puede contribuir a que los estudiantes de enfermería puedan integrar los patrones de conocimiento de manera reflexiva en su práctica asimismo aplicar planes de cuidado que permitan contribuir en calidad de vida de las personas² ya que a través de las narrativas pueden observar la aplicación de los patrones de conocimiento en escenarios reales que permite que el estudiante se sumerja en una experiencia vivencial que le ayude a comprender el fenómeno e identificar las necesidades del sujeto de estudio y a su vez trascender en el cuidado.

En relación con el uso de los patrones de conocimiento en la investigación se identificó que emplearon el enfoque cualitativo para describir significados del patrón estético o identificar percepciones o necesidades del personal de enfermería o estudiantes. Cabe mencionar que los patrones se pueden emplear en diversos métodos de investigación para obtener tanto datos cuantitativos o cualitativos sobre los fenómenos de enfermería y cada patrón puede emplearse para generar una teoría específica⁴⁰. Además, los patrones se pueden considerar como herramientas para generar conocimiento y pueden contribuir a brindar cuidado basado en evidencia⁴¹.

A través de esta revisión se identificó que los patrones de conocimiento más aplicados en los diversos contextos de la práctica enfermera son el empírico, estético, personal y ético. Este



hallazgo concuerda con la literatura, la cual señala que los cuatro patrones propuestos por Barbara Carper son los que con mayor frecuencia se integran en el ejercicio profesional⁴²; sin embargo, el patrón empírico en ocasiones predomina en práctica clínica, esto pudiera explicarse debido a que los currículos y práctica educativa se prioriza la producción del conocimiento empírico, lo que dificulta la integración y holismo de la enfermería⁴³. Cabe mencionar que el personal de enfermería no solo puede guiarse por los hechos empíricos, ya que la falta de un conocimiento integrado por todos los patrones de conocimientos produce poca interpretación y uso parcial del conocimiento⁴⁴.

El patrón personal se ha empleado para comprender tanto a los pacientes como sus necesidades, trabajar las emociones producidas al momento de interactuar con los pacientes. Pese a la importancia de este para brindar un cuidado centrado en el paciente y no verlo como objeto, es común que se descuide o se subestime⁴⁵, tanto por el profesional de enfermería como estudiantes que no tiene una base sólida de sus creencias y valores dentro de la práctica enfermera⁴⁶.

El patrón personal se ha considerado que es el más difícil de describir y enseñar⁴⁷ debido a que se necesitan cultivar y adquirir habilidades para lograr el autoconocimiento, relaciones auténticas y sensibilidad y estar auténticamente presente, en lo cual poco se educa. Esto puede explicar porque en algunos estudios que se incluyeron en la revisión mencionaron que el patrón personal no se ha implementado o no se representó, al igual que el patrón estético. En este orden de ideas un estudio reportó que dentro de los patrones que siempre se omite es el estético, lo cual causa que se tenga una imagen negativa de la enfermería y resultados negativos en el cuidado⁴⁸. Pero cuando se considera este patrón se encontró que se puede expresar a través de la empatía, conversación o comunicación efectiva y mostrar interés por los pacientes.

El patrón ético se aplica principalmente al brindar un cuidado con respeto a la dignidad del paciente, apegándose a lineamientos éticos y legales, así como realizar las funciones de enfermería que le competen o hacen lo correcto para cubrir las necesidades del paciente. Al igual que los patrones anteriores este patrón también se ha omitido generando estigmatización, ignorar a pacientes inconscientes, inducción del sueño sin justificación y realizar simulación de actividades⁴⁸.



El patrón de conocimiento sociopolítico y emancipatorio también se han empleado, principalmente en el campo de investigación. El sociopolítico se ha utilizado en enfermería abogando por el derecho a la salud la igualdad en los servicios de salud y el bienestar de cada individuo apoyándose en otras organizaciones con características de movilización, liderazgo y abriendo brechas en la sociedad para abordar transformaciones políticas y leyes en materia legislativa propia de la salud⁴⁹. Constituye una práctica social pública para identificar las necesidades de la población, comunidad, educación mediante la práctica, docencia y la investigación⁵⁰. Cabe señalar el profesional de enfermería poco participa en actividades políticas dentro del trabajo⁵¹ y en su desarrollo, por lo que es necesario su preparación para que se involucren en la formulación de políticas que puedan ser aplicadas en los distintos niveles organizacionales⁵².

El patrón de conocimiento emancipatorio se contempla en menor grado comparado con el resto, esto podría deberse a el personal de enfermería no siempre comprenden con exactitud los procesos sociopolíticos que generan desigualdades en salud⁵³. No obstante, es necesario que el personal de enfermería integre este patrón debido a que esto puede contribuir a que el cuidado acorde a las necesidades de los pacientes y equitativo⁴³.

CONCLUSIÓN

Los patrones conocimientos se utilizan tanto en la práctica clínica, investigación y la docencia y se suele utilizar de manera simultánea al momento de tomar de decisiones. Cabe destacar que los patrones de conocimiento más frecuentemente considerados en la práctica enfermera son el empírico, estético, ético y personal. Sin embargo, los patrones sociopolítico y emancipatorio suelen ser escasamente abordados, lo cual limita una comprensión más amplia de los determinantes sociales de la salud, así como el desarrollo de una práctica orientada a la justicia social, el empoderamiento del paciente y la transformación de las estructuras que perpetúan la desigualdad. El patrón empírico en la práctica se aplica al momento de brindar educación sobre cuidados que deberían llevar los pacientes, llevan a cabo las etapas del proceso de atención enfermería, muestran conocimientos sobre cuidado específicos o para elegir materiales de protección y en el ámbito educativo al contemplar contenidos necesarios para que los estudiantes de enfermería puedan llevar a cabo el manejo del dolor.

El patrón estético se aplica al mostrar empatía, tener una comunicación efectiva y mostrar interés por la condición de salud de los pacientes. Mientras que el patrón personal se utilizó al



interactuar con las personas para conocer sus necesidades y trabajar las emociones que aparecen en el personal de salud al momento de relacionarse con los pacientes. El patrón ético se aplica principalmente al brindar un cuidado con respeto a la dignidad del paciente, apegándose a lineamientos éticos y legales, así como realizar las funciones de enfermería que le competen o hacen lo correcto para cubrir las necesidades del paciente.

El patrón socio político y emancipador permitió que se planteará la pregunta de reflexión sobre la organización de trabajo, así como proyecto de gestión del cuidado y se indagará sobre expresión de estos patrones, los cuales se evidencia por participación de en movimientos sociales o para mejorar espacios públicos para el cuidado y uso responsable de los medios de comunicación y contemplar la atención centrada en el paciente e igualdad.

Se sugiere seguir documentando y utilizando los patrones de conocimiento de Enfermería en los diferentes contextos de la práctica de la enfermería, así como diseñar instrumentos de medición que se permitan identificarlos.

REFERENCIAS

1. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Adv Nurs Sci.* 1978;1(1):13–23. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
2. Peñaloza García M. Los patrones del conocimiento en enfermería: estrategias pedagógicas para el cuidado. *Bol Redipe.* 2023;12(3):104–113. <https://doi.org/10.36260/rbr.v12i3.1945>
3. Rodríguez-Bustamante P, Báez-Hernández FJ. Epistemology of the nursing profession. *ENE Rev Enferm.* 2020;14(2):e14213. <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2020000200013>
4. Chinn PL, Kramer MK, Sitzman K. Knowledge development in nursing: theory and process. 11th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2022
5. Tovar B-E, Cruz C-V, Miranda L-L, González A-P. Patrones de conocimiento en la narración del cuidado en enfermería. *Investig Andina.* 2021;23(43):53–78. <https://doi.org/10.33132/01248146.2185>
6. Ortiz A-Y, Contreras V-AJ, Meléndez Á-YG, Solórzano M-A, Pérez A-S, Contreras S-A, et al. Narrativa de enfermería: convirtiéndome en un instrumento para el cuidado de las personas. *CuidArte.* 2024;13(26). <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2024.13.26.86088>
7. Queirós PJP. El conocimiento en enfermería y la naturaleza de sus saberes. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3):e20160079. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160079>
8. Dahal P, Kongsuwan W. Aesthetics in nursing practice for cancer patients as experienced by nurses in Nepal: a hermeneutic phenomenological study. *Cancer Nurs.* 2022;45(5):354–362. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001023>
9. Muñoz Ángel YM. Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de enfermería. *Rev Cuid.* 2019;10(2):e688. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688>
10. Lindell D, Chinn PL. Overview—patterns of knowing in nursing [Internet]. *Nursology.net*; 2022. <https://nursology.net/patterns-of-knowing-in-nursing/>
11. White J. Patterns of knowing: review, critique, and update. *ANS Adv Nurs Sci.* 1995;17(4):73–86. <https://doi.org/10.1097/00012272-199506000-00007>
12. Pinargote-Chancay RR, Delgado-Janumis DA, Pincay-Cañarte ME, Lino-Solis LP. Patrón de conocimiento sociopolítico: disciplina y práctica de la profesión en enfermería. *Cienciamatria.* 2021;7(12):952–961. <https://doi.org/10.35381/cm.v7i12.455>



13. Tovar Neira LA, Cacante Caballero JV. El cuidado de enfermería en cáncer infantil: una mirada desde los patrones sociopolítico y emancipatorio. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2022;24:1–3. <https://ciberindex.com/c/id/2402id>
14. Willis DG, Leone-Sheehan DM. Spiritual knowing: another pattern of knowing in the discipline. *ANS Adv Nurs Sci.* 2019;42(1):58–68. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000236>
15. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan.* 2005;5(1):86–95. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62>
16. de Oliveira A, Garcia APRF, Toledo VP. Patterns of knowledge used by nurses in caring for the patient in the first psychotic outbreak. *Esc Anna Nery.* 2017;21(3):e20170001. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0001>
17. Lacerda A, Almeida M, Sousa P, Pitta R, Castro J, Gomez M. Evidence of nursing patterns of knowing communicated by the Brazilian press before Florence Nightingale’s model. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 5):e20190790. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0790>
18. Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enferm Cuid Humaniz.* 2018;7(1):27–42. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
19. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z. JBI manual for evidence synthesis [Internet]. Adelaide (AU): JBI; 2024. <https://synthesismanual.jbi.global>
20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
21. Enríquez-Quintero ID, López-Cisneros MA, Calixto-Olalde MG. Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. *Rev Enferm IMSS.* 2019;27(4):230–236. https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/948
22. Swift A, Twycross A. Using ways of knowing in nursing to develop educational strategies that support knowledge mobilization. *Paediatr Neonatal Pain.* 2020;2(4):139–147. <https://doi.org/10.1002/pne2.12037>
23. Bubadué R, Cabral I, Carnevale F. Nurses’ patterns of knowing about HIV disclosure to children. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 2):e20210103. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0103>
24. Rabelo ARM, da Silva KL. Let it not be that nursing that asks for silence: participation in social movements and sociopolitical-emancipatory knowledge. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(4):e20210630. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0630>
25. Plata D, Robles C, Herrera I. Desde la enfermería basada en evidencia: patrones de conocimiento: mirando su narrativa: fenómeno del cuidado. *Cult Cuid.* 2020;(58):196–206. <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2020-n58-desde-la-enfermeria-basada-en-evidencia-patrones-de-con>
26. Grealish L, Armit L, Shaw J, Frommolt V, Mitchell C, Mitchell M, et al. Learning through structured peer discussion: an observational study. *Nurse Educ Today.* 2019;82:99–105. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.015>
27. Pierrotti VW, Guirardello EB, Toledo VP. Nursing knowledge patterns: nurses’ image and role in society perceived by students. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20180959. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0959>
28. Rafii F, Nikbakht A, Javaheri F. How nurses apply patterns of knowing in clinical practice: a grounded theory study. *Ethiop J Health Sci.* 2021;31(1):139–146. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i1.16>
29. Carvalho L, Hamilton H, Burke M, McDonald C, Griggs S. End-of-life nursing knowledge among nursing students. *J Nurs Educ.* 2020;59(3):154–157. <https://doi.org/10.3928/01484834-20200220-06>



30. de Oliveira A, Garcia APRF, Toledo VP. Patterns of knowledge used by nurses in caring for the patient in the first psychotic outbreak. *Esc Anna Nery*. 2017;21(3):e20170001. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0001>
31. Lee H, Kim A, Myeong A, Seo M. Pediatric nurse practitioners' clinical competencies and knowing patterns in nursing: focus group interviews. *Contemp Nurse*. 2017;53(5):515–523. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1315827>
32. Welsh L, Lusher J. A reflexive thematic analysis of the patterns of knowing in wound management amongst specialist and generalist nurses. *Nurs Forum*. 2022;57(3):358–373. <https://doi.org/10.1111/nuf.12691>
33. AlOtaibi NG. Vicarious resilience in mental health nursing: a discursive review through Carper's fundamental patterns of knowing. *Issues Ment Health Nurs*. 2025;46(4):397–405. <https://doi.org/10.1080/01612840.2025.2480387>
34. Gundo R, Mearns G, Dickinson A, Chirwa E, Gundo B. Patterns of knowing required for critical care nursing practice in Malawi. *Int J Afr Nurs Sci*. 2021;14:100275. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100275>
35. Cho IY, Han AY. Neonatal nurses' educational needs in a family-centered partnership program: five ways of knowing. *Nurse Educ Today*. 2024;133:106028. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106028>
36. Betriana F, Kongsuwan W, Mariyana R. Aesthetics in nursing practice as experienced by nurses in Indonesia: a phenomenological study. *Belitung Nurs J*. 2022;8(1):20–27. <https://doi.org/10.33546/bnj.1958>
37. Landeros-Olvera E, Ramírez-Girón N, Yáñez-Lozano Á, Guzmán-Ramírez GM, Galicia-Aguilar RM. Temáticas y características metodológicas de la investigación de enfermería publicada en revistas mexicanas: 2010–2015. *Enferm Univ*. 2018;15(3):274–283. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.3.65994>
38. Campbell TD, Penz K, Dietrich-Leurer M, Juckes K, Rodger K. Ways of knowing as a framework for developing reflective practice among nursing students. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2018;15(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2017-0043>
39. Robles LS, Soto-Lesmes VI. *La narrativa: herramienta pedagógica para el conocimiento de enfermería*. 1ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
40. Reed PG, Crawford Shearer NB. *Nursing knowledge and theory innovation*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2017. <https://doi.org/10.1891/9780826149923>
41. Colmenares Robles ZC, Moya Plata D, Herrera I del V. Desde la enfermería basada en evidencia: patrones de conocimiento: mirando su narrativa: fenómeno del cuidado. *Cult Cuid*. 2020;(58):196–206. <https://tinyurl.com/ywbfj8n2>
42. Arrieta M, García K, Perrea N, Díaz J, Borja J, Salas R, et al. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en la experiencia de cuidado de una persona con colostomía. Reporte de caso. *Salud Uninorte*. 2021;37(3):867–879. <https://doi.org/10.14482/sun.37.3.610.736>
43. Blaine B, Dillard J, Hopkins J, Littzen C, Vo T. Patterns of knowing and being in the COVIDicene: an epistemological and ontological reckoning for posthumans. *ANS Adv Nurs Sci*. 2022;45(1):3–21. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000387>
44. Smith MC, Chinn PL, Nicoll LH. Knowledge for nursing practice: beyond evidence alone. *Res Theory Nurs Pract*. 2021;35(1):7–23. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-20-00095>
45. Knbbs-Sharer. The importance of personal knowing in nursing practice [Internet]. 2023. <https://tinyurl.com/2uf74xsd>
46. Chandler LF. Cultivating caring behaviors in nursing education from a philosophical perspective [Internet]. *Nursology.net*; 2025. <https://tinyurl.com/2juj9c2e>
47. Thorne S. Rethinking Carper's personal knowing for 21st century nursing. *Nurs Philos*. 2020;21(4):e12307. <https://doi.org/10.1111/nup.12307>
48. Rafii F, Nasrabadi AN, Tehrani FJ. The omission of some patterns of knowing in clinical care: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2021;26(6):508–514. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_75_20



49. Pinargote-Chancay RR, Delgado-Janumis DA, Pincay-Cañarte ME, Lino-Solis LP. Patrón de conocimiento sociopolítico: disciplina y práctica de la profesión en enfermería. *Cienciamatria*. 2021;7(12):952–961. <https://doi.org/10.35381/cm.v7i12.455>
50. Saldías M, Parra D, Gutiérrez T. Participación de enfermería en políticas públicas, ¿por qué es importante?: revisión integrativa de la literatura. *Enferm Glob*. 2022;21(65):590–606. <https://doi.org/10.6018/eglobal.455361>
51. Bar-Yosef A, Weiss-Gal I, Kagan I. Predictors of hospital-based registered nurses' engagement in on-the-job policy activities. *Res Nurs Health*. 2020;43(5):489–498. <https://doi.org/10.1002/nur.22058>
52. Rasheed SP, Younas A, Mehdi F. Challenges, extent of involvement, and the impact of nurses' involvement in politics and policy making in the last two decades: an integrative review. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52(4):446–455. <https://doi.org/10.1111/jnu.12567>
53. Peart J, MacKinnon K. Cultivating praxis through Chinn and Kramer's emancipatory knowing. *ANS Adv Nurs Sci*. 2018;41(4):351–358. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000232>



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Estrés y estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de personas con autismo: revisión integrativa

Stress and coping styles in primary caregivers of people with autism: an integrative review

Estresse e estilos de enfrentamento em cuidadores primários de pessoas com autismo: uma revisão integrativa.

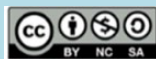
Alejandra Rivera-Galván^I
Daniela Monserrath Martínez-Martínez^{II}
Lucero Fuentes-Ocampo^{III}
Erick Díaz-Cervantes^{IV}
Jorge Emmanuel Mejía-Benavides^V

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la información disponible sobre el estrés y estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de personas con trastorno del espectro autista. **Métodos:** se realizó una revisión integrativa de la literatura en las bases de datos PubMed (NCBI), SCOPUS, SpringerLink y Scielo, utilizando las palabras “estrés”, “cuidador”, “afrontamiento” y “trastorno autista”, sin límites de tiempo. **Resultados:** se encontraron 17 artículos donde se identificaron que los cuidadores de autistas tienden a presentar mayores niveles de estrés comparado con otros cuidadores, además se extrajeron datos relevantes sobre habilidades de afrontamiento utilizadas por los cuidadores clasificadas en: habilidades centradas en las emociones positivas, centradas en emociones negativas y centradas en el problema. **Discusión:** Las estrategias de afrontamiento pueden determinar el bienestar emocional del cuidador primario. **Conclusiones:** Se requieren intervenciones enfocadas en incrementar el apoyo social de los cuidadores tomando en cuenta variables como las características de la persona con autismo.

Palabras clave: Cuidadores; Estrés psicológico; Habilidades de afrontamiento; Trastorno del Espectro Autista.

Para citar este documento



Rivera-Galvan A, Martínez-Martínez DM, Fuentes-Ocampo L, Díaz-Cervantes E y Mejía Benavides JE. Estrés y estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de personas con autismo: revisión integrativa. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(17):156-169. <https://doi.org/10.57246/q5a22461>

Fecha de envío: 20/04/2025 **Fecha de aceptación:** 23/09/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

^I Maestra en Ciencias de Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Tierra Blanca, Gto., México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-1332-718X> Correo: alejandra.rivera@ugto.mx

^{II} Estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Tierra Blanca, Gto., México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0000-7763-5328> Correo: dm.martinez.martinez@ugto.mx

^{III} Doctora en Ciencias de Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Tierra Blanca, Gto., México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0003-1254-3240> Correo: l.fuentes@ugto.mx

^{IV} Doctor en Química. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Tierra Blanca, Gto., México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-1746-3795> Correo: e.diaz@ugto.mx

^V Maestro en Ciencias de Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato. Tierra Blanca, Gto. México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-5061-5316> Correo: je.mejiabenavides@ugto.mx



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

ABSTRACT

Objective: To synthesize available information on stress and coping styles in primary caregivers of individuals with autism spectrum disorder. **Methodology:** An integrative literature review was conducted in the PubMed (NCBI), SCOPUS, SpringerLink, and Scielo databases, using the keywords “stress”, “caregiver”, “coping” and “autistic disorder”, with no time limits. **Results:** Seventeen articles were found that identified that caregivers of autistic individuals tend to present higher levels of stress compared to other caregivers. Relevant data were also extracted on coping skills used by caregivers, classified as: positive emotion-focused skills, negative emotion-focused skills, and problem-focused skills. **Discussion:** Coping strategies can determine the emotional well-being of primary caregivers. **Conclusions:** Interventions focused on increasing caregivers' social support are needed, taking into account variables such as the characteristics of the individual with autism.

Keywords: Autism spectrum disorder; caregivers; coping skills; stress, psychological.

RESUMO

Objetivo: Sintetizar as informações disponíveis sobre estresse e estilos de enfrentamento em cuidadores primários de indivíduos com transtorno do espectro autista. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados PubMed (NCBI), SCOPUS, SpringerLink e Scielo, utilizando as palavras-chave "stress", "caregiver", "coping" e "autistic disorder", sem limite temporal. **Resultados:** Foram encontrados 17 artigos que identificaram que cuidadores de indivíduos autistas tendem a apresentar níveis mais elevados de estresse em comparação com outros cuidadores. Dados relevantes também foram extraídos sobre as habilidades de enfrentamento utilizadas pelos cuidadores, classificadas em: habilidades focadas em emoções positivas, habilidades focadas em emoções negativas e habilidades focadas em problemas. **Discussão:** Estratégias de enfrentamento podem determinar o bem-estar emocional de cuidadores primários. **Conclusões:** Intervenções focadas em aumentar o apoio social dos cuidadores são necessárias, levando em consideração variáveis como as características do indivíduo com autismo.

Palavras-chave: Cuidadores; estresse psicológico; habilidades de enfrentamento; transtorno do espectro autista.



INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por diferencias en la forma en que el cerebro se desarrolla y funciona, lo que se traduce en dificultades en áreas como la comunicación, la interacción social y el comportamiento en múltiples contextos, muestran patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades¹. El TEA se clasifica en tres niveles de gravedad, determinados por la magnitud del apoyo requerido para que la persona pueda desempeñarse adecuadamente en las actividades de la vida diaria. Según el nivel asignado, el individuo puede presentar una dependencia parcial o total de un cuidador principal².

Más de mil millones de personas en el mundo viven con alguna discapacidad, lo cual representa al rededor del del 15% de la población del mundo, siendo las enfermedades neurológicas la causa principal en casi la mitad de los casos^{3,4,5}. El TEA constituye un grupo de diversas afecciones que impactan directamente en el desarrollo del cerebro⁶. Se estima que alrededor del 1% de la población infantil presenta esta condición la cual puede generar discapacidad en algunos casos^{7,8}. La Red de Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo (ADDM por sus siglas en inglés) reporta que la prevalencia de TEA en niños asiáticos, de raza negra e hispanos aumento un 30% en el 2020 en comparación del 2018⁹. En México uno de cada 115 niños tiene autismo, 4 de cada 5 casos pertenecen al sexo masculino¹⁰.

Dado el impacto que el trastorno del espectro autista puede tener en el desarrollo del que lo padece, especialmente durante la infancia, el papel de un cuidador adquiere una relevancia fundamental en el acompañamiento y manejo diario de la condición. Las características propias del trastorno como la dificultad en la interacción social, comunicación y patrones de comportamiento repetitivos, implican una demanda constante y especializada que recae principalmente en los cuidadores primarios¹¹⁻¹³.

Cumplir con este papel conlleva una serie de responsabilidades que pueden afectar significativamente el bienestar emocional y la calidad de vida debido a los niveles de estrés que se pueden presentar durante el desarrollo del paciente^{9,10}, además, la falta de atención a las emociones familiares genera estrés continuo ya que cada uno intenta sobrellevar la situación familiar y el trastorno⁹, es por ello que es importante identificar la manera en que un cuidador



responde a las necesidades de una persona con autismo, y así revelar las estrategias que utiliza para afrontar las demandas de esta labor exigente ^{7,14}.

Se tiene conocimiento de que los cuidadores primarios presentan un alto nivel de síntomas psicológicos, como angustia, depresión, estrés, ansiedad y baja calidad de vida¹⁵. Estos cuidadores primarios asumen la responsabilidad principal de brindar apoyo físico, emocional, social, económico a la persona con TEA, por lo regular este rol lo desempeñan los padres de la persona incluso en su etapa de adultez¹⁶.

El estrés de los cuidadores primarios se genera cuando se emplean estrategias de afrontamiento desadaptativas para enfrentar las múltiples demandas del entorno y las exigencias conductuales, generando incomodidad asociada a la falta de satisfacción en su rol¹⁷. Estudios sugieren que la intensidad del estrés parental incrementa en proporción de la severidad de los síntomas y la cantidad de veces que es manifestado el trastorno^{18,19}.

Algunas de las características del diagnóstico de trastorno del espectro autista que tienen relación con el estrés de su cuidador son las conductas de externalización como: impulsividad, agresividad, desobediencia y dificultades de autorregulación, así como conductas de internalización como: somatizaciones, ansiedad o asilamiento social, aunado a esto el perfil sensorial de la persona con trastorno del espectro autista ¹².

Una estrategia de afrontamiento se refiere a la serie de acciones, pensamientos que han de permitir que un individuo maneje situaciones difíciles, se involucran procesos cognitivos, emocionales y conductuales, tienen la capacidad de alterar cómo las personas experimentan el estrés, jugando un papel clave en su adaptación a los desafíos de la vida²⁰.

Si bien numerosos estudios han destacado la necesidad de que estos individuos desarrollen sólidas habilidades de afrontamiento para preservar su bienestar emocional²¹, aún persisten lagunas en la investigación, particularmente en contextos como México donde desde 2013 el TEA se encuentra dentro de las primeras cinco causas de consulta psiquiátrica infantil. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, se reportaron 1,590,583 personas con algún problema o condición mental, de las cuales 859,534 son hombres y 731,049 son mujeres; es importante señalar que el término “condición mental” incluye una variedad de diagnósticos como autismo, síndrome de Down, esquizofrenia, retraso mental, entre otros., lo que coloca al trastorno como un problema de salud pública que no solo afecta a la persona



autista sino a sus cuidadores primarios en las distintas esferas de su salud²². El estudio de los cuidadores de personas con esta condición neuropsiquiátrica constituye una vía fundamental para fortalecer la conciencia, el conocimiento y la comprensión por parte de los profesionales de la salud, con el propósito de promover su capacitación y sensibilización en la atención integral tanto de los cuidadores como de las personas con TEA. El objetivo de este trabajo es realizar una síntesis de la literatura existente sobre el estrés y los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de personas con TEA, por lo que se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características del estrés y que estilos de afrontamiento se presentan en los cuidadores de personas con TEA?

MÉTODOS

Se efectuó una revisión integrativa de la literatura científica con el objetivo de analizar estudios sobre las variables de estrés y estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores principales de personas con trastorno del espectro autista. Se fundamentó en los parámetros establecidos por Whitemore y Knalf²³ en cinco etapas: 1. identificación del problema, 2. búsqueda de literatura (ver Tabla 1), 3. evaluación de los datos mediante la declaración PRISMA, 4. análisis de los datos y 5. presentación de resultado.

Tabla 1. Elementos de la pregunta PICO

P	I	C	O
Cuidadores de personas con TEA	Estrés y habilidades de afrontamiento	Cualquier ámbito de cuidado	-

La búsqueda se centró en artículos publicados en las bases de datos PubMed, Scielo, SCOPUS y SpringerLink, haciendo uso de los Descriptores en Salud (DeSC) en español “Estrés”, “Cuidador”, “Afrontamiento”, “Trastorno autista”, en inglés “Stress”, “Caregiver”, “Autistic disorder” y en portugués “Estresse” y “Cuidador”, “Trastorno autista”.

Se consideraron estudios cuantitativos y cualitativos, se incluyeron artículos originales, con textos completos, publicados de 2015 a 2025 en idiomas inglés, portugués y español principalmente. Del total de 52 artículos relacionados con el tema de investigación, se excluyeron 14 artículos por visualización superficial de título y palabras clave que no incluyeran los descriptores “Cuidador” “trastorno autista”, se descartaron aquellos artículos con resúmenes que no describieran la metodología del estudio, obteniendo al final un total de



diecisiete artículos que cumplieron los criterios para su análisis este proceso se presenta en la Figura 1.

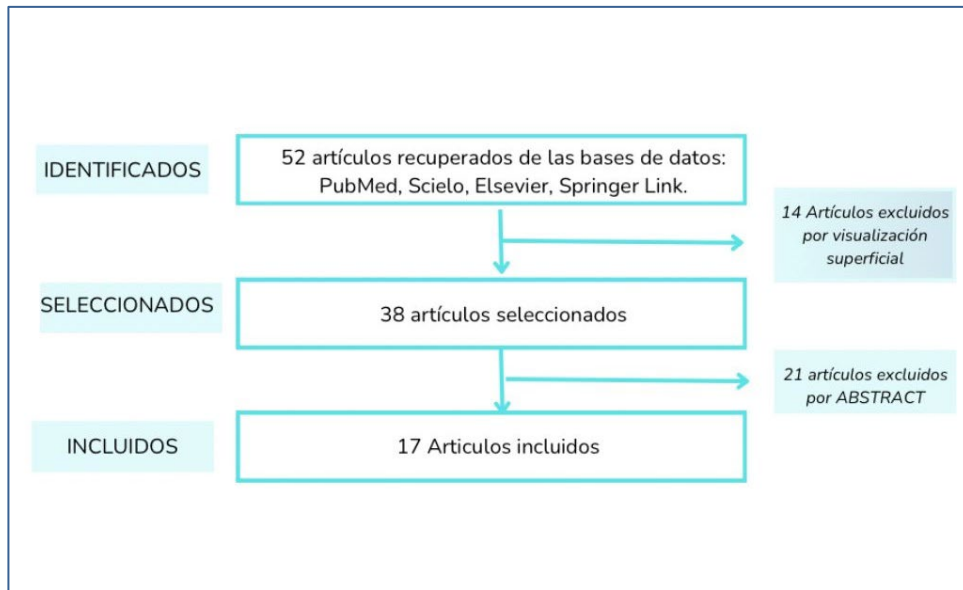


Figura 1. Proceso de búsqueda para la revisión de la bibliografía.

RESULTADOS

Al analizar los artículos incluidos en este estudio se identificó que aportan información importante centrada en los cuidadores de personas con TEA, el estrés que enfrentan y los distintos estilos de afrontamiento. El resumen de los 17 artículos analizados se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2. Artículos revisados

#	Estudio (Autor, año)	Resultados
1	Relación entre niveles de estrés y técnicas de afrontamiento en cuidadores de niños con trastorno del espectro autista en Chile (Cerdeira-Aedo, 2022)	Se encontró una correlación inversamente proporcional, indicando que con el incremento de las estrategias de afrontamiento positivas se observa una disminución en los niveles de estrés en los cuidadores.
2	Perceived stress among caregivers of children with autism spectrum disorder: A state-wide study. (Nik Adib NA, Ibrahim MI, Ab Rahman A, Bakar RS, Yahaya NA, Hussin S, et al., 2019)	Según la puntuación PSS-10 la puntuación total media de estrés percibido en el estudio se consideró mucho más alta que la media y la preocupación por la salud también fue alta.
3	Understanding autism spectrum disorder and coping mechanism by parents: An explorative study. (Shilubane H, Mazibuko N., 2020)	Los participantes de este estudio mencionaron la oración y la asistencia a la iglesia como un aspecto esencial de sus vidas a la hora de afrontar y lidiar con los desafíos de cuidar a un niño con TEA.
4	Estrés y malestar psicológico relacionados con la crianza en madres de niños pequeños con trastornos del espectro autista. (Estes A,	Los problemas de conducta infantil surgieron como un predictor significativo del estrés relacionado con la crianza y la angustia psicológica.



- Olson E, Sullivan K, Greenson J, Winter J, Dawson G, et al., 2023)
Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. (Albarracín Rodríguez AP, Rey Hernández LA, Jaimes Caicedo MM., 2014)
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- Este análisis reveló que los padres utilizan más las estrategias de Evitación Emocional, Evitación Cognitiva y Autonomía para afrontar la situación de su hijo con TEA.
- Las madres de niños con autismo experimentan una carga de cuidados grave y niveles moderados de resiliencia.
- El aumento de las horas diarias relacionadas con el cuidado del niño fue significativamente asociado con puntuaciones más bajas en “reencuadre”. La subescala de reencuadre también se correlacionó negativamente con la “distrés parental”, mientras que la “evaluación pasiva” se correlacionó positivamente con los síntomas depresivos
- Se obtuvo un conjunto de información estructural, a medida que surgieron dificultades a lo largo del desarrollo, las familias exploraron e implementaron soluciones y habilidades de afrontamiento.
- Los cuidadores de ambos sexos utilizan el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción y el estilo enfocado en el problema; dos de las estrategias más utilizadas son reinterpretación positiva al crecimiento y la aceptación
- Utilizando un modelo de regresión encontramos que la edad del hijo/a predice menor satisfacción en los progenitores conforme avanza el tiempo. Los resultados muestran diferencias entre ambos sexos: la autoeficacia es la variable que mejor explica el nivel de satisfacción de las madres, frente al uso de resolución de problemas en los padres.
- La literatura muestra la sobrecarga emocional parental como uno de los principales desafíos que enfrentan las familias, especialmente las madres. Los principales factores estresantes fueron el aplazamiento del diagnóstico, la dificultad para afrontar el diagnóstico y los síntomas asociados, y el acceso deficiente a los servicios de salud y al apoyo social.
- En el grupo de autistas, la puntuación media de estrés parental fue de $48,92 \pm 11,22$, siendo la participación centrada en el problema la estrategia utilizada con más frecuencia (27,4), seguida de la estrategia centrada en la emoción.
- El estudio mostró que los cuidadores utilizan estrategias que, en su mayoría, eran positivas y negativas para afrontar el cuidado y la crianza de un niño con TEA.
- Los padres omaníes de niños con TEA utilizan diversas estrategias de afrontamiento, y las habilidades de afrontamiento se consideran un índice positivo para la salud mental en general.
- El análisis descubrió tres temas principales: aceptación y actitud positiva, buscar ayuda y comprender el autismo y encontrar sus soluciones.



16	<p>Northeast Malaysia. (Yaacob WNW, Yaacob LH, Zulkifli MM, Muhamad R., 2022) Coping resources and stress due to demands in parents to children with autism spectrum disorder. (Sartor T, Sons S, Kuhn JT, Tröster H., 2023)</p>	<p>El estrés parental resultante de las demandas diarias de la crianza de niños con TEA se puede reducir mediante una alta autoeficacia parental y aumentar mediante estrategias de afrontamiento disfuncionales. Una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen a enfrentar la situación, es utilizada con mayor frecuencia por aquellos cuidadores con niveles de estrés parental en el rango normal, lo cual permite pensar que facilita un manejo adecuado de las emociones y un mayor bienestar psicológico.</p>
17	<p>Afrontamiento, estrés parental y calidad de vida de los cuidadores principales de personas con TEA. (Duran M, García-Fernández M, Fernández JC, Sanjurjo B., 2016)</p>	

Se incluyeron principalmente artículos en idioma inglés y español, diez artículos del tipo cualitativo y siete estudios del tipo cuantitativo. Dentro de los 17 artículos seleccionados, el mayor número de ellos proviene de países europeos. Cabe destacar que dentro de estos estudios se visibiliza la participación de ambos sexos, sin embargo, predomina aún más la participación del sexo femenino²⁴⁻³¹. El total de artículos analizados se dividen en tres categorías (ver Figura 2), la primera sobre aquellos estudios que discuten el estrés como variable principal^{25,27}, la segunda que se refiere a las habilidades de afrontamiento como constructo central^{28,30-32} y por último aquellos que examinan la relación entre estas dos variables^{24,27-40}.

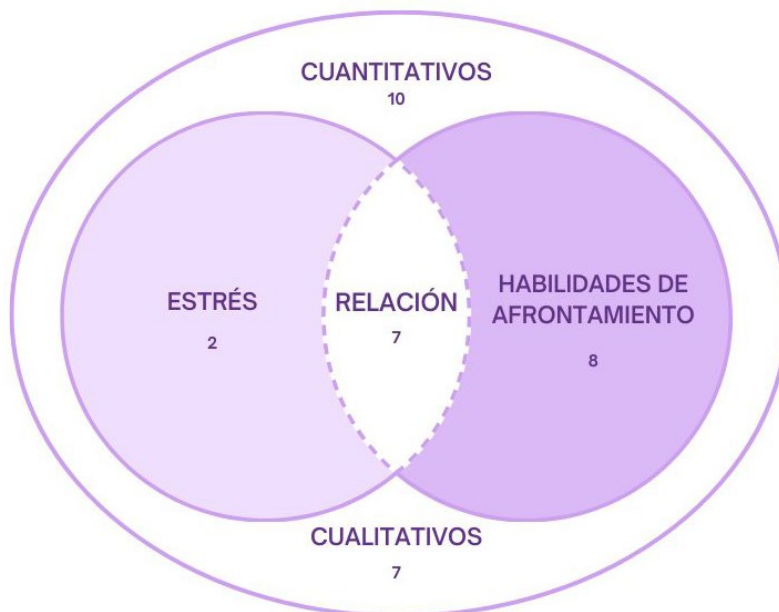


Figura 2. Tipo de estudio y categorías de los artículos incluidos.



Dentro de la bibliografía consultada se ha encontrado que existen múltiples habilidades o estrategias para lidiar con las emociones y problemas generados por el estrés. Algunas personas buscan cambiar su perspectiva para ver lo bueno, mientras que otras prefieren reprimir o negar las situaciones, con base en ello y lo encontrado en la literatura se clasificaron las habilidades de afrontamientos en tres categorías: 1) habilidades centradas en las emociones positivas, 2) habilidades centradas en las emociones negativas y 3) habilidades centradas en los problemas.

1) Habilidades centradas en las emociones positivas

Engloban las situaciones difíciles, buscando aspectos positivos o lecciones aprendidas, para después replantear los pensamientos negativos y reemplazarlos por otros que sean más constructivos³¹. Los estudios mencionan a la aceptación la cual permite vivir al cuidador de una forma más serena³⁹, este punto abarca también la búsqueda de información y la capacitación acerca de las características de esta patología^{24,31,37}. Dos de los estudios abarcaban a la religión como forma de consuelo y estilo de afrontamiento para el manejo del estrés^{30,31}.

2) Habilidades centradas en las emociones negativas

Las estrategias centradas en las emociones negativas mencionan la evitación²⁵. Los estudios hablan de la negación como la minimización o negación de los problemas y dificultades que surgen en el cuidado, lo que puede impedir la búsqueda de soluciones efectivas^{24,28,31}. La liberación emocional descontrolada que se puede manifestar en forma de rabia y frustración que puede afectar al cuidador como a la persona con TEA.

La distorsión cognitiva implica cambiar la realidad para hacerla menos dolorosa, como culparse a sí mismo por las dificultades, por el estado patológico del paciente o por la situación que vive actualmente, esto puede causar un aislamiento social²⁴.

La implementación de los estilos de afrontamiento centrados en las emociones negativas no son las más saludables a largo plazo³², estudios muestran que el bienestar emocional de los cuidadores que deciden implementar estas estrategias en ocasiones empeora su estado emocional.

3) Habilidades centradas en los problemas



La literatura muestra que estas estrategias se centran en abordar los problemas de manera proactiva y buscar soluciones concretas. Al adoptar estas estrategias, los cuidadores reducen su estrés, mejoran el bienestar emocional y la calidad de vida de ellos mismos, como del paciente ³⁰⁻³².

Se centran en el afrontamiento activo y adaptativo el cual implica tomar medidas concretas para resolver la problemática y mejorar la situación, se trata de investigar e informarse sobre la patología, establecer rutinas de respiración y desarrollar una buena comunicación con su sistema de apoyo ³⁰⁻³². Unir fuerzas con otros cuidadores primarios que enfrentan situaciones similares puede proporcionar un espacio en donde se sientan comprendidos ⁴⁰.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión revelan una amplia gama de estrategias empleadas por los cuidadores para gestionar sus emociones ³⁹. Si bien, tanto hombres como mujeres recurren a diversos estilos de afrontamiento; se observan algunas tendencias de género. Son las mujeres quienes utilizan con mayor frecuencia estrategias centradas en las emociones mientras que los hombres prefieren enfoques más orientados a la resolución de los problemas ^{31,33-40}. Esto puede tener relación con la carga emocional y la responsabilidad principal de la crianza.

Los cuidadores de personas con TEA enfrentan niveles de estrés significativamente más altos en comparación con quienes cuidan a personas con otras discapacidades. Este estrés elevado puede dificultar la adaptación al rol de cuidado y aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades asociadas al estrés, lo cual se ha vinculado con un mayor riesgo de mortalidad ²⁵. Asimismo, se ha identificado que los altos niveles de estrés en padres de niños con TEA están estrechamente relacionados con las exigencias propias de la crianza ²⁶. La evidencia disponible coincide en que el estrés percibido por los cuidadores de personas con TEA es considerablemente mayor que el de aquellos que cuidan a individuos con otros trastornos del desarrollo.

Las emociones positivas dentro de las situaciones difíciles permiten a los cuidadores encontrar un significado y propósito al rol, reduciendo el impacto negativo que presentan por estrés ³⁴. Es importante destacar que la efectividad de estas estrategias puede variar dependiendo los factores individuales, contextuales y la gravedad del TEA de la persona diagnosticada. Las



emociones negativas en cambio pueden generar un mayor molestar a largo plazo y con ello dificultar la búsqueda de soluciones efectivas²⁴.

La elección de las estrategias de afrontamiento puede determinar el bienestar emocional del cuidador primario. Al comprender los factores que influyen en la elección de ellas, se pueden desarrollar intervenciones efectivas para apoyar a estas personas.

CONCLUSIONES

La presente revisión bibliográfica sobre el estrés y las estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de personas con trastorno del espectro autista revela una creciente preocupación por el bienestar de estos individuos. Los resultados obtenidos a partir de los diversos estudios analizados permiten identificar las características del estrés y estilos de afrontamiento utilizados por estos cuidadores.

En primer lugar, se evidencia que el cuidado de una persona con autismo conlleva un nivel de estrés considerable, el cual puede afectar significativamente la salud física y mental de los cuidadores. En segundo lugar, se observa una diversidad de estrategias de afrontamiento empleadas por los cuidadores clasificadas en habilidades de afrontamiento centradas en las emociones positivas, habilidades de afrontamiento centradas en las emociones negativas y habilidades de afrontamiento centradas en el problema, aunque muchas de ellas no resultan del todo efectivas para mitigar el estrés a largo plazo. La falta de apoyo social, la escasa formación en habilidades de afrontamiento y la ausencia de servicios especializados son factores que pueden limitar la capacidad de los cuidadores para hacer frente a los desafíos de su rol.

Es necesario profundizar en el estudio de los factores que modulan la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento en los cuidadores, considerando variables como las características del cuidador, las características de la persona con autismo y el contexto familiar y social.

Se requiere que el cuerpo de conocimientos sobre el fenómeno abordado aumente, con el fin de comprenderlo y generar intervenciones desde la disciplina de enfermería con las cuales se pueda brindar apoyo psicosocial a los cuidadores de pacientes con TEA de manera que su bienestar emocional aumente. Además, la diferencia del nivel de estrés y habilidades de



afrontamiento utilizadas por mujeres sugiere que las intervenciones deben dirigirse a fortalecer el apoyo mutuo de los progenitores y garantizar el acceso a redes de apoyo.

REFERENCIAS

1. Martínez-M M, Quesada MP, Bueno C, Martínez S. Bases neurobiológicas del autismo y modelos celulares para su estudio experimental. *Medicina (B Aires)*. 2019;79(Supl I):27-32. ISSN 1669-9106. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1002601>
2. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [quinta edición]. Traducción al español. Ciudad de publicación desconocida: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2018. ISBN 9788491103721.
3. Sociedad Española de Neurología. El 15% de la población mundial sufre algún tipo de discapacidad y casi el 50% de esta discapacidad está causada por enfermedades neurológicas. *Neurological Sciences*. 2023. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link410.pdf>
4. La inclusión de la discapacidad [Internet]. Washington D.C.; 3 de abril de 2023 [citado 2026 Ago 25]. <https://www.bancomundial.org/es/topic/disability>
5. International Day of Persons with Disabilities [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 3 de diciembre [citado 2025 Ago 25]. <https://www.un.org/es/observances/day-of-persons-with-disabilities/background>
6. Autismo [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 15 de noviembre de 2023 [citado 2025 Ago 25] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
7. Somoza MJ, Melcon MO. Discapacidad por enfermedades neurológicas. Carga, población y recursos humanos en Argentina. *Neurol Arg*. 2015;7(4):206-212. doi: 10.1016/j.neuarg.2015.07.004.
8. Ley 21.545, de 17 de abril, Establece la Promoción de la Inclusión, la Atención Integral, y la Protección de los Derechos de las Personas con Trastorno del Espectro Autista en el Ámbito Social, de Salud y Educación. Congreso Nacional de Chile, (10 de marzo de 2023) <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1190123>
9. Prevalencia del autismo más alta, según los datos de 11 comunidades de la RED de ADDM [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 23 de marzo de 2023 [citado 2025 Ago 25] https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_autismo_032323.html
10. Panorama del autismo en México y el mundo [Internet]. Teletón México; 26 de marzo de 2024 [citado 2025 Ago 26] <https://teleton.org/panorama-del-autismo-en-mexico-y-el-mundo/>
11. Rodríguez-Lombana Lorena, Chaparro-Díaz Lorena. Soporte social y sobrecarga en cuidadores: revisión integrativa. *Rev Cuid* [Internet]. 2020 Apr [cited 2025 Sep 03]; 11(1): e885. Epub Apr 14, 2020. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.885>.
12. Grebe SC, Mire SS, Kim H, Keller-Margulis MA. Comparing Fathers' and Mothers' Perspectives About Their Child's Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2022 Apr;52(4):1841-1854. doi: 10.1007/s10803-021-05077-7.
13. Tokatly Latzer I, Leitner Y, Karnieli-Miller O. Core experiences of parents of children with autism during the COVID-19 pandemic lockdown. *Autism*, 25(4), 1047-1059. <https://doi.org/10.1177/1362361320984317>
14. Sánchez Amate JJ, Luque de la Rosa, A. The Effect of Autism Spectrum Disorder on Family Mental Health: Challenges, Emotional Impact, and Coping Strategies. *Brain Sci*. 2024, 14, 1116. <https://doi.org/10.3390/brainsci14111116>
15. López-Delgado CA, Alvarez-Acosta MF, Gómez-Urbina IN, González-Cantú J, González-Castro P, Quiroga-Garza A. Relación entre depresión, burnout y afrontamiento en cuidadores principales de niños con parálisis cerebral. En: XXVII Congreso Mexicano de Psicología. Neurociencias y psicología: Avances en el estudio de la consciencia, las emociones, la conducta y la cognición. México 2019 Oct. México: Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.; 2019. P. 1034-1043. <http://psicologia.mx/index.php/memoria-2019>



16. 16Pakenham KI, Sofronoff K, Samios C. Parental caregivers of adults with autism. In: Myers SM, editor. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer; 2019. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6435-8_102493-1
17. León-Álvarez AM, Núñez-Calderón DE, Meléndez-Jara CM. Estrés en padres de niños con tea en tiempos de pandemia: un estudio de revisión. *Conrado*, 2023. 19(91). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442023000200406
18. Alvarado JM, Contreras LR & Cruz CR. Experiencias familiares, estrategias de afrontamiento y salud de madres y padres de niños con autismo. *Estudios Centroamericanos*, 2021. 76(764). <http://dx.doi.org/10.51378/eca.v76i764.4576>
19. Vega-Rodríguez Camila Alejandra, Calle-Carrasco Ana, Araya-Galleguillos Fabián. CARE OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 28] ; 30: 20. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532024000100304&lng=en. Epub Dec 13, 2024. <http://dx.doi.org/10.29393/ce30-20cnf30020>.
20. Palma-Cinquemani MG, Martín-Abad AN, Campos-García R & Nieto-Vizcaino C. Etrés parental en madres y padres de niños con TEA: determinantes asociados a las características del niño. [tesis] Madrid (ESP): Universidad Autónoma de Madrid; 2021. 27 p. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/700146/martin_abad_aurora_tfg.pdf?seque_nce=1
21. Etcheverry-Domeño L, Barros De Oliviera AV. Revisión sistemática de estrategias de afrontamiento en cuidadores principales de personas con demencia. *Psicología UNEMI*. 2022. 6(11). <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp258-272p>
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental, por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, Censo de Población y Vivienda 2020 (consultado el 25 de agosto de 2025) [Internet]. Tabulados interactivos; 2020 [citado el 25 de agosto de 2025]. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_01_2_9827fe7-b1cd-4bd2-81d6-9d08bda47df8&idrt=151&opc=t
23. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5): 546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
24. Cerda-Aedo B. Relación entre niveles de estrés y técnicas de afrontamiento en cuidadores de niños con trastorno del espectro autista en Chile, 2021. *Dementia Neuropsychol*. 2022; doi: 10.1590/1980-5764-DN-2022-0112
25. Nik Adib NA, Ibrahim MI, Ab Rahman A, Bakar RS, Yahaya NA, Hussin S, et al. Perceived stress among caregivers of children with autism spectrum disorder: A state-wide study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph16081468>
26. Shilubane H, Mazibuko N. Understanding autism spectrum disorder and coping mechanism by parents: An explorative study. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2020;7(4):413–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.08.003>
27. Estes A, Olson E, Sullivan K, Greenson J, Winter J, Dawson G, et al. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders *Brain Dev*. 2013;35(2):133–8. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2012.10.004>
28. Albarracín Rodríguez Á. P, Rey Hernández L. A, , Jaimes Caicedo M. M. Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* [Internet]. 2014; (42):111-126. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194230899008>
29. Rasoulpoor S, Salari N, Shiani A, Khaledi-Paveh B, Mohammadi M. Determining the relationship between over-care burden and coping styles, and resilience in mothers of children with autism spectrum disorder. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2023;49(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01465-0>



30. Talasca FV, Carvalho AV de, Veloso LA, Malaquias JHV. La familia ante la experiencia de afrontamiento de los trastornos del espectro autista: una mirada subjetiva. *Interdisciplina Psicólogo*. 4 de mayo de 2020;11(1):182-200. <https://cutt.ly/Urg4v4FW>
31. Luque Salas B, Yáñez Rodríguez V, Tabernero Urbieto C, Cuadrado E. Estrategias de afrontamiento y autoeficacia como predictores de satisfacción vital en progenitores de menores con autismo. *Psicothema*. 2017;29(1):55-60. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.96>
32. Racchumí Seclen CF, Cortez Vidal MS. Afrontamiento al estrés en cuidadores primarios de niños con Autismo. *Rev Investig Psicológica*. 2020;24(2):97-108. doi: 10.22233/rip.v24n2a7.
33. Gomes PT, Lima LH, Bueno MK, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *J Pediatr*. 2015;91(2):111-121. doi: 10.1016/j.jped.2014.08.009
34. Sumbane GO. Coping strategies adopted by caregivers of children with autism in the Limpopo Province, South Africa. *Afr J Disabil*. 2024;13:a1384. doi: 10.4102/ajod.v13i0.1384
35. ALBusaidi AMS, ALMasroori SAS, Awladthani BMS, ALKhalidi SA, Al Alawi N, Al Salmani AA. Quality of life and coping strategies used by parents of children with autism spectrum disorder in Oman. *Autism Devt Lang Impair*. 2022;7:23969415221142262. doi: 10.1177/23969415221142262
36. Yaacob WNW, Yaacob LH, Zulkifli MM, Muhamad RA. Journey towards Resilience: Coping Strategies Adopted by Parents with Children Having Autism Spectrum Disorder in Northeast Malaysia. *International journal of environmental research and public health*. 202219(4), 2458. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042458>
37. Vassiliki N, Papanikolaou K, Amanaki E, Triantafyllou K, Tzavara C, Kolaitis G. Estrategias de afrontamiento en madres de niños con trastorno del espectro autista y su relación con el estrés y la depresión materna. *Siquiatra*. 2022;33(3):10-218. doi: 10.22365/jpsych.2022.068.
38. Ishtiaq N, Mumtaz N, Saqlain G. Stress and coping strategies for parenting children with hearing impairment and autism. *Pak J Med Sci*. 2020;36(3):538-543. doi: 10.12669/pjms.36.3.1766
39. Sartor T., Sons S., Kuhn JT, & Tröster H. Coping resources and stress due to demands in parents to children with autism spectrum disorder. *Frontiers in rehabilitation sciences*, 2023; 4, 1240977. <https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1240977>
40. Durán M, García-Fernández M, Fernández JC, Sanjuro B. Afrontamiento, estrés parental y calidad de vida de los cuidadores principales de personas con TEA. *Rev. Estud. Investig. Psicol. Educ*, 2016;3, 60-68. <https://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2016.3.1.1749>



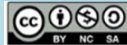
ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

**Consumo de alcohol durante la gestación en adolescentes:
panorama, implicaciones y estrategias****Alcohol consumption during pregnancy in adolescents: overview,
implications, and strategies***Consumo de álcool durante a gravidez em adolescentes: panorama, implicações e estratégias*Rosa Jacqueline Galíndez-Pérez ^IJuan Yovani Telumbre-Terrero ^{II}**RESUMEN**

Introducción: El uso y abuso de alcohol durante la gestación representan un problema de salud pública con implicaciones en la salud materno fetal, independientemente de la cantidad que se consuma aumenta el riesgo de malformaciones y trastornos en el producto. En este contexto se realizó un análisis del consumo de alcohol durante la gestación en adolescentes, lo que permitirá contar con un panorama sobre la problemática. **Desarrollo:** el consumo de alcohol durante la gestación en adolescentes se analiza desde cuatro aspectos: panorama epidemiológico del embarazo en adolescentes, factores asociados al consumo durante el embarazo, implicaciones en la salud fetal y las estrategias y programas para su abordaje. **Reflexiones finales:** El embarazo en adolescentes y el consumo de alcohol constituyen un desafío para el sistema de salud, el cual se ve influido por múltiples factores interrelacionados ligados a aspectos individuales, familiares y sociales.

Palabras clave: Adolescente; Consumo de bebidas alcohólicas; Embarazo en adolescencia.

Para citar este documento



Galíndez-Pérez RJ y Telumbre-Terrero JY. Consumo de alcohol durante la gestación en adolescentes: panorama, implicaciones y estrategias. *Rev. Unidad Sanit. XXI.* 2025; **5(17)**: 170-179. <https://doi.org/10.57246/j2va5j56>

Fecha de envío: 21/03/2025 **Fecha de aceptación:** 29/07/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

^IEstudiante de la Maestría en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0001-2709-8912> Correo: rgalindez@pampano.unacar.mx

^{II}Doctor en Salud Mental. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-8695-7924> Correo: jtelumbre@pampano.unacar.mx



ABSTRACT

Introduction: Alcohol use and abuse during pregnancy represent a public health problem with implications for maternal and fetal health. Regardless of the amount consumed, it increases the risk of malformations and disorders in the unborn child. In this context, an analysis of alcohol consumption during pregnancy in adolescents was conducted, which will provide an overview of the problem.

Development: Alcohol consumption during pregnancy in adolescents is analyzed from four aspects: epidemiological overview of adolescent pregnancy, factors associated with consumption during pregnancy, implications for fetal health, and strategies and programs to address them. **Final thoughts:** Adolescent pregnancy and alcohol consumption constitute a challenge for the health system, which is influenced by multiple interrelated factors linked to individual, family, and social aspects.

Keywords: Adolescent; Alcohol drinking; Pregnancy outcome.

RESUMO

Introdução: O uso e abuso de álcool durante a gravidez representa um problema de saúde pública com implicações na saúde materna e fetal. Independentemente da quantidade consumida, aumenta o risco de malformações e distúrbios no produto. Neste contexto, foi realizada uma análise do consumo de álcool durante a gravidez entre adolescentes, que proporcionará um panorama do problema.

Desenvolvimento: O consumo de álcool durante a gravidez em adolescentes é analisado sob quatro aspectos: panorama epidemiológico da gravidez na adolescência, fatores associados ao consumo durante a gravidez, implicações para a saúde fetal e estratégias e programas para abordá-lo.

Considerações finais: A gravidez na adolescência e o consumo de álcool representam um desafio para o sistema de saúde, que é influenciado por múltiplos fatores inter-relacionados, ligados a aspectos individuais, familiares e sociais.

Palavras-chave: Adolescente; Consumo de bebidas alcoólicas; Resultado da gravidez.



INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el alcohol ha sido ampliamente consumido durante siglos y en diversas culturas, su uso y abuso representan un problema de salud pública con implicaciones a nivel individual, familiar y social, además de estar asociado a importantes riesgos y daños para la salud, de ahí la importancia de implementar acciones que permitan el tamizaje, intervención breve y tratamiento en caso de un consumidor peligroso o ante la presencia de trastornos por consumo¹. Si bien el consumo de alcohol ha sido ampliamente abordado en adolescentes y jóvenes derivado de los cambios que experimentan en esta etapa, un sector que debe ser considerado son las mujeres en gestación². Se ha estimado que el consumo de alcohol durante el embarazo independientemente de la cantidad que se consuma aumenta el riesgo de muerte fetal, aborto espontáneo, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, además de la presencia de trastornos del espectro alcohólico fetal, de manera particular síndrome alcohólico fetal (SAF) limitando el neurodesarrollo del recién nacido³.

En este sentido en Estados Unidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades estiman que cerca del 14 % (1 de cada 7 mujeres) de las mujeres embarazadas con edades de 14 a 40 años señalaron ingerir bebidas alcohólicas en algún momento de su embarazo, además 1 de cada 20 gestantes lo hicieron en los últimos 30 días⁴. En Latinoamérica se identificó que 15,1% de las mujeres había tenido al menos un consumo excesivo de alcohol durante la gestación, el 75,2% consumió al menos un trago de alcohol en el embarazo, los tres países con la prevalencia más alta son Granada (23,3 %, IC95%: 20,1 %-26,5 %), Santa Lucía (21,8 %, IC95 %: 19,0 %-24,7 %) y Guyana (18,2 %, IC95 %: 16,1 %-20,2 %). Así también los grupos vulnerables identificados son: mujeres adolescentes, que han consumido sustancias psicoactivas y que tienen actitudes permisivas hacia el consumo de alcohol⁵.

En México se estima una prevalencia de consumo de alcohol durante el embarazo entre 1,2 % (IC95 %: 0,0 %-2,7 %) y con estimaciones que iban del 0,4 % al 2,4 %, así también en el centro del país se estima que la principal sustancia consumida durante el embarazo es el alcohol, seguida del tabaco y por último la marihuana, donde la principal implicación fue bajo peso al nacer, en 10 de 40 casos y pérdida gestacional en 6 de 40⁶. Ahora bien, si consideramos a los adolescentes y el consumo de alcohol datos de la ENSANUT México, muestran una prevalencia actual del 20,6 % (IC95 %: 18,8-22,6) de forma global, por sexo la prevalencia es mayor en hombres (22,0 %, IC95 %: 19,8-24,5) que en mujeres (19,2 %, IC95 %: 16,7-22,0)⁷.



Teniendo como base el contexto anterior, se presenta un análisis del consumo de alcohol durante la gestación en adolescentes centrado en cuatro aspectos fundamentales: panorama epidemiológico del embarazo en adolescentes, factores asociados al consumo durante el embarazo, implicaciones en la salud fetal y las estrategias y programas para el abordaje, lo que permitirá contar con un panorama sobre la problemática, donde los profesionales de enfermería son una pieza fundamental del sector salud, enfocadas en la atención del embarazo en cada una de sus etapas.

DESARROLLO

Embarazo en adolescentes: panorama epidemiológico

A nivel mundial en el año 2019 se registraron cerca de 21 millones de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, donde cerca del 50% fueron no deseados y dando un total de 12 millones de nacimientos. Si bien la tasa de nacimientos en adolescentes ha presentado una disminución, el número de partos sigue siendo alto, la tasa de natalidad entre las adolescentes de 10 a 14 años en 2023 fue de 1,5 por cada 1000 mujeres, con tasas más elevadas en África subsahariana (4,4)⁸.

En América Latina y el Caribe la tasa de fecundidad específica (TFE) en adolescentes de 15-19 años presentó una disminución pasó de 65,6 % a 60,7 %, el número estimado de embarazos no planeados fue de 2.1, el número estimado de abortos en condiciones de riesgo en adolescentes fue de 876 000, la tasa de natalidad es de 1 y 5 nacimientos por cada 1,000 niñas o adolescentes con edades comprendidas de 10 a 14 años, la tasa más elevada es para Venezuela, seguida por la República⁹.

En México en 2021 se registraron 147 279 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, y 3019 en niñas menores de 15 años, la tasa de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años fue de 26.3 por cada 1000; en niñas, fue de 0.2 por cada 1000 menores de 15 años¹⁰. Se estima que uno de cada cuatro embarazos entre las adolescentes no fue planeado y uno de cada diez embarazos no fue deseado, además entre menor es la edad de la primera relación sexual, menor es la probabilidad de que utilicen algún método anticonceptivo. Además, el embarazo en adolescentes implica un costo de casi 63,000 millones de pesos anualmente para el país, lo que representa el 0.27 % del producto interno bruto¹¹.



Factores asociados

En función de los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes se han realizado investigaciones aisladas o con poca claridad sobre el tema, en este sentido los factores se pueden clasificar en tres grandes grupos (Figura 1):

- a) *Factores individuales*, en este apartado los factores se centran en una carencia en educación sexual especialmente en el uso de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales y el inicio temprano de la actividad sexual¹². En este sentido se ha establecido una relación directa con el inicio temprano de la actividad sexual con el embarazo adolescente¹³, donde a una edad más tempranas se aumentan los riesgos de falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida¹⁴.
- b) *Factores familiares*, aquí se destacan aspectos ligados a la dinámica y funcionamiento familiar, así como los roles desempeñados dentro de ella juegan un papel fundamental, ligado también a la falta de una pareja estable o que su pareja presente problemas legales o de consumo, así como algún integrante de su familia cercana^{15,16}. Así también se identifican factores como vivir con familias reconstituidas, la escolaridad de los padres y la pobre relación con estos^{17,18}.
- c) *Factores sociodemográficos*, en este rubro se destaca que el embarazo en las adolescentes se presenta con mayor frecuencia en los contextos sociales con mayor vulnerabilidad principalmente con condiciones socioeconómicas bajas, ligado a bajos ingresos económicos y vivir en zonas rurales^{19,20}.

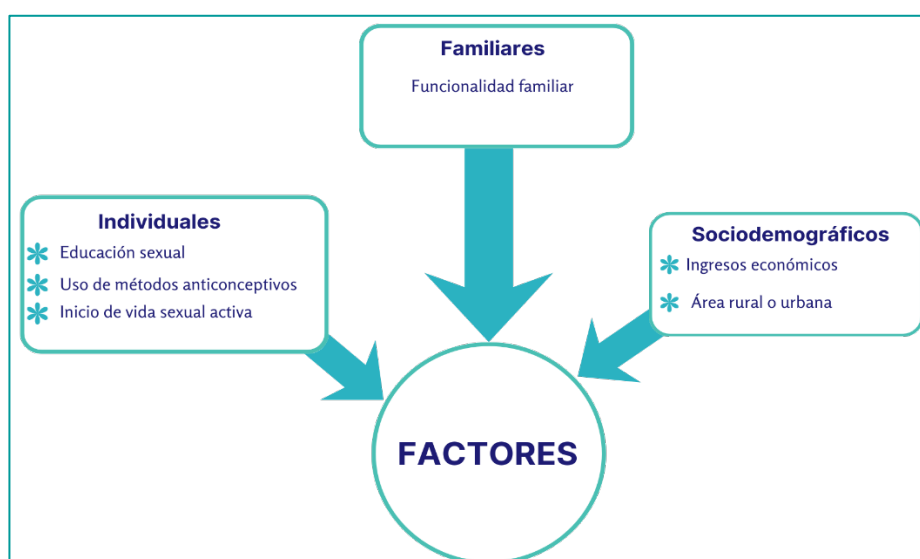


Figura 1. Representación gráfica de los factores asociados al consumo de alcohol.



Implicaciones en la salud fetal

Se identifica que independientemente de la cantidad de alcohol que se consuma durante el embarazo, este puede tener implicaciones severas en el desarrollo del feto y recién nacido, en este sentido Amador et al.,²¹ a través de una revisión sistemática identificaron que el alcohol es la sustancia de mayor frecuencia entre las mujeres gestantes, seguida de la cocaína, la marihuana y los tranquilizantes, pero en ocasiones el consumo implicado dos o más sustancias²².

En función de las implicaciones investigadores señalan que estas pueden variar según la edad gestacional ocasionando malformaciones durante el periodo pre embrionario, embrionario y fetal, tales como malformaciones del tubo neural, lesiones en el cerebro, síndrome de abstinencia neonatal, problemas en motricidad fina y trastorno del espectro autista (TDAH)^{23,24}. Se reporta que en recién nacidos de madres con consumo de alcohol se presentó mayor incidencia de circular del cordón, alteraciones neurológicas, bajo peso al nacer, parto pretérmino, lo que indica que el consumo de alcohol se asocia significativamente con un mayor riesgo de complicaciones perinatales en los recién nacidos^{25,26}.

Estrategias y programas para el abordaje.

La OMS plantea la *Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes (2016-2030)*²⁷ donde se incluyen a los adolescentes como centro de atención para compensar los diversos retos sociales basados en el gozo de sus derechos a la salud, educación y participación en la sociedad que permitan potencializar su vida adulta basados en tres objetivos generales: sobrevivir, prosperar y transformar, este primero tiene la finalidad de poner fin a la mortalidad prevenible, principalmente la mortalidad materna, recién nacidos y menores de cinco años.

A nivel global la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*²⁸, constituye un llamado universal a la acción para atender las diversas problemáticas sociales, esto a través del trabajo colaborativo de los Estados Miembros de las Naciones Unidas y la integración de los 17 Objetivos. De forma específica el objetivo 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*, contribuye al abordaje de esta problemática lo que se ve reflejado en las metas 3,1, 3,2 que proponen una reducción en la mortalidad materna, en recién nacidos y niños de cinco años o menos, así como a la meta 3.5 que incluye la prevención y el



tratamiento del abuso de sustancias adictivas incluidas el consumo de alcohol en los diferentes grupos de interés.

En México se cuenta con la *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes* (ENAPEA)²⁹ que tiene como objetivo reducir el número de embarazos en adolescentes en respeto a los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos de forma particular el Objetivo 2 que a la letra dice propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo, contribuye a la problemática de interés. Así también la se cuenta con la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-2016)³⁰ para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, donde se señala que se debe promover que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas (5,1,10) e identificar /informar a la mujer embarazada sobre riesgo que representan las adicciones para la madre y el producto (5,2,1,6).

Si bien organismos internacionales y nacionales plantean un conjunto de estrategias que permiten abordar el fenómeno de una forma integral resulta importante que cada autoridad competente realice las adecuaciones permitidas de acuerdo con el contexto, lo que permita dar respuesta a las necesidades sociales presentes en ese momento. De forma particular resulta necesario que toda estrategia tome en consideración: 1) el panorama epidemiológico actual y sus determinantes, 2) los programas vigentes en el contexto, 3) las características sociodemográficas de la población y 4) la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud en la región, lo que permita una visión y abordaje del fenómeno de forma integral.

REFLEXIONES FINALES

El embarazo en adolescentes y el consumo de alcohol constituyen un problema de salud pública con implicaciones sociales, económicas y de salud para el binomio madre-hijo, a pesar de que se ha presentado una disminución el número de embarazos sigue siendo considerable. Se debe considerar que este fenómeno se ve influido por múltiples factores interrelacionados ligados a aspectos individuales, familiares y sociales. Donde se destaca que la falta de educación sexual, contextos familiares disfuncionales y condiciones socioeconómicas incrementan la vulnerabilidad de las adolescentes, estos aspectos deben ser punto de interés y de atención para los tomadores de decisiones.



Además, el consumo de alcohol durante el embarazo se vincula a graves consecuencias para el desarrollo fetal, como malformaciones, bajo peso al nacer y trastornos neurológicos. Ante este panorama organismos internacionales y nacionales implementan estrategias con el propósito reducir el embarazo en los adolescente, disminuir la mortalidad materno infantil y prevenir el consumo de sustancias adictivas durante esta etapa y así garantizar una atención integral durante el embarazo.

Así también los resultados del presente análisis ponen en evidencia la importancia de desarrollar políticas públicas que permitan el abordaje integral de los embarazos en las adolescentes, tomando como referente las características de la región, además de la inclusión de profesionales de la salud competentes en atención y expertos en el embarazo adolescente, es aquí donde el profesional de enfermería juega un papel fundamental, dado que representa el principal contingente entre la comunidad y los servicios de salud, por lo tanto la identificación, el diseño e implementación de programas que atiendan esta problemática deben estar integrados por un equipo inter y multidisciplinar con un enfoque basado en el paciente o usuario.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alcohol [Internet]. 2024 [citado 10 de abril de 2025]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. Lopes C de S. Uso de álcool na gestação: resultado de uma trajetória de consumo de risco? Cad Saúde Pública [Internet]. 2023 [citado 10 de abril de 2025];39(8): e00129523. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT129523>
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre el alcohol 2022-2030 [Internet]. 2024 [citado 10 de abril de 2025]. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240090101>
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Alcohol y embarazo [Internet]. 2024 [citado 10 de abril de 2025]. <https://bit.ly/3GgwG6g>
5. Organización Panamericana de la Salud. Serie Alcohol. El alcohol, el embarazo y los trastornos fetales causados por el alcohol [Internet]. 2021 [citado 10 de abril de 2025]. <https://bit.ly/44v2Wws>
6. Lange S, Probst C, Heer N, Roerecke M, Rehm J, Monteiro MG, et al. Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017;41:e89. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2017.89>



7. Palomo-García M, Álvarez-Villalobos NA, Feria-Sosa A. Asociación entre el grado de consumo de alcohol, tabaco, sustancias ilícitas y el desenlace obstétrico adverso. *Ginecol Obstet Mex.* 2024; 92 (8): 326-340.
8. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [Internet]. 2024 [citado 10 de abril de 2025]. <https://bit.ly/3Ev99hm>
9. Organización Panamericana de la Salud. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2021 [citado 10 de abril de 2025]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53134>
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes [Internet]. 2023 [citado 10 de abril de 2025]. <https://bit.ly/4jJuCCj>
11. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Embarazo en adolescentes [Internet]. 2023 [citado 10 de abril de 2025]. <https://mexico.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes>
12. Marrero JC, Román NCP. Factores de Riesgo y Complicaciones Asociados al Embarazo en Adolescentes en Ecuador: Revisión Sistemática de los Últimos Cinco Años. *Polo del Conocimiento.* 2024;9(10):112–32.
13. Rojas MEM. Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales en salud de México. *Revista Salud y Bienestar social.* 2021;5(1):59–74. DOI: <https://doi.org/10.32776/saludybienestarsoc.v5i1.109>
14. Favier M, Samón M, Ruiz Y. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *Revista de Información Científica.* 2018; 97(1).
15. Molina-Quñones H, Salazar-Taquiri V. Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes residentes en Lima, Perú. *Rev haban cienc méd [Internet].* 2022 [citado 10 de abril de 2025]; 21(3).
16. Uroz J, Charro B, Prieto M, Meneses C. Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Heal Addict salud y Drog [Internet].* 2018 [citado 10 de abril de 2025];18(1):107-18. DOI: <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.364>
17. López-Granados LM, Departamento de Investigación Psicosocial y Documental, Centros de Integración Juvenil, A.C., México, Cruz-Cortés C de J. Factores psicosociales y sociodemográficos vinculados al uso de sustancias psicoactivas en mujeres durante el embarazo. Una revisión narrativa. *Rev Int Investig Adicciones [Internet].* 2017;3(2):45–6. <http://dx.doi.org/10.28931/riiad.2017.2.06>
18. Shmulewitz D. Factores de riesgo de consumo de alcohol en mujeres embarazadas de 15 a 44 años en Estados Unidos, 2002-2017. *Medicina preventiva.* 2022; 124:75–83. DOI: [10.1016/j.ypped.2019.04.027](https://doi.org/10.1016/j.ypped.2019.04.027)
19. Sanca-Valeriano S, Espinola-Sánchez M, Racchumí-Vela A. Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet].* 2022;87(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000010>
20. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2018; 15:195.
21. Amador Rodero EM, Luque Ramos A, Montealegre Esmeral LP, Rebolledo Cobos R, Pulido Iriarte T, Arteta Charris M. Consumo materno de sustancias psicoactivas, un factor de riesgo para el desarrollo infantil. Revisión sistemática. *Rev Col Med Fis Rehab.* 2022;32(1): 90-101. DOI: <https://doi.org/10.28957/rcmfr.v32n317>
22. Menéndez-García X, Álvarez-García N, García-Rodríguez J. Sustancias adictivas y embarazo. Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos.



- Enfermería Comunitaria. 2018;6(2):34-49.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6490892>.
23. Mukherjee RAS, Cook PA, Norgate SH, Price AD. Neurodevelopmental outcomes in individuals with fetal alcohol spectrum disorder (FASD) with and without exposure to neglect: Clinical cohort data from a national FASD diagnostic clinic. *Alcohol*. 2019; 76:23-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2018.06.002>.
 24. Samudio Domínguez GC, Correa A, Brítez Martínez IC, Vera Quintana LM, Ortiz Cuquejo LM. Frecuencia de consumo de drogas adictivas ilícitas en gestantes o púerperas y su detección en recién nacidos en un hospital materno-infantil de Asunción. *Pediatr (Asunción)*. [Internet]. 2023 [citado 19 de abril de 2025];50(1):48 - 57. <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/747>
 25. Gorozabel Alarcón JM, Delgado Gorozabel CJ, Acosta Castro FE. Condiciones perinatales del binomio madre-hijo al finalizar el embarazo en gestantes adolescentes consumidoras de sustancias tóxicas. *RECIAMUC* [Internet]. 2024;8(2):386-93. [http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(2\).abril.2024.386-393](http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.386-393)
 26. Quintana-Lagunas R, Armendáriz-García NA, Silva LIM. Prevalencia y factores relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes embarazadas: una revisión sistemática. *Revista internacional de investigación en adicciones*. 2021;7(1):43-51.
 27. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes 2016-2030 [Internet]. 2016 [citado 15 de abril de 2025]. <https://bit.ly/4irwq1H>
 28. Organización Mundial de la Salud. La Agenda para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2020 [citado 15 de abril de 2025]. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
 29. Gobierno de México. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [Internet]. 2015 [citado 15 de abril de 2025]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf
 30. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida NOM-007-SSA2-2016 [Internet]. 2016 [citado 15 de abril de 2025]. <https://bit.ly/3EgkXEf>



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Interculturalidad en el aula de enfermería: una reflexión crítica

Interculturality in the nursing classroom: a critical reflection

*Interculturalidade na sala de aula de enfermagem: uma reflexão crítica*Isamar Daniela Enríquez-Quintero^ISheida Eunice Correa Valenzuela^{II}Rossana Fabiola García Félix^{III}Hugo Castañeda Mejorada^{IV}

RESUMEN

Introducción: La interculturalidad es una competencia básica en la formación de estudiantes de ciencias de la salud en México, debido a su diversidad cultural y étnica, con el propósito de proporcionar atención de salud respetuosa de las creencias y tradiciones de poblaciones indígenas y comunidades diversas. **Desarrollo:** Se analiza la inserción de la interculturalidad en programas educativos de pregrado de enfermería, subrayando los retos y oportunidades para proveer una atención sanitaria de calidad y respetuosa. Finalmente, se revisan las estructuras curriculares y de políticas públicas, como una medida de sensibilización sobre las realidades culturales de cada individuo. **Reflexiones finales:** Es relevante fortalecer modelos educativos y políticas públicas con enfoque en interculturalidad, a fin de garantizar una atención equitativa y competente.

Palabras clave: Atención Sanitaria; Culturalmente Competente; Competencia Cultural; Diversidad Cultural; Estudiantes de Enfermería; Universidades.

Para citar este documento



Enríquez-Quintero ID, Correa-Valenzuela SE, García-Félix RF y Castañeda-Mejorada H. Interculturalidad en el aula de enfermería: una reflexión crítica. *Rev. Unidad Sanit. XXI.* 2025; 5(17): 180-193. <https://doi.org/10.57246/fjz8yt97>

Fecha de envío: 21/04/2025 Fecha de aceptación: 20/08/2025 Fecha de publicación: 30/09/2025

^IMaestra en Ciencias de Enfermería. Universidad de Sonora. Ciudad Obregón, Sonora, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-5369-8348> Correo: isamar.enriquez@unison.mx

^{II}Maestra en Ciencias de Enfermería. Universidad de Sonora. Ciudad Obregón, Sonora, México; Estudiante de Doctorado en Ciencias en Enfermería. Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-7414-841X> Correo: sheida.correa@unison.mx

^{III}Estudiante Licenciatura en Enfermería. Universidad de Sonora. Ciudad Obregón, Sonora, México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0008-1888-6539> Correo: a220211989@unison.mx

^{IV}Maestro en Ciencias de Enfermería. Universidad de Sonora. Ciudad Obregón, Sonora, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-6948-6414> Correo: hugo.castaneda@unison.mx



ABSTRACT

Introduction: Interculturality is essential in the academic training of nurses in Mexico, a country with a great cultural and ethnic diversity. This approach allows the provision of health care that is respectful of the beliefs and traditions of indigenous populations and other diverse communities. **Development:** This article analyzes the inclusion of interculturality in nursing education programs, highlighting the challenges and opportunities that health professionals face in providing adequate and respectful care. It also highlights the need to review curricular structures and public policies, in addition to raising awareness among future nurses about the cultural realities of patients. **Final reflections:** To ensure equitable and competent care, it is crucial to strengthen both the educational model and public policies related to interculturality. This will improve the quality of care and ensure respectful and adequate care for all populations.

Keywords: Cultural Competency; Culturally Competent Health Care; Cultural Diversity; Nursing Students; Universities

RESUMO

Introdução: A interculturalidade é essencial na formação de enfermeiros no México, um país com grande diversidade cultural e étnica. Essa abordagem permite oferecer um atendimento de saúde respeitoso com as crenças e tradições das populações indígenas e outras comunidades diversas. **Desenvolvimento:** O artigo analisa a inclusão da interculturalidade nos programas educativos de enfermagem, destacando os desafios e oportunidades enfrentados pelos profissionais de saúde para fornecer cuidados adequados e respeitosos. Aponta-se a necessidade de revisar as estruturas curriculares e as políticas públicas, além de sensibilizar os futuros enfermeiros sobre as realidades culturais dos pacientes. **Reflexões finais:** Para garantir um atendimento equitativo e competente, é crucial fortalecer tanto o modelo educacional quanto as políticas públicas relacionadas à interculturalidade. Isso permitirá melhorar a qualidade do cuidado e garantir um atendimento respeitoso e adequado para todas as populações.

Palavras-chave: Atenção Sanitária Culturalmente Competente; Competência Cultural; Diversidade Cultural; Estudantes de Enfermagem; Universidades.



INTRODUCCIÓN

La interculturalidad, como concepto, se refiere al reconocimiento, respeto y valoración de las diversas culturas que coexisten dentro de una sociedad, buscando construir espacios de convivencia basados en la equidad y el entendimiento mutuo. En una nación como México, con una vasta y compleja diversidad cultural, este principio adquiere una relevancia aún mayor¹. La población indígena, con más de 70 pueblos indígenas distribuidos en todo el territorio nacional, ha sido históricamente una de las más afectadas por el desinterés y la marginación de sus saberes tradicionales, incluidos los conocimientos sobre la salud². A pesar de los esfuerzos gubernamentales y la promulgación de leyes para promover la equidad y el respeto hacia las comunidades indígenas, la realidad es que las prácticas de salud, particularmente en el ámbito público, han sido, en gran medida, impermeables a las perspectivas y prácticas culturales originarias³⁻⁵.

En este contexto, la interculturalidad en salud no se limita solo a la integración de saberes, implica, además, un enfoque de atención que reconoce las diversas formas de entender y tratar la salud y la enfermedad, que es esencial para garantizar que las personas reciban atención adecuada a sus necesidades culturales, sociales y económicas. Así, la interculturalidad en salud no es un tema de simple inclusión, sino una transformación profunda de los modelos de atención, que debe ser incorporada tanto en la estructura del sistema de salud como en la formación de los profesionales que lo conforman⁶.

La enfermería, una de las profesiones más cercanas a la atención directa al paciente, tiene un papel crucial en este proceso. Los enfermeros no solo ejecutan procedimientos médicos, sino que también son responsables de garantizar el bienestar de los pacientes en su totalidad, lo que implica comprender sus contextos, creencias y valores⁷. En México, los enfermeros se encuentran, muchas veces, con situaciones que van más allá de la medicina convencional, enfrentando pacientes que traen consigo visiones del mundo profundamente arraigadas en sus tradiciones y culturas. Para atender de manera integral a estos pacientes, es imperativo que los enfermeros posean competencias interculturales que les permitan comprender y respetar esas diferencias, mientras brindan atención adecuada.

El modelo biomédico tradicional aún predomina en la formación académica de las y los profesionales de la salud en México, caracterizándose por un enfoque técnico y objetivista, sin



proporcionar visión holística e integral que subyacen a la interculturalidad. Este enfoque ha producido avances importantes en salud; sin embargo, es insuficiente al momento de atender a poblaciones culturalmente diversas. Lo anterior, debido a la indiferencia en el reconocimiento de saberes ancestrales y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, lo cual genera una brecha de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, generando una sensación de malestar y desconfianza en la persona hacia los servicios médicos lo que limita la efectividad del cuidado⁸.

Es imperante que la formación académica en enfermería busque trascender los conocimientos científicos y técnicos, fomentando una educación que no solo ofrezca herramientas prácticas, sino que también promueva una apertura a la cosmovisión de comunidades indígenas y culturalmente diversas. Esta transformación permitiría que los profesionales de enfermería comprendan y valoren los saberes ancestrales relacionados con la salud y la enfermedad, a la par de la incorporación de las mejores prácticas de la medicina convencional. El desafío radica en transformar los programas educativos y en ofrecer espacios de reflexión, aprendizaje y práctica sobre la interculturalidad, no solo en las aulas, sino también en los centros de atención en los que se desempeñan los profesionales⁹.

De igual manera, es esencial que las políticas públicas que fomenten la interculturalidad en el ámbito de la salud se materialicen en acciones concretas y en la creación de una infraestructura adecuada. Esto incluye desde la formación continua y la capacitación de los profesionales de la salud en competencias interculturales hasta el diseño de un sistema de salud que integre adecuadamente los saberes tradicionales y las prácticas modernas. Es fundamental que los programas de salud se enfoquen en la sensibilización y en el reconocimiento de las diversas culturas que forman parte de la sociedad, garantizando que el acceso a la atención sea equitativo y justo para todos los mexicanos, independientemente de su origen étnico o cultural¹⁰.

El presente artículo, representa una reflexión sobre la interculturalidad como un eje indispensable en los programas de formación académica en enfermería, a través del análisis de sus características y de su utilidad como una herramienta básica de los profesionales para la atención a diversas comunidades. Además, se debatirán las políticas públicas actuales en México que tienen como propósito el integrar saberes indígenas al sistema de salud. Finalmente, se busca proponer un modelo de formación académica que permita a los profesionales de enfermería desempeñar un papel inclusivo y respetuoso con las comunidades



indígenas y culturalmente diversas, en la búsqueda del fortalecimiento de la calidad en la atención sanitaria en el país.

DESARROLLO

La Interculturalidad en la formación de enfermería

En México, la formación académica en enfermería ha tenido un enfoque histórico basado en el modelo biomédico, el cual se encuentra dirigido por el uso del conocimiento científico y la técnica médica para el diagnóstico y tratamiento de la salud y la enfermedad. Este modelo ha sido eficaz para abordar enfermedades con bases científicas claras, pero presenta limitaciones cuando se trata de atender las necesidades de salud en contextos culturales diversos, especialmente en comunidades indígenas. En muchos casos, el enfoque biomédico ha sido percibido como despersonalizado y carente de sensibilidad hacia los aspectos culturales de la salud⁸.

Incorporación de la interculturalidad en los programas educativos

La interculturalidad en la formación académica de enfermería no debe limitarse a la inclusión de asignaturas sobre antropología, bioética o derechos humanos. Si bien permiten sensibilizar al estudiante, no garantizan que los futuros profesionales sean capaces de aplicar dichos conocimientos para interactuar y brindar atención culturalmente competente. La formación académica intercultural debe versar en un eje de comprensión y respeto de las diferentes cosmovisiones sobre el proceso salud y enfermedad, como elemento esencial para un cuidado de enfermería holístico. Este enfoque no solo implica el conocimiento de las prácticas de salud propias de cada comunidad, sino también la capacidad de reconocer la diversidad de concepciones y valores que influyen en cómo las personas experimentan la salud y la enfermedad¹¹.

En este contexto, la formación intercultural debe promover una actitud abierta y reflexiva en los estudiantes de enfermería, invitándolos a cuestionar sus propias creencias y prejuicios sobre lo que es "normal" o "adecuado" en términos de salud. Debe fomentarse que los estudiantes reconozcan el valor de estas prácticas culturalmente diversas y que las integren a su propio esquema de creencias y valores. De esta forma, la interculturalidad permitirá al estudiante tener una comprensión más amplia y profunda sobre el cuidado holístico a la persona¹².



Conforme se incorpore el enfoque intercultural en el diseño e implementación de programas educativos de enfermería, será relevante que éstos sean trasladados de un plano teórico a uno práctico, que permitan a los estudiantes aplicar los saberes teóricos, prácticos y actitudinales en escenarios reales. Un ejemplo claro de esto es el trabajo de campo en comunidades indígenas, donde los estudiantes puedan experimentar de primera mano las prácticas de salud tradicionales y cómo estas se relacionan con la biomedicina. A través de esta interacción directa con las comunidades, los futuros enfermeros tienen la oportunidad de observar y participar en los métodos tradicionales de atención, como el uso de plantas medicinales, rituales espirituales y terapias alternativas, y de conocer la cosmovisión indígena sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad¹³.

Esta experiencia permite a los estudiantes adquirir una mayor comprensión de la importancia de la medicina tradicional y aprender a integrarla de manera respetuosa con el modelo biomédico, sin imponer una perspectiva de superioridad científica. En lugar de visualizar ambas formas de medicina como excluyentes, los futuros enfermeros deben ser formados para encontrar maneras de combinarlas, reconociendo que lo que funciona para una comunidad puede ser diferente a lo que funciona para otra, y que la mejor atención de salud es aquella que se adapta a las creencias, valores y prácticas de los pacientes¹²⁻¹³.

Además, la formación intercultural debe promover habilidades de comunicación y empatía, cruciales para establecer una relación de confianza con las personas de distintas culturas. Los enfermeros deben ser capaces de escuchar y comprender las necesidades de los pacientes, respetando sus decisiones, que a menudo están profundamente influenciadas por factores culturales y espirituales. El desafío está en lograr una integración armoniosa entre la biomedicina y los saberes tradicionales, sin descalificar ninguna de las dos, sino buscando un punto de encuentro que favorezca la salud y el bienestar del paciente¹³.

Por último, esta formación práctica debe ir acompañada de una reflexión constante sobre los valores éticos de la profesión. En un contexto como el mexicano, donde la diversidad cultural es tan rica y compleja, los estudiantes de enfermería deben ser conscientes de las implicaciones éticas que implica la atención intercultural, como el respeto a la autonomía cultural, la no discriminación y el derecho a la salud de todos los individuos, independientemente de su origen o creencias. En este sentido, es necesario que las universidades proporcionen espacios donde



los estudiantes puedan discutir y debatir sobre los desafíos éticos que enfrentan al atender a pacientes de diferentes contextos culturales¹¹.

Formación en lenguas indígenas y medicinas tradicionales

Un aspecto fundamental para mejorar la atención de salud en las comunidades indígenas es la enseñanza de las lenguas originarias y la comprensión de las medicinas tradicionales. En la actualidad, pocas instituciones educativas de enfermería ofrecen formación en lenguas indígenas, lo que limita la capacidad de los profesionales para comunicarse eficazmente con los pacientes de estas comunidades. Las lenguas son un vehículo esencial para transmitir conocimientos, creencias y prácticas sobre la salud, por lo que su aprendizaje se convierte en un elemento crucial para un enfoque de salud intercultural¹⁴.

Además, la enfermería debe estar preparada para reconocer, respetar y, cuando sea necesario, integrar las prácticas de salud tradicionales. Aunque la biomedicina tiene un papel crucial, especialmente en el tratamiento de enfermedades agudas, las medicinas tradicionales desempeñan un papel importante en el bienestar de las comunidades. La habilidad de un enfermero o enfermera para comprender y valorar las prácticas culturales de salud puede mejorar la relación terapéutica y generar mayor confianza entre los pacientes y los profesionales de la salud¹¹⁻¹³.

En este contexto, es importante destacar el papel de las lenguas indígenas, las cuales son fundamentales para comprender la cultura y las creencias de las comunidades a las que se atiende. La Tabla 1 muestra la distribución de las principales lenguas indígenas en México, lo cual resalta la diversidad lingüística en el país y la necesidad de incluir en los programas de formación la enseñanza de estas lenguas para poder brindar un cuidado respetuoso y efectivo¹⁵.

Tabla 1: Distribución de las lenguas indígenas en México

Lengua indígena	Número de hablantes (millones)	Porcentaje de hablantes en la población total	Región predominante
Náhuatl	1.5	1.4%	Centro y Sur
Maya	1.0	1.0%	Sureste (Yucatán, Quintana Roo)
Mixteco	0.9	0.9%	Oaxaca, Puebla, Guerrero
Zapoteco	0.8	0.8%	Oaxaca
Totonaca	0.6	0.6%	Veracruz, Puebla
Otomí	0.5	0.5%	Estado de México, Querétaro
Otras lenguas	2.2	2.1%	Diversas regiones
Total	7.5	7.3%	Todas las regiones

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, o Conteo de Población y Vivienda 2020 (adaptado).



La capacidad de los profesionales de la salud, especialmente de enfermería, para comunicarse eficazmente con los pacientes indígenas depende de su conocimiento y respeto por las lenguas locales. En este sentido, incluir en los programas de formación el aprendizaje de lenguas indígenas sería un paso importante hacia la construcción de una atención intercultural genuina¹¹⁻¹³.

Políticas públicas y la integración de la interculturalidad en la salud

Desde los años 80, México ha implementado diversas políticas públicas para mejorar la atención a las poblaciones indígenas. Estas políticas han tenido como objetivo la integración de la biomedicina con las prácticas de medicina tradicional, aunque los resultados en términos de efectividad y cobertura han sido limitados¹⁶. El programa de atención primaria de salud promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene como propósito el reconocimiento de la medicina tradicional de las comunidades indígenas y adaptarla al sistema biomédico^{14,17}.

Por otra parte, la implementación de un modelo de salud con raíces en la interculturalidad sigue enfrentándose a diversos retos. Aunque se precisan avances a nivel legislativo, por ejemplo, la ley contra la discriminación y la promoción de la salud intercultural; existen otras limitantes como la falta de infraestructura y de recursos humanos capacitados en la atención sanitaria bajo dicha perspectiva¹⁸⁻¹⁹. En la Tabla 2, se muestran las barreras en la atención de salud con enfoque intercultural, identificadas por personal de enfermería. Por lo tanto, a pesar de los avances legislativos, la implementación efectiva de políticas interculturales sigue siendo un desafío.

Tabla 2: Barreras en la atención de salud intercultural

Barreras identificadas	Posibles soluciones
Falta de capacitación intercultural	Incluir formación en interculturalidad en las mallas curriculares de enfermería.
Desconocimiento de las medicinas tradicionales	Programas de capacitación sobre medicina tradicional indígena.
Barreras lingüísticas	Inclusión de asignaturas de lenguas indígenas o programas de traducción.
Estigmatización de prácticas indígenas	Fomentar el respeto mutuo entre profesionales de salud y comunidades indígenas.
Infraestructura deficiente	Mejorar la infraestructura en comunidades indígenas y centros de salud rurales.
Discriminación o racismo estructural	Implementación de políticas de no discriminación y sensibilización cultural.

Fuente: Elaborado con base a Guzmán-Rosas, S. C., & Kleiche-Dray, M. (2021).



Desafíos y oportunidades para una formación intercultural en enfermería

El principal reto que enfrentan los programas académicos de enfermería es el cambio de paradigma en la formación teórica, práctica y actitudinal hacia la interculturalidad. Por ello, las mallas curriculares deben de ofrecer asignaturas teórico-prácticas que permitan a los estudiantes tener un acercamiento e interactuar con comunidades indígenas y culturalmente diversas, con el objetivo de que integren en sus prácticas y creencias en torno al proceso de salud-enfermedad. Por ejemplo, esto puede darse a través de prácticas en comunidades; con curanderos, parteras u otro líder de la comunidad. Finalmente, un recurso esencial para la aplicación de este enfoque será la enseñanza y capacitación de los estudiantes en lenguas originarias que predominen en la localidad donde se encuentre su institución educativa^{11-13,21}.

A pesar de estos desafíos, la interculturalidad en la salud representa una gran oportunidad para enriquecer la futura práctica profesional de los actuales estudiantes de enfermería. Los profesionales de enfermería capacitados y actualizados en el abordaje del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva intercultural, tienen las herramientas necesarias para proporcionar un cuidado holístico, centrado en aspectos biológicos de la salud, pero integrando también factores sociales, culturales y psicológicos de la persona. El enfoque holístico contribuye a la mejora de la relación entre el personal de salud y las comunidades indígenas, promoviendo un entorno de respeto y comprensión mutua²².

DISCUSIÓN

Reflexionar sobre la necesidad de formación intercultural en enfermería evidencia los retos y oportunidades para el logro de su abordaje integral. A pesar de que el concepto de interculturalidad en salud cada día es más aceptado en México, llevarlo a la práctica parece ser bastante complejo al observarse resultados insuficientes y fragmentados. Por ello, se propone una profunda transformación desde los enfoques de políticas públicas, pedagógicos y posteriormente de prácticas clínicas. En este contexto, el logro de la integración de la interculturalidad no debe ni puede ser un proceso aislado, para este momento de la historia de debe involucrar los diferentes niveles de educación y práctica profesional a nivel nacional.

Sin embargo, esta transformación enfrenta múltiples obstáculos. Aún con las propuestas antes mencionadas, se identifican diversos retos para la implementación del enfoque intercultural en la formación de los futuros enfermeros. Uno de ellos, y de los principales, es la resistencia al



cambio, ya sea dentro del sistema educativo como en el sistema profesional de salud. Se requiere una transición para la formación intercultural competente que no dependa únicamente de la inclusión de contenidos en los programas educativos, además de la aceptación, de los docentes y estudiantes, de esta necesidad ante la diversidad cultural. Hablar de prácticas que respeten los conceptos de salud basados en la cosmovisión de los pueblos dentro de un ambiente dominado por años por el paradigma biomédico, puede generar conflictos dentro del aula como en los centros de atención.

El proceso de transformación pedagógica necesita, en primer lugar, de un enfoque de sensibilización, que construya las bases para la superación de prejuicios y estereotipos que los estudiantes de enfermería puedan tener sobre las prácticas y creencias en las comunidades indígenas y otros grupos culturalmente diversos. Es fundamental promover desde los programas educativos el entendimiento y respeto hacia las diversas maneras de entender y vivir la salud, formando una actitud más abierta, reflexiva y menos impositiva. No obstante, este cambio de mentalidad no es sencillo, debido a la presencia estereotipos y prejuicios tan profundamente arraigados en la sociedad y en las estructuras de formación sobre las comunidades indígenas.

Además, la limitada formación práctica en contextos interculturales dificulta el desarrollo de competencias en los futuros profesional para la aplicación de los conocimientos teóricos en situaciones reales. En este sentido, la enseñanza teórica sobre la interculturalidad es insuficiente si no se complementa de las experiencias en las comunidades. Es fundamental que los estudiantes observen y participen en los procesos de atención propios de los contextos en donde se combina la medicina tradicional y biomédica. Sin esta interacción real con las comunidades, es difícil que los estudiantes logren establecer una conexión significativa que les permita comprender la compleja relación entre los profesionales de la salud y los pacientes con diferencias culturales.

Por otro lado, es indispensable la implementación de políticas públicas que den soporte al abordaje de la salud intercultural, acompañadas de mecanismos de evaluación constante que permita medir su impacto de manera objetiva. En México, aunque se tienen avances a nivel legislativo y político en cuanto a la integración de la medicina tradicional en el sistema de salud, su integración efectiva aun depende de la formulación de políticas que se traduzcan en



programas operativos eficaces, dotados de suficientes recursos y objetivos claros, realistas y medibles.

Es fundamental que las políticas públicas no se limiten a expresar únicamente intenciones, sino que establezcan acciones que garanticen el acceso real de las comunidades indígenas y de otros grupos culturalmente diferentes a servicios de salud respetuosos y adecuados. En este sentido, se recomienda una colaboración activa entre el gobierno, instituciones educativas, organizaciones civiles y, sobre todo, de las propias comunidades para avanzar hacia una atención de salud más inclusiva. Contar con la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre el modelo de atención es crucial para que las políticas públicas representen verdaderamente las necesidades de la poblaciones a las que están dirigidas y, de este modo, puedan ser efectivas.

De esta manera, las políticas públicas no solo deben incluir la integración de la medicina tradicional y biomédica, sino también deben fomentar el diálogo intercultural entre los profesionales de salud, que permita reconocer el valor de la medicina tradicional sin desestimar a la ciencia biomédica. Este dialogo debe promoverse a nivel institucional como en el ámbito clínico, lo que facilitará la participación de la comunidad en la forma en que reciben atención, además, se asegura que los profesionales de salud puedan adaptarse a las diferentes formas de atención de la salud y la enfermedad.

La integración del enfoque intercultural en la formación de los profesionales de enfermería no solo requiere afrontar desafíos, sino también representa una valiosa oportunidad para enriquecer la práctica profesional. La inclusión de esta perspectiva en el ámbito de la salud contribuye no solo a ofrecer un cuidado integral por parte de los enfermeros, sino también fortalece la relación entre el profesional y el paciente. Cuando los profesionales desarrollan competencias interculturales brindan una atención que abarca dimensiones sociales, emocionales y culturales, más allá de la atención biológica de salud.

Por ello, en las comunidades indígenas y otras poblaciones culturalmente diversas, donde los conceptos de salud difieren de los que predominan en ámbito biomédico, esta perspectiva integral adquiere una relevancia particular. Reconocer y valorar a las prácticas de salud tradicionales puede fortalecer la relación terapéutica, al generar confianza y colaboración entre los pacientes y profesionales de salud. Esta relación, más próxima y respetuosa, puede



traducirse a un mayor bienestar del paciente, independientemente de la etapa del ciclo de la vida en la que se encuentre.

En enfermería, la interculturalidad permite al profesional establecer un vínculo entre los conocimientos tradicionales y la biomedicina, facilitando el desarrollo de modelos de atención que respeten e integren estos enfoques. Este modelo híbrido puede ser particularmente valioso en el tratamiento de enfermedades crónicas o de largo plazo, donde las medicinas tradicionales pueden complementar los tratamientos biomédicos y ayudar al paciente a llevar una vida más saludable y equilibrada.

CONCLUSIONES

La formación de enfermeros culturalmente competentes es esencial para garantizar una atención sanitaria de calidad a las poblaciones indígenas y culturalmente diversas en México. A pesar del avance en la incorporación del enfoque interculturalidad en los programas educativos, estos aún no han sido suficientes para generar transformaciones en la práctica profesional. Se identifica, por tanto, que, para el logro de una atención inclusiva y respetuosa, no solo son necesarios cambios a nivel del sistema educativo, sino también a nivel de políticas públicas y la formación práctica de los profesionales de la salud, de manera que puedan adaptarse de forma efectiva a las necesidades culturales de las comunidades.

Desde el ámbito educativo, es necesario transformar el modelo de formación de enfermería, de modo que la interculturalidad se convierta en un eje transversal en la formación de los futuros profesionales. Esto implica no solo incluir contenidos teóricos sobre la diversidad cultural y de salud, sino incorporar experiencias prácticas en contextos interculturales, para el desarrollo de habilidades en escenarios reales y diversos. Además, es necesario promover la capacitación continua en los profesionales en ejercicio, para asegurar que los avances en los modelos de educación se reflejen en una atención culturalmente competente, que sirva también como ejemplo y referencia para los estudiantes en formación.

Además, las políticas públicas deben continuar avanzando en la integración efectiva de la medicina tradicional y biomedicina, mediante el fomento de espacios de diálogo y cooperación entre ambos. Se requiere adoptar un enfoque orientado a resultados, que resulte a su vez práctico, y que permita la superación de estos obstáculos estructurales y de recursos que actualmente limitan la implementación de la atención intercultural en los sistemas de salud.



La interculturalidad requiere ser atendida no solo como tema académico, sino como principio ético y práctico, para guiar las relaciones entre profesionales y pacientes. La creación de un sistema de salud que respete y valore las diversidades culturales, la manera de entender y vivir la salud es posible si se consideran medidas concretas y sólidas, con mayor sensibilización y una práctica profesional que favorezca este respeto mutuo y equidad.

En conclusión, el incorporar a la interculturalidad en la formación y práctica de la enfermería representa un paso fundamental hacia la atención más humana, personalizada y adaptada a las necesidades de las comunidades que, durante la historia, han sido marginadas del acceso a los servicios de salud. Es responsabilidad de las instituciones educativas, los profesionales y las políticas públicas trabajar de manera conjunta para garantizar que todos los pacientes, independientemente de su origen cultural, reciban un cuidado digno y respetuoso.

REFERENCIAS

1. Nueva Escuela Mexicana. La importancia de la interculturalidad crítica en la escuela mexicana [Internet]. 2024 [citado 20 abril 2025]. <https://nuevaescuelamexicana.org/interculturalidad/>
2. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Población indígena en México. Características sociodemográficas 2020 [Internet]. 2024 [citado 20 abril 2025]. <https://bit.ly/401mXaM>
3. Diario Oficial de la Federación. Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 [Internet]. 2020 [citado 20 abril 2025]. <https://bit.ly/43XXnEZ>
4. Secretaría de Salud. Marco Legal y Normativo para la Interculturalidad en Salud. [Internet]. 2024 [citado 20 abril 2025]. <https://bit.ly/4l2Ghwq>
5. Secretaría de Salud. Modelo de Salud Intercultural [Internet]. 2024 [citado 18 abril 2025] <https://bit.ly/4kHqpQr>
6. Eroza-Solana E, Carrasco-Gómez M. La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR* [Internet]. 2020 [citado 19 abril 2025];18(1):112-128. <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>
7. Álvarez San Martín R, Catalán Obando SS, Morales Aldea MS, Wolfgang Schifferli Montre HR. Competencias culturales en la gestión del cuidado en pacientes culturalmente diversos: Revisión de alcance. *RUE* [Internet]. 2025 [citado 19 abril 2025];20(1). <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/436>
8. Elío-Calvo D. Los modelos biomédico y biopsicosocial en medicina. *Rev Méd La Paz* [Internet]. 2023 [citado 18 abril 2025];29(2):112-117. <https://bit.ly/4l4iXi3>
9. Sequeda-Villarraga FL, Ureña-Parra MN, Velandia-Galvis ML, Zambrano-Plata GE. Competencia cultural en estudiantes de enfermería de una Universidad Pública de Colombia. *Rev Cuid* [Internet]. 2023 [citado 18 abril 2025];14(2):e13. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2779>
10. Seca JN. Integración de Políticas Públicas de Salud Interculturales en México para Garantizar el Derecho a la Salud de las Comunidades Indígenas. *Ciencia Latina Rev Científica*



- Multidisciplinar [Internet]. 2024[citado 18 abril 2025];8(5):13908-13928. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14833
11. Farías-Cancino A, González-Agöero M, Urrutia-Egaña M, Cruces-Ramírez M, Navea-Barrera J, Reyes-Vásquez J. Desarrollo de una estrategia para fortalecer la competencia intercultural en el currículum de pregrado de Enfermería. Rev Méd Chile [Internet]. 2021 [citado 18 abril 2025];149(10):1495-1501. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021001001495>
 12. Torres-Fernandez SL, Vega Ramírez AS, Mogollón Torres FDM, Díaz Manchay RJ, Tejada Muñoz S. Interculturalidad: un reto en la formación de enfermeros. Cul. Cuid. [Internet]. 2024 [citado 18 abril 2025];28(69):257-69. <https://culturacuidados.ua.es/article/view/26131>
 13. Mancinelli G. La importancia de la participación y la colaboración intercultural en la formación de enfermeras/os en las comunidades wichí del Chaco salteño. Trab Educ Saude [Internet]. 2023 [citado 18 abril 2025];21:e1649. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1649>
 14. Biblioteca Virtual en Salud de Medicina Tradicional y Complementaria (BVS MTCI). Políticas interculturales en salud: estrategias y planes de acción [Internet]. 2025 [citado 2025 Abr 20]. <https://bit.ly/4mZ4O7x>
 15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. 2020 [citado 19 abril 2025]. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
 16. Guzmán-Rosas SC, Kleiche-Dray M. La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del estado mexicano. Gestión y Política Pública [Internet]. 2021 [citado 2025 Abr 20];30(2):336. <https://doi.org/10.29265/gypp.v26i2.336>
 17. Menéndez EL. De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930-2022). SciELO Public Health [Internet]. 2022 [citado 19 abril 2025];18:e4051. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4051>
 18. Guzmán-Rosas SC, Kleiche-Dray M. La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del estado mexicano. Gestión y Política Pública [Internet]. 2021 [citado 19 abril 2025];30(2):336. <https://doi.org/10.29265/gypp.v26i2.336>
 19. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recomendaciones para la prestación de servicios de salud sin discriminación: el caso de las poblaciones indígenas y afrodescendientes en México [Internet]. 2020 [citado 20 abril 2025]. <https://bit.ly/4dXAsOx>
 20. Arana-Bustamante E. Principales barreras de acceso a la salud para las poblaciones indígenas de México. Revista ESPM[Internet]. 2024 [citado 19 abril 2025];2(7). <https://bit.ly/4kDA2zo>
 21. Mancinelli G. La importancia de la participación y la colaboración intercultural en la formación de enfermeras/os en las comunidades wichí del Chaco salteño. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2023 [citado 19 abril 2025];3: e01649211. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1649>
 22. Pérez Alejo JC, Ortiz Montalvo VH. Interculturalidad en salud, estrategia fundamental para el fortalecimiento de los servicios de salud. Milenaria, Ciencia Y Arte [Internet]. 2021 [citado 19 abril 2025];17:12-14. <https://doi.org/10.35830/mcya.vi17.167>



NARRATIVA

Superando el prejuicio: análisis de una narrativa desde la Ciencia del Cuidado Humano

Overcoming prejudice: analyzing a narrative from the Human Caring Science

Superando o preconceito: analisando uma narrativa da Ciência do Cuidado Humano

Lourdes Alejandra Vergara-Hernández^I

Clara Teresita Morales-Álvarez^{II}

María Eugenia Barreto-Arias^{III}

Carlos Francisco Meza-García^{IV}

RESUMEN

Introducción: El cuidado transpersonal se manifiesta cuando la enfermera se conecta con el espíritu del otro mediante atención plena, presencia auténtica e intencionalidad, reconociendo su vida interior y significado personal. **Desarrollo:** Se presenta la narrativa de una enfermera en la atención de un adolescente con cáncer hepático terminal, analizada desde los conceptos metaparadigmáticos, los patrones de conocimiento de Carper y los procesos caritas de la Ciencia del Cuidado Humano. La enfermera, superando prejuicios iniciales, establece un vínculo significativo que transforma la relación de cuidado en una experiencia recíproca de crecimiento. Se identifican seis procesos caritas (1, 2, 4, 5, 8, 9) y los patrones de conocimiento personal, estético, ético y empírico. **Conclusiones:** La experiencia evidencia el papel transformador del cuidado transpersonal, la importancia de la dignidad e intimidad en la atención y la necesidad de aplicar teorías disciplinares como guía para una práctica genuinamente humanizada.

Palabras clave: Atención de enfermería; Enfermería; Narrativa personal; Relaciones Enfermera-Paciente; Prejuicio.

Para citar este documento



Vergara-Hernández LA, Morales-Álvarez CT, Barreto-Arias ME y Meza-García CF. Superando el prejuicio: análisis de una narrativa desde la Ciencia del Cuidado Humano. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; **5(17)**: 194-202. <https://doi.org/10.57246/dvrdjx72>

Fecha de envío: 21/04/2025 **Fecha de aceptación:** 20/08/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

^I Doctorante en Ciencias de Enfermería, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato (UG). México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-6038-3643> Correo: la.vergara@ugto.mx

^{II} Docente del Doctorado en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato (UG). México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-5943-9048> . Correo: tmorales@ugto.mx

^{III} Profesor de Tiempo Completo, Universidad de Guanajuato (UG). México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-6386-408X> . Correo: mbarreto@ugto.mx

^{IV} Docente del Doctorado en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato (UG). México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-1549-7190> Correo: cf.meza@ugto.mx



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

ABSTRACT

Introduction: Transpersonal care manifests when the nurse connects with the spirit of the other through mindfulness, authentic presence, and intentionality, recognizing their inner life and personal meaning.

Development: The narrative of a nurse in the care of an adolescent with terminal liver cancer is presented, analyzed from the perspective of metaparadigmatic concepts, Carper's patterns of knowledge, and the caritas processes of the Science of Human Caring. The nurse, overcoming initial prejudices, establishes a meaningful bond that transforms the care relationship into a reciprocal experience of growth. Six caritas processes (1, 2, 4, 5, 8, 9) and patterns of personal, aesthetic, ethical, and empirical knowledge are identified. **Conclusions:** The experience demonstrates the transformative role of transpersonal care, the importance of dignity and intimacy in care, and the need to apply disciplinary theories as a guide for a genuinely humanized practice.

Keywords: Nursing; Personal Narrative; Nursing Care; Nurse-Patient Relationships; Prejudice.

RESUMO

Introdução: O cuidado transpessoal se manifesta quando o enfermeiro se conecta com o espírito do outro por meio da atenção plena, da presença autêntica e da intencionalidade, reconhecendo sua vida interior e seu significado pessoal. **Desenvolvimento:** Apresenta-se a narrativa de um enfermeiro no cuidado de um adolescente com câncer hepático terminal, analisada sob a perspectiva de conceitos metaparadigmáticos, dos padrões de conhecimento de Carper e dos processos caritas da Ciência do Cuidado Humano. O enfermeiro, superando preconceitos iniciais, estabelece um vínculo significativo que transforma a relação de cuidado em uma experiência recíproca de crescimento. Identificam-se seis processos caritas (1, 2, 4, 5, 8, 9) e padrões de conhecimento pessoal, estético, ético e empírico. **Conclusões:** A experiência demonstra o papel transformador do cuidado transpessoal, a importância da dignidade e da intimidade no cuidado e a necessidade de aplicar teorias disciplinares como guia para uma prática genuinamente humanizada.

Palavras-chave: Enfermagem; Narrativa pessoal; Cuidados de enfermagem; Relações enfermeiro-paciente; Preconceito.



INTRODUCCIÓN

Como se ha señalado en el pensamiento contemporáneo postmoderno, si la profesión no tiene su propio lenguaje, no existe; por lo tanto, es importante dar nombre, reivindicar, articular y actuar con relación a los fenómenos de la enfermería y del cuidado, si la enfermería ha de cumplir su mandato y razón de ser para la sociedad, debe tomar responsabilidad profesional para dar voz a, defender y actuar en el conocimiento, valores, ética y habilidades de práctica en el cuidado, sanación y salud¹.

Cuando las enfermeras se enfrentan a su práctica, no sólo el paciente recibe beneficios o retos para el cuidado de la salud, la enfermera también los experimenta según sus vivencias y contexto. De esta manera, cuando los dos se unen en una situación de enfermería que produce cambios y crecimiento en ambos, surge una nueva manera de ver la práctica del cuidado humano, no es sólo la ejecución de actividades propias del ejercicio profesional, también está compuesta por actos humanos cargados de valores y creencias que las soportan y dan un nuevo sentido a lo que podría llamarse “ejercicio disciplinar”. Desde la Ciencia del Cuidado Humano esto se conoce como momento de cuidado y este momento avanza y trasciende al tiempo y espacio, convirtiendo la acción de cuidado en una piedra que crea ondas en el estanque cósmico, transformándose en parte de la historia de vida de cada participante²⁻⁴.

Este documento tiene como objetivo analizar una narrativa de situación de enfermería donde se muestra el desarrollo de una relación transpersonal entre una enfermera y su paciente de 14 años durante el cuidado domiciliario, desde los elementos disciplinares meta paradigmáticos, los patrones del conocimiento de Carper B. y los conceptos de la Ciencia del Cuidado Humano de la Dra. Jean Watson.

DESARROLLO: NARRATIVA DE SITUACIÓN DE ENFERMERÍA

Esta narrativa comienza un viernes por la noche, en diciembre de 2013. Al finalizar mi jornada laboral en un hospital público de segundo nivel de atención, mi jefa inmediata del turno vespertino me llamó para pedirme un favor muy peculiar: acudir durante el fin de semana (sábado y domingo, de 8 a.m. a 8 p.m.) a cuidar a un adolescente con cáncer hepático en etapa terminal, en su domicilio. Aunque la propuesta no me resultaba especialmente atractiva, accedí al ver la insistencia de mi jefa.



Anteriormente había escuchado hablar de este joven, a quien en esta narrativa llamaré Nicolás. En los pasillos del hospital era conocido despectivamente como *el familiar*, pues era sobrino de un alto funcionario estatal. Su situación generaba controversia, ya que contaba con enfermeras las 24 horas en casa, por lo general estas eran personal del hospital que le atendían sin un pago adicional, consideraba que era un privilegio injusto. Aunado a esto, tenía fama de ser grosero con el personal de enfermería, en consecuencia, muchas compañeras renunciaban pronto. Tristemente, no había escuchado referencias positivas sobre él.

Esta solicitud me causó un conflicto interno. Por un lado, también me parecía injusto el *uso de influencias*; por otro, pensaba que se trataba de un adolescente de 14 años con un diagnóstico devastador, y eso era injusto sin importar su procedencia. Además, me enfrentaba a una experiencia completamente nueva: era la primera vez que cuidaría a un paciente en esas condiciones. Recientemente habían pasado cinco meses desde que terminé mi servicio social, y me sentía inexperta y temerosa de estar sola a cargo de alguien tan vulnerable.

El sábado, a las 8 de la mañana, llegué puntualmente al hospital. La ambulancia me trasladó al domicilio, donde me recibió la enfermera encargada de su cuidado entre semana. Me proporcionó rápidamente un panorama general de la situación, que resultó ser mucho más grave de lo que imaginé. El paciente tenía un estoma abdominal, así como un absceso de gran tamaño en el tórax que le impedía caminar desde hacía un año, edemas en las extremidades inferiores, además, evacuaciones y micciones melénicas que requerían transfusiones sanguíneas cada tercer día, aproximadamente. Luego de esta explicación, la enfermera me presentó amablemente ante Nicolás y su madre.

La señora fue muy cordial y me expresó su apoyo en todo momento. Estaba muy familiarizada con los procedimientos necesarios para su hijo, lo cual me tranquilizó. El paciente, en cambio, permanecía callado, con una mirada entre enojo y frustración. Su rostro era ovalado, y sus extremidades muy delgadas, con evidente pérdida muscular por su tiempo en cama. Con el paso de las horas, comenzó a hablar conmigo, aunque mostraba resistencia cuando se trataba de contacto físico o procedimientos de enfermería; insistía en que mi colega fuera quien los realizara. Sin embargo, su actitud fue cambiando poco a poco conforme nos fuimos conociendo. Estar todo el tiempo en su habitación me permitió observar detalles de su decoración, identificar sus gustos e intereses, y entablar conversación desde ahí.



Por la tarde ocurrió lo inevitable: las necesidades fisiológicas de miccionar y evacuar. El paciente dependía completamente de mí para ello, ya que no podía levantarse. Aceptó mi ayuda con mucho esfuerzo; en su rostro se reflejaban incomodidad y frustración, totalmente comprensibles por tratarse de un adolescente y el nivel de intimidad involucrado. Por mi parte, sentía temor de lastimarlo o hacerlo sentir mal.

Me lavé las manos, me coloqué los guantes y tomé el orinal. Le pedí que me avisara cuando terminara, y que me hiciera saber si algo le molestaba o si era brusca. Mientras tanto, yo volteaba hacia otro lado para preservar su privacidad. Luego le coloqué el cómodo y esperé su indicación para asearlo. Durante el procedimiento, no dudó en hacer observaciones —algunas en tono bromista— sobre lo que hacía bien o mal, lo cual agradecí profundamente. Le respondía con una sonrisa nerviosa, pero agradecida por su apertura.

Al terminar, retiré con mucho cuidado el cómodo y el orinal, procurando que no los viera. Su madre me había indicado que no debía saber que sus excreciones eran melénicas, pues eso podía alterarlo. Aunque entendía la razón, no dejaba de cuestionarme si él no tenía derecho a conocer la verdad sobre su estado.

Después de ese momento, nuestra relación cambió significativamente. Al día siguiente, parecía que llevaba meses cuidándolo. Logramos una conexión que su madre notó de inmediato, al punto que me pidió continuar con los cuidados durante los fines de semana, sabiendo lo difícil que sería para él adaptarse a otra persona acepté.

Esa relación ha sido una de las más significativas en mi vida, tanto a nivel profesional como personal. Fueron ocho fines de semana llenos de aprendizaje y experiencias recíprocas, que me enseñaron a romper estigmas, alimentar el alma y confirmar que la esperanza es lo último que muere. Estoy convencida de que el tiempo que pasé con él fue el justo y necesario. También comprendí por qué muchas veces las enfermeras tememos involucrarnos a nivel transpersonal: porque cuando llega el momento de la separación, el duelo es inevitable.

Así ocurrió con Nicolás. Aunque sabía que su partida era inminente, lloré profundamente. El vínculo que habíamos creado era muy fuerte. A pesar de que han pasado 11 años desde su fallecimiento, aún hoy, al recordarlo o hablar de él, mis ojos se cristalizan y mi voz se quiebra.

DISCUSIÓN: ANÁLISIS DE LA NARRATIVA



La narrativa se analizará desde los componentes del sistema Conceptual Teórico Empírico del conocimiento de enfermería propuesto por Fawcett⁵, iniciando con los conceptos del metaparadigma, después se establecerá la visión de enfermería y se identificarán los componentes de la Ciencia del Cuidado Humano de la Dra. Jean Watson, para terminar con los patrones de conocimiento de Carper.

Conceptos del metaparadigma

Al analizar la narrativa de situación de enfermería se evidencia la presencia de los conceptos del metaparadigma desde la Ciencia del Cuidado Humano. Este análisis se agrupó según los cuatro conceptos en la siguiente tabla.

Tabla 1. Análisis de la narrativa

Concepto del metaparadigma	Aplicación en la narrativa
Persona	Para la Dra. Watson se reconoce como la unidad de mente, cuerpo, espíritu ⁶ , por tanto, es un ser que no puede dividirse. Nicolás es más que su cuerpo enfermo: es un adolescente con una mente brillante, que expresa emociones y defiende sus ideas y privacidad. Es un ser íntegro, no reducible a su condición física.
Salud	La salud es la armonía entre mente, cuerpo y espíritu. En Nicolás, esa armonía estaba alterada: no conocía la gravedad de su estado, y manifestaba enojo y frustración al depender de otros para sus necesidades básicas, lo que refleja un desequilibrio emocional y espiritual.
Entorno	El entorno abarcaba su habitación, decorada con sus gustos, y también incluía a las personas que lo cuidaban: su madre, la enfermera que lo atendía los días entre semana y yo. Nuestra presencia buscaba sanar no solo su cuerpo, sino también su corazón, cuidando el entorno físico y energético para ofrecerle calma y confort.
Enfermería	Consiste en conocimiento, pensamientos, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión. Esto se evidenció cuando decidí dejar atrás mis prejuicios hacia Nicolás y me entregué con autenticidad al cuidado. Esta actitud reflejó mi compromiso tanto con la profesión como con él como persona ⁶ .

Nota: Análisis de la narrativa desde el metaparadigma desde la Ciencia del Cuidado Humano

Visión de enfermería

La visión de enfermería que identificó en esta situación fue la visión simultánea o unitaria-transformativa, donde las personas son seres unitarios, campos holísticos, autoorganizados e irreducibles que responden simultáneamente a estímulos, por tanto, el cuidado se conceptualiza como un rasgo humano que motiva a acciones integradas en un todo, en donde el profesional de enfermería desarrolla empatía con la persona que cuida, se genera retroalimentación durante



el cuidado dando como resultado un cuidado individualizado y permitiendo la participación activa y continua del paciente⁷.

Ciencia del Cuidado Humano

La Ciencia del Cuidado Humano de la Dra. Jean Watson, se enfoca en la relación transpersonal enfermera-persona y que se vive a través de los diez procesos caritas², a continuación, en la Tabla 2 se ejemplifican los procesos Caritas evidenciados en la narrativa.

Tabla 2. Análisis de la narrativa desde el proceso Caritas

Proceso Caritas	Aplicación en la narrativa
<p>Proceso Caritas 1.</p> <p>Mantener valores humanistas-altruistas a través de la práctica del amor-bondad, compasión y ecuanimidad con uno mismo y los demás.</p>	<p>Este proceso se evidencia cuando a pesar de tener solo malas referencias de Nicolás decido desde la compasión ser ecuánime y pensar solo en la necesidad de cuidado que se presentaba, además de que siempre lo traté con amor y bondad, trabajando para conocerlo realmente como persona.</p>
<p>Proceso Caritas 2.</p> <p>Estar auténticamente presente; honrando el mundo subjetivo interior de uno mismo y los demás.</p>	<p>Cuando acepté cuidar a Nicolás decidí dejar de lado los prejuicios y permitirme conocer a la persona que cuidaría para brindar el mejor cuidado posible, desde el principio entendí que Nicolás pensaba muy distinto a mí, no solo por la diferencia de edad sino por el círculo social al que él pertenecía, sin embargo, siempre respeté sus ideas y forma de pensar, honrando su mundo subjetivo.</p>
<p>Proceso Caritas 4.</p> <p>Desarrollar y mantener relaciones de amor, confianza y cuidado.</p>	<p>Desde el inicio se trabajó para poder generar la relación de ayuda-confianza, pues se proponían temas de conversación partiendo de lo que se veía que eran los gustos de Nicolás en la habitación, también cuando se realizaban todos los procedimientos con mucho respeto eso fomentaba poco a poco la confianza entre nosotros.</p>
<p>Proceso Caritas 5.</p> <p>Permitir la expresión de sentimientos positivos y negativos, escuchando auténticamente la historia de la otra persona.</p>	<p>En todo momento se tuvo la disposición de escuchar genuinamente a Nicolás, por ejemplo, cuando después de que se le brindara ayuda para miccionar, realizó observaciones sobre lo que se estaba haciendo bien y sobre lo que no lo hacía sentir cómodo.</p>
<p>Proceso Caritas 8.</p> <p>Crear entornos de sanación a todo nivel, un ambiente sutil para una presencia auténtica de energía y cuidado.</p>	<p>Se cuidó que en todo momento que el entorno fuera cómodo para Nicolás, no solo desde la parte física del confort, sino el cuidar “la energía que yo brindaba a ese espacio, preocupándome porque mis acciones abordararán la parte mental y emocional, fomentando la sanación”.</p>
<p>Proceso Caritas 9.</p> <p>Asistir con respeto las necesidades básicas como actos sagrados, manteniendo la dignidad humana.</p>	<p>La parte más crucial de la narrativa ocurre justamente gracias a este proceso, pues al momento de asistirlo con la micción y evacuación que realmente se da la apertura para la relación transpersonal que se buscaba, en donde imperó el respeto y se cuidó a detalle la dignidad e intimidad de Nicolás.</p>



Patrones de conocimiento

Los patrones de conocimiento de Carper, desde sus inicios, fueron integrados a la enseñanza y la práctica de enfermería por considerarse elementos esenciales para evidenciar el conocimiento de la disciplina, Además, aumentan la complejidad y la diversidad epistemológica de la enfermería⁸⁻¹⁰. Para mostrar una mejor descripción según cada patrón del conocimiento, se puede analizar cada elemento de la narrativa en la siguiente tabla.

Tabla 3. Análisis de la narrativa desde los patrones del conocimiento

Patrón del conocimiento	Aplicación en la narrativa
Personal	Este conocimiento se refleja gracias al aprendizaje obtenido como profesional y como persona, recordé que no es bueno tener preconcepciones, logré ser más tolerante en todo el proceso, cuidar en realidad del otro y tener una buena comunicación.
Estético	El hecho de observar e identificar la actitud que tenía Nicolás ante el momento de cuidado me permitió analizar cuál era la mejor manera para abordar la situación, al igual que poner atención en las cosas de su cuarto para entablar conversaciones que abonaran a la generación de la relación de ayuda-confianza, tomándolo en cuenta como un ser holístico, logrando que mi decisión fuera asertiva.
Ético	Este patrón estuvo implícito en todo el transcurso de la narrativa, pues siempre traté de respetar la dignidad de Nicolás, siempre procuré que estuviera lo más cómodo posible, y que sintiera que en realidad hacía todo lo posible por ayudarlo, a pesar de que por la situación esto era difícil de lograr, pues tomemos en cuenta que implica la manipulación de genitales, a pesar de todo, creo que se logró de manera grandiosa, pues como consecuencia, logramos entablar el lazo de confianza entre los dos.
Empírico	En cuanto a este patrón, puedo decir que profesionalmente contaba con el conocimiento teórico y práctico, sobre cómo ayudar a una persona a satisfacer sus necesidades fisiológicas, en este caso la micción y evacuación, pero aun así tomando en cuenta a Nicolás como un individuo único, pude hacer las adecuaciones necesarias para cubrir la necesidad. También se consideran el resto de las actividades que debía realizar en otros momentos como la curación del estoma, las transfusiones sanguíneas, aplicación de medicamentos, etc.

CONCLUSIÓN

La redacción y análisis de esta narrativa de situación de enfermería evidencian el quehacer cotidiano de los profesionales en los distintos escenarios de cuidado. En este caso, el cuidado domiciliario permite reconocer cómo el momento de cuidado transpersonal puede emerger incluso durante procedimientos que, en apariencia, resultan rutinarios y simples, como el apoyo a la persona en sus necesidades de micción y evacuación. No obstante, dichas situaciones constituyen una oportunidad para manifestar un interés genuino por salvaguardar la intimidad y la dignidad del otro. Asimismo, se reflexiona sobre el deber ser del profesional de enfermería, considerando dimensiones éticas y humanas como el reconocimiento de los propios prejuicios, el ejercicio de ciertas formas de poder y las dificultades que surgen al brindar cuidado cuando



se percibe la transgresión de principios éticos fundamentales. No obstante, esta reflexión implica también el compromiso de trascender los prejuicios y construir un camino orientado hacia la trascendencia.

Finalmente es también una muestra de cómo es posible aplicar o encontrar en la práctica profesional los conocimientos filosóficos, epistemológicos y teóricos de la disciplina, facilitando para los profesionales de enfermería a nivel pregrado el comprender lo valioso que es guiar la práctica desde el conocimiento científico disciplinar, sobre todo con teorías conocidas por su alto nivel de abstracción como lo es la Ciencia del Cuidado Humano.

REFERENCIAS

1. Watson J. *Enfermería: la filosofía y ciencia del cuidado*. Edición revisada. México: Universidad Autónoma de Chihuahua; 2019. ISBN: 978-607-536041-6. <https://tinyurl.com/3cstrhz2>
2. Sitzman K, Watson J. *Ciencia del cuidado, práctica de la conciencia plena: implementando la Teoría del Cuidado Humano de Watson* [Internet]. Lima (PE): Universidad María Auxiliadora S.A.C.; 2019. ISBN: 978-612-46441-2-2. <https://tinyurl.com/2p9je3kz>
3. Gómez-Ramírez OJ, Gutiérrez-de Reales E. *Situación de enfermería: la narrativa como medio para comunicarla: fuente y contexto del conocimiento de enfermería*. 2ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2020. ISBN: 978-958-794-183-8. <https://tinyurl.com/26rm4zb5>
4. Duque PA, Flórez-Pulido LM, Mejía-Ramírez LF. Revisión de literatura integradora del conocimiento disciplinar de la enfermería y el currículo. *Univ Salud*. 2023;26(1):C1–10. <https://doi.org/10.22267/rus.242601.306>
5. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2012. ISBN: 0-8036-1194-3.
6. Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. ISBN: 978-0-323-40224-8.
7. Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc Enferm*. 2011;17(1):37–43. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000100005>
8. Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enferm Cuid Humaniz*. 2018;7(1):27–42. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
9. Peñaloza M. Los patrones del conocimiento en enfermería: estrategias pedagógicas para el cuidado. *Bol Redipe*. 2023;12(3):104–113. <https://doi.org/10.36260/rbr.v12i3.1945>
10. Colmenares Robles ZC, Moya Plata D, Herrera I del V. Desde la enfermería basada en evidencia: patrones de conocimiento: mirando su narrativa: fenómeno del cuidado. *Cult Cuid*. 2020;(58):196–206. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.17>



Entre sombras y recuerdos: un vínculo de cuidado y compasión frente al Alzheimer

Between shadows and memories: a bond of care and compassion in the face of Alzheimer's disease

*Entre sombras e lembranças: um vínculo de cuidado e compaixão diante da doença de
Alzheimer*

Lucely Maas Góngora ^I
Susana Guadalupe Alegría Martínez ^{II}
Lubia del Carmen Castillo Arcos ^{III}

RESUMEN

Introducción: En el campo de la enfermería, la investigación narrativa ha sido utilizada como una herramienta que ayuda a desarrollar las habilidades, destrezas y competencias necesarias para el ejercicio efectivo de las funciones en el cuidado del paciente. **Objetivo:** Comprender la vivencia de una estudiante de enfermería, en el cuidado un adulto mayor con Alzheimer. **Desarrollo:** Se describe los momentos de cuidado que fueron significativos para una estudiante de enfermería, se optó por realizar un análisis de la situación de enfermería mediante los conceptos del Modelo de Relación de Persona a Persona de Joyce Travelbee y de los Patrones de Conocimientos de Enfermería propuestos por Carper. **Conclusión:** El análisis de la narrativa reafirma la importancia del uso de la evidencia empírica en la práctica diaria y la relevancia del sustento teórico y filosófico de acto de cuidado.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer; Narrativa personal; Teorías de enfermería.

Para citar este documento



Maas-Góngora L, Alegría-Martínez SG y Castillo-Arcos LC. Entre sombras y recuerdos: un vínculo de cuidado y compasión frente al Alzheimer. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; **5(17)**:203-214. <https://doi.org/10.57246/68903j37>

Fecha de envío: 21/04/2025 **Fecha de aceptación:** 20/08/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

^I Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen Campeche, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-8081-9830>. Correo: lmaas@pampano.unacar.mx

^{II} Estudiante de Licenciatura en Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen Campeche, México. Correo: 210040@mail.unacar.mx

^{III} Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen Campeche, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0002-4368-4735>. Correo: lcastillo@pampano.unacar.mx



ABSTRACT

Introduction: In the field of nursing, narrative research has been used as a tool that helps to develop the skills, abilities and competencies necessary for the effective exercise of the functions in patient care. The objective of this narrative was to understand the experience of a nursing student, in the care of an older adult with Alzheimer's disease. **Development:** The narrative describes the moments of care that were significant for a nursing student. An analysis of the nursing situation was made using the concepts of Joyce Travelbee's Person-to-Person Relationship Model and the Nursing Knowledge Patterns proposed by Carper. **Conclusion:** The analysis of the narrative reaffirms the importance of the use of empirical evidence in daily practice and the relevance of the theoretical and philosophical underpinning of the act of caring.

Keywords: Personal Narrative. Alzheimer Disease. Nursing Theory

RESUMO

Introdução: o campo da enfermagem, a pesquisa narrativa tem sido utilizada como uma ferramenta que auxilia no desenvolvimento das competências, habilidades e habilidades necessárias para o exercício efetivo das funções no cuidado ao paciente, o objetivo desta narrativa foi compreender a experiência de uma estudante de enfermagem, no cuidado a um idoso com doença de Alzheimer. **Desenvolvimento:** A narrativa descreve os momentos de cuidado que foram significativos para uma estudante de enfermagem. Foi realizada uma análise da situação de enfermagem usando os conceitos do Modelo de Relacionamento Pessoa a Pessoa de Joyce Travelbee e os Padrões de Conhecimento de Enfermagem propostos por Carper. **Conclusão:** A análise da narrativa reafirma a importância do uso de evidências empíricas na prática diária e a relevância da fundamentação teórica e filosófica do ato de cuidar.

Palavras-chave: Narrativa Pessoal. Doença de Alzheimer. Teoria de Enfermagem



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, considera que para el 2030, una de cada seis personas tendrá 60 años, aunque el envejecimiento poblacional inició en países de ingresos altos, se intensifica ahora en países de ingresos medios y bajos¹. En este sentido, se considera que con esta etapa ocurre un descenso de las capacidades física, mentales al igual que aumenta el riesgo de enfermedades². Uno de los padecimientos más comunes es la demencia, la cual se considera la séptima causa de defunción y una de las principales causas de discapacidad, este término engloba varias enfermedades que afectan la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas, la forma más común de demencia es el Alzheimer, que representa el 70% de los casos³.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por olvidos de eventos recientes, problemas de lenguaje, desorientación, cambios de humor y pérdida de habilidades como manejar o vestirse; en etapas avanzadas, puede haber dificultades para tragar, caminar, hablar e incontinencia; por lo que la atención efectiva requiere del apoyo activo de familiares, cuidadores y equipo de salud²⁻³. La atención integral de las personas que viven con esta enfermedad demanda un enfoque multidisciplinar que convine diversos profesionales de la salud para abordar de manera holística sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

En este contexto el rol del profesional de enfermería es fundamental, ya que su intervención se centra en la mejorar la calidad de las personas y sus cuidadores. Esto se logra a través de estrategias personalizadas que promuevan la autonomía, fortalezcan las capacidades de autocuidado y faciliten la adaptación a los cambios acontecidos por la enfermedad. Estas intervenciones incluyen educación para la salud, apoyo emocional, coordinación de cuidados y la orientación a los cuidadores³.

Lo anterior puede estar sustentado en modelos o teorías de enfermería, ya que son trabajos teóricos que han servido de base para la práctica, describiendo y relacionando fenómenos, prediciendo riesgos y guiando acciones⁴⁻⁵. Para esta propuesta se toma como referente de análisis algunos conceptos del Modelo de Relación de Persona a Persona de Joyce Travelbee, dado que es una teoría centrada en la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, destacando la importancia de la interacción humana para promover el bienestar de la persona⁶.



La presente narrativa de enfermería se desarrolló como un instrumento de reflexión, en el campo de la enfermería. Esta herramienta facilita la creación de consensos sobre fenómenos relacionados con el cuidado, el cual se considera el objeto de estudio de la disciplina; las narrativas crean aportaciones al identificar eventos de interés para la investigación que posibilite la mejora de los procesos en los espacios donde se producen⁷. La narrativa en la disciplina facilita la producción de conocimiento de manera cuidadosa, reconociendo que las prácticas de la salud y enfermedad son procesos dinámicos influenciados por la interacción continua con sus contextos personales y sociales⁸. Para esta propuesta narrativa de un evento de cuidado de una alumna, apoya el desarrollo de habilidades, destrezas y competencias necesarias para el perfeccionamiento de las funciones en el cuidado de una paciente, se analiza a la luz de una teoría de enfermería que aporta sustento teórico.

DESARROLLO

En esta narrativa compartiré una experiencia vivida durante mi interacción con una paciente a quien llamaré “Laura”. Este encuentro despertó en mí profundos sentimientos, emociones y aprendizajes que reafirmaron mi vocación por la enfermería.

Laura, una mujer de 84 años, vive en una residencia elegante y espaciosa, con el tiempo, descubrí es la casa familiar donde crecieron sus hijos, Este hogar guarda innumerables recuerdos de momentos entrañables y felices que la familia compartió en ese espacio, aunque esos tiempos parecen lejanos cuando se evocan. Ahora, la casa se siente solitaria y silenciosa. Doña Laura fue diagnosticada con Alzheimer desde hace cuatro años, una enfermedad que ha transformado su vida. Antes, según me cuentan sus familiares, disfrutaba apasionadamente de actividades como la jardinería, la cocina, la lectura, pero principalmente la música. Sin embargo, desde el diagnóstico, todo ha cambiado, y su familia ha tenido que adaptarse a su nueva realidad.

Soy una estudiante de enfermería de 21 años, actualmente cursando el sexto semestre de la licenciatura. Durante los últimos seis meses, he trabajado cuidando a doña Laura, una adulta mayor, es un empleo de cuidado particular a domicilio que asumí en mi tiempo libre. Antes de eso, dedicaba exclusivamente a mis estudios. Decidí aceptar esta oportunidad laboral porque tengo experiencia previa en rotaciones de prácticas en hospitales y en el cuidado de adultos mayores. Este trabajo no solo me permite generar más experiencia, sino también, me entusiasma aprender y poner en práctica lo aprendido en la universidad.



Generalmente, inicio cada visita con una charla amena y ligera. Evalúo sus necesidades físicas, llevo un registro de sus signos vitales y observo cualquier cambio en su estado de salud. Le hago preguntas sencillas, principalmente sobre su jardín, ya que es un tema que le gusta. Durante las mañanas, mientras preparo su medicación y la acompaño en su desayuno, suelo observar su comportamiento y sus reacciones. He notado que, en algunas ocasiones, presenta signos de desorientación, mientras que en otras manifiesta momentos de lucidez y reconocimiento del entorno. Esto lo puedo apreciar en su mirada ya que esta cambia de acuerdo con su nivel de percepción y conciencia del ambiente. Procuró ser observadora de esos pequeños y casi imperceptibles cambios. En lo cotidiano, no requería más que compañía, escuchamos música, salimos al patio, otras veces no tiene ánimo y solo quiere dormir. La mayor parte del tiempo estábamos solas, su familia llegaba por la tarde o noche y yo me retiraba.

Un tarde tranquila y rutinaria, estábamos sentadas en la sala, viendo su telenovela. Me levanté para ir al sanitario. Al regresar, la encontré llorando desconsoladamente y temblando, con la respiración acelerada. Sus ojos desorbitados recorrían la habitación como si buscara desesperadamente una salida de un laberinto del que no podía escapar.

Al principio no respondía a mis palabras. Sus manos las agitaba sin control, así que tomé una de ellas con suavidad y comencé a hablarle con calma; “no estás sola”, le repetí varias veces, mientras su respiración poco a poco se estabilizaba. No dejé de hablarle, acariciando suavemente su brazo. “Recuerda que no estás sola”, le decía. “Vamos a dejar que esos pensamientos se desvanezcan”. No sabía qué tormentas cruzaban su mente, pero quería ser su refugio en medio de la tempestad.

Sin soltarla, pero un poco más de calma, me sorprendió que ella misma, como una estrategia para tranquilizarse, comenzara a contar números consecutivamente, algo que ya no podía hacer o lo hacía errores. Nos sentamos y mientras la acariciaba le decía “*aquí estoy para usted, vamos a respirar juntas lentamente ¿de acuerdo?*”. Ella asintió y juntas practicamos la respiración pausada durante un rato. Recordé cuánto le gusta la música, así que, para animarla, puse una de las canciones favoritas. Fue como traerlo de vuelta; aunque su mirada parecía algo perdida seguía escuchando la música. Me disculpé con ella ya que no había comprendido lo angustiante que era para ella estar sola.



Me di cuenta de que el cuidado de doña Laura implicaba más que simplemente atender sus necesidades físicas; también implica acompañarla emocionalmente, un compromiso que he asumido con mayor responsabilidad. He aprendido a ser paciente y a escuchar más allá de las palabras, conectando con sus emociones de una manera más sincera y sensible.

Analizaba la situación y me sentí inconforme con la forma de enfrentar la situación, ya que pienso que pude haber hecho más para ayudarla a sobrellevar ese momento, por ejemplo, asegurarme que el en su entorno fuera seguro o mantener siempre una rutina. Sin embargo, también puedo reconocer comunicarme, validar sus emociones, la técnica de relajación fueron estrategias adecuadas.

A partir de ese día, procuré ser muy observadora y empática, ante los cambios y las necesidades de doña Laura. Me hizo crecer como profesional de la salud al comprender como enfermeros, es tan importante saber sobre las técnicas y procedimientos para el cuidado de la salud, así como tener la sensibilidad para disminuir el dolor y el sufrimiento de las personas que están bajo nuestro cuidado.

Análisis de la Narrativa de Enfermería.

Los profesionales de enfermería que comprenden los significados conceptuales de las de las propuestas teóricas disciplinares, pueden hacer uso de ellos y contribuir a mejorar la calidad de la atención ayudando a estructurar la práctica clínica y a desarrollar el razonamiento y el juicio clínicos, así como a elegir las mejores intervenciones de cuidado⁷. En este sentido se optó por realizar un análisis de la situación de enfermería a través de los conceptos del Modelo de Relación de Persona a Persona de Joyce Travelbee⁶.

La teoría subraya la importancia de la relación interpersonal entre el enfermero y el paciente, viendo esta relación como el corazón de la práctica, enfatiza que la enfermería es más que una ciencia técnica; es una disciplina centrada en el ser humano, cuyo objetivo principal es ayudar a los pacientes a encontrar un propósito y significado en su experiencia de enfermedad⁹. En este modelo, el enfermero percibe al paciente como una persona integral, respetando tanto su dignidad como sus necesidades emocionales y psicológicas^{6,9}.

Considerando las necesidades de las personas y familias que viven el Alzheimer, se evidencia un cuidado con enfoque centrado en la persona con empatía y donde las relaciones



interpersonales, sean particularmente empáticas. Esta enfermedad afecta profundamente las funciones cognitivas y emocionales del paciente, lo que requiere un enfoque que contemple no solo el aspecto físico de la enfermedad, sino también el bienestar emocional y psicológico del paciente. Travelbee sostiene que el cuidado debe ir más allá del diagnóstico para reconocer al paciente como un ser humano completo, con emociones, historia de vida y una identidad que debe ser comprendida y respetada ^{9,10}.

El modelo recalca que el enfermero tiene un papel esencial en la creación de una relación empática con el paciente ^{10, 11}. Esto es aún más relevante cuando se trata de pacientes con Alzheimer, quienes pueden tener dificultades significativas para comunicarse verbalmente, en estos casos, se debe recurrir a medios no verbales como el contacto físico, el tono de voz y el lenguaje corporal para establecer una conexión emocional con el paciente; este enfoque permite que el paciente se sienta comprendido y apoyado, a pesar de las barreras cognitivas presentes¹². El sufrimiento de los pacientes con Alzheimer no es solo físico también es emocional, y este cuidado integral es algo que el modelo teórico enfatiza de manera directa¹².

La confusión, la frustración y el miedo son emociones comunes entre los pacientes con este padecimiento debido a la pérdida de memoria y autonomía³. En este sentido, el enfermero debe ofrecer apoyo emocional y crear un ambiente de confianza y respeto, ayudando a aliviar las angustias emocionales del paciente y promoviendo su dignidad y humanidad, independientemente de las limitaciones de la enfermedad¹¹. El objetivo final del cuidado en pacientes con Alzheimer es mejorar la calidad de vida del paciente al aliviar su angustia y promover su bienestar integral, lo cual no solo implica intervenciones técnicas y físicas, sino también un enfoque emocional y psicológico que ayude a que el paciente conserve su sentido de identidad y dignidad¹². De esta manera, el Modelo se convierte en una herramienta valiosa para los profesionales de la enfermería al promover un cuidado más humano y personalizado^{7,11}.

En la propuesta de Travelbee, se destacan varias fases en la relación enfermero-paciente⁶, la primera fase, conocida como encuentro original, implica el primer contacto entre el enfermero y el paciente, mientras que la fase de identidades emergentes se refiere al proceso en el que ambos reconocen sus roles dentro de la relación^{6,13}. En la fase de empatía, el enfermero busca comprender profundamente las emociones del paciente, mientras que en la fase de simpatía, el enfermero experimenta una respuesta emocional, pero mantiene la profesionalidad¹³.



Finalmente, en la fase de compenetración, ambos, enfermero y paciente, desarrollan una relación profunda y auténtica, colaborando activamente en el proceso de curación^{13,14}.

Se retoma el principio del modelo teórico donde resalta que el cuidado de enfermería se lleva a cabo a través de la relación persona-persona, a través de las fases propuestas, se relaciona el momento de cuidado con la persona con Alzheimer para dar coherencia teórica a la vivencia.

Tabla 1. Fases de la relación persona-persona con la narrativa.

Fase de la relación persona-persona	Descripción de la Fase	Situación de enfermería
Encuentro Original	Es el primer contacto entre el enfermero y el paciente, donde ambos se presentan y comienzan a conocerse. Es una interacción inicial, que puede ser superficial, pero esencial para establecer la relación de cuidado ^{6,13,14} .	Cuando comencé a cuidar a Doña Laura, nuestra primera interacción fue sencilla, conversamos de temas cotidianos, como el clima y las flores de su jardín. En ese instante, comprendí un poco más de su situación y noté cuánto disfrutaba hablar de su hogar. Ese primer encuentro marcó el inicio de nuestra relación de cuidado.
Identidades Emergentes	En esta fase, tanto el enfermero como el paciente comienzan a conocerse más profundamente. Los roles de cada uno se definen, y surgen nuevas percepciones y expectativas sobre la relación ^{6,13,14} .	Con el paso del tiempo, empecé a identificar sus necesidades y preferencias. Durante las mañanas, mientras preparo su medicación y la acompaño en su desayuno, suelo observar su comportamiento y sus reacciones. He notado que, en algunas ocasiones, presenta signos de desorientación, mientras que en otras manifiesta momentos de lucidez y reconocimiento del entorno.
Empatía	En esta fase, el enfermero logra ponerse en el lugar del paciente, entendiendo sus emociones y necesidades. La empatía permite una conexión más profunda y el cuidado centrado en la persona ^{6,13,14} .	Cuando Doña Laura sufrió una crisis, pude comprender su angustia. Aunque desconocía los detalles de la que pasaba por su mente, me centre en calmarla, hablándole con suavidad y acompañando este momento. A través de esa conexión emocional, busqué ser el apoyo que necesitaba en ese momento, buscando aliviar su sufrimiento con empatía.
Simpatía	Aquí, el enfermero siente una profunda conexión emocional con el paciente, lo que va más allá de la empatía. Es una fase en la que se establece una relación más cercana y afectuosa ^{6,13,14} .	A medida que compartíamos más tiempo. Noté cuanto me recordaba a mi abuela. Comencé a sentir una profunda conexión con ella, no solo por mi responsabilidad profesional, sino también por un genuino cariño. Mi afecto por ella creció, y esa afinidad fortaleció nuestra relación. Notaba que mi presencia ya tenía una rutina y que eso le gustaba.



Compenetración	<p>La relación alcanza una profundidad en la que enfermero y paciente tienen una comprensión mutua casi intuitiva. Existe un alto nivel de confianza y respeto, y el cuidado se convierte en un proceso casi natural ^{6,13,14}.</p>	<p>Los meses bajo mi cuidado, me ayudaron a comprender sus necesidades, incluso sin necesidad de decirlas. Como cuando con su mirada que cambia de acuerdo con su nivel de percepción y conciencia del ambiente. Procuro ser observadora de esos pequeños y casi imperceptibles cambios. Eso me permite respetar cuando no tiene días buenos y solo quiere dormir. Hay momentos que me agradece y para mí eso es muy significativo.</p>
-----------------------	--	---

Análisis de los patrones de conocimiento de Enfermería

Los patrones de conocimiento en enfermería fueron propuestos originalmente por Barbara Carper, se constituyen como un marco teórico que organizan las formas de conocer y entender los fenómenos presentes en el acto de cuidado ¹⁵. Estos patrones son esenciales para estructurar el conocimiento disciplinar en enfermería, permitiendo a los profesionales analizar, interpretar y aplicar intervenciones de manera efectiva, autónoma y significativa en el cuidado de las personas y grupos ¹⁵.

Carper, considera cada uno de los patrones de conocimiento, necesario, pero no suficiente para alcanzar los objetivos de la práctica de enfermería, estos son; el patrón empírico, el patrón estético, el patrón ético y el patrón personal^{16,17}. No tiene la intención de ampliar el conocimiento, más bien, llaman la atención sobre la importancia del conocimiento y los tipos de conocimiento que son más útiles para la profesión enfermera¹⁷.

A continuación, se expone un análisis desde los patrones de conocimiento y la narrativa de situación expuesta.

Tabla 2. Análisis de los patrones de conocimiento con la narrativa.

Fase de la relación persona-persona	Definición del patrón de conocimiento	Situación de enfermería
Conocimiento personal	Se considera uno de los más importantes, dado que el cuidado siempre es un proceso interpersonal, por lo que se requiere conocer las propias fortalezas, debilidades, valores, creencias, cultura, que interactúan contantemente en la relación enfermera paciente ^{15,17} .	Decidí aceptar esta oportunidad laboral porque tengo experiencia previa en rotaciones de prácticas en hospitales y en el cuidado de adultos mayores. Me di cuenta de que el cuidado de doña Laura implicaba más que simplemente atender sus necesidades físicas; también implica acompañarla emocionalmente, un compromiso que he asumido con mayor responsabilidad.
Conocimiento empírico:	Se refiere a todo el conocimiento demostrable y comprobable,	Generalmente, inicio cada visita con una charla amena y ligera. Evaluó sus necesidades físicas,



investigación científica es el principal método para la producción de conocimiento empírico debido a que la naturaleza práctica de la disciplina ^{15,17}.

llevo un registro de sus signos vitales y observo cualquier cambio en su estado de salud.

Procuró ser observadora de esos pequeños y casi imperceptibles cambios

Puedo reconocer comunicarme, validar sus emociones, la técnica de relajación fueron estrategias adecuadas.

Patrón ético:

Se refiere a elementos básicos de lo que es éticamente correcto en relación con el cuidado de la salud, las situaciones de ambigüedad e incertidumbre dan lugar a dilemas morales, sobre todo cuando los resultados de nuestros actos son imprevisibles y las normas y principios éticos convencionales resultan ineficaces o incongruentes ^{15,17}.

A partir de ese día, procuré ser muy observadora y empática, ante los cambios y las necesidades de doña Luara. Me hizo crecer como profesional de la salud al comprender como enfermeros, es tan importante saber sobre las técnicas y procedimientos para el cuidado de la salud, así como tener la sensibilidad para disminuir el dolor y el sufrimiento de las personas que están bajo nuestro cuidado.

Patrón estético:

Desarrollar el conocimiento estético implica crear elementos y vislumbrar posibilidades que permitan percibir la realidad a través de representaciones creativas, cambiando potencialmente el comportamiento de pacientes y enfermeras para construir significados transmitidos en sus acciones ^{15,17}.

Le hago preguntas sencillas, principalmente sobre su jardín, ya que es un tema que le gusta. Durante las mañanas, mientras preparo su medicación y la acompaño en su desayuno, suelo observar su comportamiento y sus reacciones. He notado que, en algunas ocasiones, presenta signos de desorientación, mientras que en otras manifiesta momentos de lucidez y reconocimiento del entorno. Esto lo puedo apreciar en su mirada ya que esta cambia de acuerdo con su nivel de percepción y conciencia del ambiente.

CONCLUSIONES

Se revela que la narrativa de enfermería no solo actúa como un puente entre la práctica y la teoría, la teoría de las relaciones interpersonales y los patrones de conocimiento, se manifiestan en experiencias reales de los profesionales de enfermería, destacando su relevancia para fomentar una atención centrada en las necesidades de paciente.

Los hallazgos permiten evidenciar que las narrativas no son solo relatos, sino que pueden ser herramientas reflexivas que potencien el desarrollo profesional, de gran valor para los estudiantes de enfermería para la generación de nuevas habilidades.

En esta experiencia de una estudiante de enfermería en la atención de una persona con Alzheimer, se reconoce la importancia de ver al paciente como un ser integral, más allá de su diagnóstico. Este padecimiento no solo afecta la memoria y las capacidades cognitivas de la



paciente, sino que también altera su sentido de identidad, generando sufrimiento emocional y existencial. Al aplicar los conceptos del Modelo de Travelbee, para su análisis, concuerda con la propuesta donde establece que la verdadera esencia del cuidado radica en establecer una relación interpersonal significativa, donde la empatía, el respeto y la comunicación efectiva son esenciales para aliviar tanto el sufrimiento físico como el emocional de la paciente.

Se afirma la importancia del uso de la evidencia empírica en la práctica diaria como enfermera. El cuidado no se trata solo de aplicar técnicas y procedimientos, sino de construir una relación genuina con el paciente, esta conexión emocional se convierte en un medio esencial para aliviar su dolor, promoviendo un bienestar integral que va más allá de lo físico. Para los futuros enfermeros, el propósito es reconocer el conocimiento disciplinar existente para ofrecer una atención más humana y personalizada, reconociendo siempre al paciente como un ser completo, digno de ser cuidado y comprendido.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. 2024 [citado 16 de abril de 2025]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Demencia. [Internet]. 2023 [citado 16 de abril de 2025]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Organización Panamericana de la Salud. Es hora de actuar por la demencia. [Internet]. 2023 [citado 16 de abril de 2025]. <https://www.paho.org/es/campanas/hora-de-actuar-por-la-demencia>
4. Wijaya YA, Yudhawati NLPS, Andriana KRF, Ilmy SK. Classification Of Nursing Theory Developed By Nursing Experts: A Literature Review. OSF Preprints. [Internet]. 2022 [citado 16 de abril de 2025]. osf.io/e6w5p_v1
5. Valencia-Contrera M. Modelos y teorías de enfermería y su aplicación en la práctica e investigación. Horizonte de enfermería. 2022;33(3):335-341.
6. Alligood M. Nursing theorists and their work. 9th ed. St. Louis, MO: Elsevier Inc; 2018.
7. Peña-Pita AP, Salamanca-Ramos E, Cifuentes-Tinjaca CD. Uso de la investigación narrativa en la investigación en enfermería familiar. Boletín Semillero de Investigación en Familia. [Internet]. 2021 [citado 16 de abril de 2025];3(1). <https://doi.org/10.22579/27448592.804>
8. Wang CC, Geale SK. The power of story: Narrative inquiry as a methodology in nursing research. International journal of nursing sciences. [Internet]. 2015 [citado 16 de abril de 2025] Jun 1;2(2):195-198. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.014>
9. Rebolledo SAV, Gaviria JKG, Enríquez CVR, Maya MCD, Solarte KG. Importancia de las teorías en Enfermería. Boletín Informativo CEI. 2021 [citado 16 de abril de 2025];8(3):170-171. <https://tinyurl.com/2s4a34mm>
10. Torres N. Aplicación del Modelo de Joyce Travelbee en la relación persona a persona con adultos mayores. Salud. Ciencia y Tecnología. 2023 [citado 16 de abril de 2025];2(1). doi: 10.56294/saludcyt202277
11. Rivera MS. Teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería. Horizonte de Enfermería. 2003 [citado 16 de abril de 2025];14(1):95-111. <https://tinyurl.com/2sf2fuvh>



12. Parola V, Coelho A, Fernandes O, Apóstolo J. Travelbee's Theory: Human-to-Human Relationship Model-its suitability for palliative nursing care. *Revista de Enfermagem Referência*. 2020[citado 16 de abril de 2025]. (2):1-7. Doi: [10.12707/RV20010](https://doi.org/10.12707/RV20010)
13. Lascano-De la Torre NA. Aplicación del Modelo de Joyce Travelbee en la relación persona a persona con adultos mayores. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2023;2(1).
14. Eraus NA, De la Morena-Pérez N, Rodríguez A. Utilidad práctica del modelo de Travelbee en enfermería de salud mental. *CODEM, Ilustre Colegio Oficial de Enfermería Madrid*. 2020;1(2). [Internet]. 2023 [citado 16 de abril de 2025]. <https://acortar.link/EdjIh8>
15. Peñaloza MG. Los Patrones del Conocimiento en Enfermería: Estrategias Pedagógicas para el cuidado. *Revista Boletín Redipe*. 2023[citado 16 de abril de 2025]. 1;12(3):104-13. <https://doi.org/10.36260/rbr.v12i3.1945>
16. Rafii F, Nasrabadi AN, Tehrani FJ. How nurses apply patterns of knowing in clinical practice: A grounded theory study. *Ethiopian journal of health sciences*. 2021[citado 16 de abril de 2025] Jan 1;31(1). <http://dx.doi.org/10.4314/ejhsv31i1.16>
17. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*. 2005[citado 16 de abril de 2025];5(1):86-95. <https://tinyurl.com/yunzuax8>



CARTA AL EDITOR

Enfermería e inteligencia artificial: ¿futuro prometido o presente ignorado?**Nursing and artificial intelligence: a promised future or an ignored present?***Enfermagem e Inteligência Artificial: ¿Futuro Prometido ou Presente Ignorado?***Juan Daniel Robles-Padilla ¹****RESUMEN**

La inteligencia artificial representa un desafío y una oportunidad para la enfermería en sus funciones asistencial, administrativa, docente e investigativa. A pesar de su avance en otras industrias, su adopción en enfermería sigue siendo limitada, tanto en la práctica clínica como en la formación académica. Es urgente integrar la IA de manera crítica, ética y centrada en el cuidado humano, evitando que actores ajenos definan su uso en el ámbito de la salud. La participación activa de la enfermería será clave para aprovechar el potencial de estas tecnologías en la mejora de la calidad asistencial y la equidad en salud.

Palabras clave: Enfermería; Inteligencia Artificial; Salud; Humanos; Tecnología.

Para citar este documento

Robles-Padilla JD. Enfermería e inteligencia artificial: ¿futuro prometido o presente ignorado? *Rev. Unidad Sanit. XXI.* 2025; **5(17)**:215-219: <https://doi.org/10.57246/98ykfz24>

Fecha de envío: 28/04/2025 **Fecha de aceptación:** 10/05/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

¹Especialista en Administración y Docencia en Enfermería. Hospital General San Francisco – Universidad UNE. Puerto Vallarta, Jalisco, México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0004-9702-5008> Correo: juan.robles@uan.edu.mx



ABSTRACT

Artificial intelligence represents both a challenge and an opportunity for nursing across its care, administrative, educational, and research functions. Despite its progress in other industries, AI adoption in nursing remains limited, both in clinical practice and academic training. It is urgent to integrate AI critically, ethically, and with a focus on human-centered care, preventing external actors from defining its use in healthcare. Active participation from the nursing profession will be key to leveraging the potential of these technologies to improve care quality and promote health equity.

Keywords: Artificial intelligence, health, nursing, humans, technology

RESUMO

A inteligência artificial representa tanto um desafio quanto uma oportunidade para a enfermagem em suas funções assistencial, administrativa, educacional e de pesquisa. Apesar dos avanços em outras indústrias, a adoção da IA na enfermagem ainda é limitada, tanto na prática clínica quanto na formação acadêmica. É urgente integrar a IA de forma crítica, ética e com foco no cuidado centrado no ser humano, evitando que atores externos definam seu uso no campo da saúde. A participação ativa da enfermagem será fundamental para aproveitar o potencial dessas tecnologias na melhoria da qualidade do atendimento e na promoção da equidade em saúde.

Palavras-chave: Inteligência artificial, enfermagem, saúde, enfermagem, humanos, tecnologia.



INTRODUCCIÓN

La inteligencia artificial (IA) cobra cada vez mayor relevancia a medida que avanza el desarrollo tecnológico aplicado a distintos oficios y profesiones. *“La inteligencia artificial se define como “una tecnología que permite a las computadoras y robots aprender a realizar tareas y tomar decisiones como lo haría un ser humano, es una tecnología que busca imitar el aprendizaje humano.”*¹

Este tipo de tecnologías emergentes han comenzado a despertar interés en diversas disciplinas y áreas de formación, incluyendo el sector salud, donde su integración plantea oportunidades y desafíos.

*“Hablar de inteligencia artificial (IA) y aprendizaje automático en salud aún resulta disruptivo. Al ser un campo del conocimiento no del todo comprendido, sus posibilidades no han sido plenamente explotadas, a diferencia de otras industrias como el marketing, donde ya se incorpora como una herramienta casi cotidiana.”*²

En el sector salud, esta brecha tecnológica es especialmente relevante y, particularmente, para la enfermería en sus cuatro funciones sustantivas: asistencial, administrativa, docente e investigación. El desafío no radica únicamente en su existencia, sino en la limitada disposición para integrarla de manera crítica y creativa en la práctica profesional.

Además de que *“la falta de seguridad y pensamiento crítico sobre la información compartida a través de la IA plantea grandes riesgos para estudiantes, docentes e instituciones educativas. El acceso a entornos digitales y tecnologías avanzadas no garantiza que los estudiantes actuales y futuros sean competentes en el uso de la tecnología”*.³

En la actualidad, en las instituciones de salud encargadas de formar recursos humanos en enfermería, este tema apenas se menciona, en el mejor de los casos, como una curiosidad o una promesa futura, pero no se estudia con profundidad ni se enseña su uso con criterio.

En los hospitales, su uso tampoco se encuentra normalizado. Más allá de algunos sistemas automatizados de monitoreo o expedientes clínicos electrónicos en casos aislados. Sin embargo, la IA puede ofrecer mucho más: optimizar tiempos, detectar patrones de riesgo con mayor precisión, e incluso facilitar la educación en salud para pacientes y familias de manera personalizada. Por ejemplo, una herramienta podría proporcionar en segundos alternativas educativas adaptadas al nivel de alfabetización de cada paciente, o permitir registros



automatizados por voz, dejando las manos y la mente del personal de enfermería libres para el cuidado.

“Los datos relacionados con la salud solo crecen en complejidad y tamaño. Es fundamental contar con herramientas automatizadas para extraer información y conocimiento, con el propósito de apoyar la toma de decisiones en el campo de la medicina.”⁴

Sin embargo, esta posibilidad no surge de manera espontánea. Requiere preparación específica, un diálogo genuino entre disciplinas y una visión estratégica a largo plazo. En este contexto, la enfermería no puede quedar al margen de estos debates, ni permitir que otros, posiblemente con menor comprensión del cuidado humano, decidan cómo, cuándo y para qué se aplican las tecnologías en los entornos clínicos.

“Su implementación también exige un enfoque ético y cuidadoso. La IA trae consigo desafíos sobre privacidad, seguridad y equidad. Para abordarlos se requiere la colaboración activa de gobiernos, instituciones académicas, profesionales de la salud y desarrolladores tecnológicos. Solo así se podrá aprovechar para mejorar resultados de salud, brindar cuidados de calidad y promover la equidad en su acceso.”⁵

Durante años se ha hablado de inteligencia artificial, de transformación digital y de innovación en salud. Sin embargo, no se está aprovechando de forma efectiva. Además, preocupa que las voces más visibles en estos temas no siempre provengan de quienes están mejor preparados para comprender sus implicaciones en el cuidado. Ante este panorama, surgen algunas preguntas necesarias. ¿Dónde se encuentran las voces de la enfermería en estos espacios? ¿Quién construye el futuro si no lo hace la propia disciplina?

“La capacitación continua para los profesionales de la salud es esencial para mantenerse al día con las tecnologías emergentes. La IA tiene el potencial de mejorar la eficiencia y la calidad de la atención médica, pero para lograrlo, es necesario invertir en formación constante y en la integración efectiva de estas herramientas en la práctica diaria.”⁶

Quizá nunca se sepa con certeza si esta carta al editor fue escrita por una persona, por un algoritmo, o mediante la colaboración de ambos. Pero tal vez esa no sea la pregunta importante, la verdadera cuestión es: ¿quién va a decidir cómo se utiliza la inteligencia artificial en disciplina si no lo hacen las propias enfermeras? Y si alguna vez te preguntaste, si la



inteligencia artificial te quitará tu trabajo, la respuesta es no. Pero quien sí sepa utilizarla... ese sí.

REFERENCIAS

1. Atencio-González RE. Inteligencia artificial en Educación. *Cienciamatria* [Internet]. 2023 [citado 24 abr 2025];9(17). <https://doi.org/10.35381/cm.v9i17.1150>
2. Basáez E, Mora J. Salud e inteligencia artificial: ¿cómo hemos evolucionado? *Enferm Clin* [Internet]. 2022 [citado 24 abr 2025];33(6):556–561. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.11.003>
3. Escalona-Márquez LN, Cedeño-Tapia SJ, Camputaro LA, Aparicio-Escalante OOC. Docentes en la era de la inteligencia artificial: preparación y respuesta a los desafíos [Internet]. *Inteligencia artificial. IntechOpen*; 2024. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1005172>
4. Ruiz RB, Velázquez JD. Inteligencia artificial al servicio de la salud del futuro. *Enferm Clin* [Internet]. 2023 [citado 24 abr 2025];34(1):84–91. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.12.001>
5. Ramírez Pereira M, Figueredo Borda N, Opazo Morales E. La inteligencia artificial en el cuidado: un reto para enfermería. *Enferm Cuid Human* [Internet]. 2023 [citado 24 abr 2025];12(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v12i1.3372>
6. Montero Galaraza GI, Castro Alcocer GE, Naula Chucay LE. Inteligencia artificial y educación en enfermería: retos para su aplicación en Educación Superior. *Revista Universitaria con Proyección*. 2025 ene;9(1). <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v9i1.2734.2025>



CARTA AL EDITOR

**El cuidado cultural desde la enfermería: una necesidad
estratégica para una atención humanizada en 2030****Cultural care from a nursing perspective: a strategic need for humanized
care in 2030**

*Cuidado cultural na perspectiva da enfermagem: uma necessidade estratégica para o
cuidado humanizado em 2030*

Juan Daniel Suárez-Máximo^I

Aurora de Jesús González-Aburto^{II}

RESUMEN

La transformación constante del mundo exige que la enfermería integre variables culturales en su práctica. El cuidado individualizado pierde efectividad e incluso puede generar daño si no se aplica con sensibilidad y competencia cultural. La diversidad de usuarios, desde comunidades indígenas hasta poblaciones migrantes, obliga a fortalecer la formación continua, la accesibilidad y la calidad en los servicios de salud. Un cuidado congruente mejora la satisfacción, favorece la recuperación y promueve la colaboración con el personal de enfermería. En este sentido, el desarrollo de competencias culturales constituye un reto clave, alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible planteados por la OPS y la OMS, orientados a reducir desigualdades y responder a la globalización.

Palabras clave: Cuidado; Enfermería Transcultural; Humanización de la Atención.

Para citar este documento

Suárez-Máximo JD y González-Aburto AJ. El cuidado cultural desde la enfermería: una necesidad estratégica para una atención humanizada en 2030. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; **5(17)**:220-224. <https://doi.org/10.57246/621zqm40>

Fecha de envío: 28/04/2025 **Fecha de aceptación:** 10/05/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

^IMaestro en Salud Pública. Profesor de la Universidad Americana de Puebla. Puebla, México. ORCID: <https://ORCID.org/0000-0001-5687-2543>. Correo: jd.suarezmaximo@ugto.mx

^{II}Estudiante de Enfermería de la Universidad Americana de Puebla. Puebla, México. ORCID: <https://ORCID.org/0009-0007-3802-9502>. Correo: 09azglesa@gmail.com



ABSTRACT

The constant transformation of the world demands that nursing integrate cultural variables into its practice. Individualized care loses effectiveness and may even cause harm if it is not applied with cultural sensitivity and competence. The diversity of patients, from indigenous communities to migrant populations, requires strengthening continuous training, accessibility, and quality in health services. Culturally congruent care enhances satisfaction, supports recovery, and fosters collaboration with nursing staff. Developing cultural competencies is a key challenge, aligned with the Sustainable Development Goals promoted by PAHO and WHO, aimed at reducing inequalities and addressing globalization.

Keywords: Humanization of Assistance, Care, Transcultural Nursing.

RESUMO

A constante transformação do mundo exige que a enfermagem integre variáveis culturais em sua prática. O cuidado individualizado perde eficácia e pode até causar danos se não for aplicado com sensibilidade e competência cultural. A diversidade de usuários, desde comunidades indígenas até populações migrantes, requer o fortalecimento da formação contínua, da acessibilidade e da qualidade nos serviços de saúde. O cuidado culturalmente congruente aumenta a satisfação, favorece a recuperação e promove a colaboração com a equipe de enfermagem. O desenvolvimento de competências culturais constitui um desafio central, alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da OPAS e da OMS, voltados para reduzir desigualdades e enfrentar a globalização.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Cuidado; Enfermagem Transcultural.



INTRODUCCIÓN

El mundo se encuentra en constante transformación, lo que obliga a que el abordaje de enfermería incorpore variables culturales en la práctica asistencial. El cuidado individualizado del paciente, cuando no se desarrolla de manera adecuada, competente y culturalmente sensible, pierde efectividad e incluso puede generar daño.

La cultura contribuye como un constructo relevante de la pertinencia de cada una de las personas, por lo que es de suma importancia en el cuidado de enfermería. En el entorno global y multicultural, ignorar los valores, creencias y prácticas de salud de las personas, lo que puede derivar en malentendidos, pérdida de confianza y resultados no favorables en la salud¹.

El sistema de salud recibe cotidianamente a personas provenientes de diversas etnias, comunidades culturales e indígenas, así como a poblaciones migrantes con prácticas y costumbres distintas. En este contexto, la enfermería requiere la incorporación de nuevas herramientas orientadas a la atención asistencial, que fortalezcan la formación académica continua de los profesionales. Ello resulta fundamental para contribuir a la accesibilidad, la equidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud.².

La aplicación de un cuidado culturalmente congruente favorece una mayor percepción de satisfacción en los individuos, al sentirse valorados y atendidos con consideración hacia sus creencias y prácticas culturales^{1,2}. En consecuencia, este enfoque no solo potencia la humanización de la atención, sino que también repercute positivamente en la recuperación oportuna del paciente y en el establecimiento de una relación de colaboración más efectiva con el personal de enfermería durante los procesos de atención.

En la actualidad, uno de los mayores retos para la formación de futuros profesionales es el desarrollo de las competencias culturales. Enfermería requiere una integración de la interculturalidad en los programas de estudio de forma indispensable para una formación integral en los estudiantes de modo consciente en esta realidad, lo que le permitirá responder precisa a las solicitudes de la comunidad. Enfermería, por tanto, debe actualizarse de manera constante con base a los conocimientos para fortalecer la tendencia cultural, aún en construcción¹⁻³.



La Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) establecieron metas e indicadores dentro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que orientan la formulación de políticas y la asignación de recursos en salud. Entre los temas prioritarios destacan “el retraso en el crecimiento y la obesidad infantil, el acceso a agua potable y saneamiento, la energía limpia, la reducción de la contaminación, así como el intercambio de conocimientos y la cooperación intersectorial”^{1,3,4}. Estos objetivos se relacionan de manera directa con la necesidad de una enfermería culturalmente competente y comprometida con respecto a las desigualdades en el sector salud.

La enfermería, como disciplina científica joven, posee un papel estratégico en el puente entre el conocimiento científico y el humanístico. Este potencial le permite aportar fundamentos sólidos para afrontar los retos actuales y futuros. La formación profesional no debe limitarse a la aplicación de procesos asistenciales, sino incluir capacitaciones continuas que permitan enfrentar tanto problemas de salud como los desafíos derivados de la globalización y la interculturalidad^{1,2}.

En este sentido, resulta imperativo fortalecer la preparación de los profesionales para que, hacia el año 2030, la disciplina contribuya activamente al cierre de brechas en salud vinculadas con los determinantes socioculturales, económicos y ambientales, en consonancia con lo planteado por la OPS.

REFERENCIAS

1. Torres Vizcaya M, Giráldez Miranda EM. La enfermería como tercera cultura. Aproximación a la construcción de la enfermería como disciplina científica. *Cul. Cuid.* [Internet]. 21 de julio de 2025 [citado 14 de septiembre de 2025];29(71):263-76. <https://culturacuidados.ua.es/article/view/29601>
 2. Torres-Fernandez, S. L., Vega-Ramírez, A. S., Mogollón-Torres, F. M., Díaz-Manchay, R. J., & TejadaMuñoz, S. (2024). Interculturalidad: un reto en la formación de enfermeros. *Cultura de los Cuidados*, (69), 257-269. <https://doi.org/10.14198/cuid.26131>
 3. Lipson JG. Cultura y cuidados de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2000 [citado 2025 sep 14];(28-29):19-25. https://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php
- Organización Panamericana de la Salud. *Objetivos de Desarrollo Sostenible* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [citado 2025 sep 14]. <https://www.paho.org/es/temas/objetivos-desarrollo-sostenible>



GUÍA DE AUTORES PARA PUBLICACIÓN



**UNIDAD
SANITARIA XXI**

UNIDAD SANITARIA XXI

La **Revista Unidad Sanitaria XXI** es una publicación científica multidisciplinaria, orientada a todas las disciplinas y especialidades relacionadas con la salud. Desde su génesis, la revista tiene un enfoque latinoamericano con el propósito de fomentar la integración regional y el trabajo interdisciplinario en áreas como Enfermería, Medicina, Nutrición, Fisioterapia, Antropología, Psicología, Bioética, Filosofía, entre otras ciencias afines.

Características principales:

- Acceso Abierto: No se cobran costos de envío ni de procesamiento de artículos.
- Enfoque Interdisciplinario: Priorizando trabajos que integren perspectivas sociales y sanitarias.
- Proceso de Evaluación por Pares: Todo artículo es sometido a un riguroso proceso de arbitraje anónimo y especializado para garantizar su calidad científica.

Bases de datos, indexaciones y miembro adherente:



Conocimiento Abierto sin fines de lucro propiedad de la academia



CRUE

REBIUN
Red de Bibliotecas Universitarias



Fomentamos el trabajo original

Identifícate de manera única entre los científicos y otros autores académicos.

ORCID



Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento al cuerpo editorial invitado, por su valiosa colaboración en el proceso que acompañó esta publicación especial. Aportaron con una iniciativa de publicación científica que incluyó distintas investigaciones científicas de enfermería. También agradecemos a cada uno de los autores por confiar en nosotros para enviar sus manuscritos. Por último le agradecemos a nuestros lectores por su interés en esta revista. Para nosotros, es un gran honor ser un medio que facilita la divulgación de toda la actividad científica que desarrollan las carreras sociosanitarias en sus respectivos campos, tanto disciplinarios como interdisciplinarios.

Les deseamos mucho éxito en sus proyectos.

Atentamente,
El Cuerpo Editorial
Revista Científica





UNIDAD SANITARIA XXI



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>



@Rev.Unidad SanitariaXXI



UNIDAD SANITARIA XXI



PRESIDENTE - DIRECTOR EDITORIAL
REV. UNIDAD SANIT. XXI



MARTIN MAXIMILIANO ALZURI

VICE- PRESIDENTE - CODIRECTORA
REV. UNIDAD SANIT. XXI



STEFANÍA J. CEDEÑO-TAPIA

CONSEJO FUNDADOR PERMANENTE
REV. UNIDAD SANIT. XXI



EDNA J. MONDRAGÓN-SANCHEZ

DIRECTORA DEL COMITÉ INTERNO
REV. UNIDAD SANIT. XXI

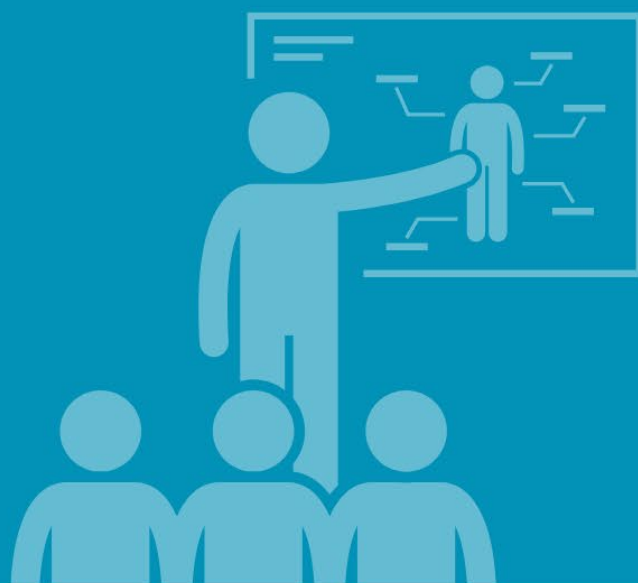


LLAUDETT N. ESCALONA-MÁRQUEZ

DIRECTORA DEL COMITÉ EXTERNO
REV. UNIDAD SANIT. XXI



JANET M. ARÉVALO-IPANEQUÉ



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>



<https://www.facebook.com/Rev.UnidadSanitariaXXI>



@rev.unidad.sanitariaxxi



@XxiRev



revista.unidadesanitaria21@gmail.com