

ISSN 2718-8388 / VOL 5 ED 18

REVISTA

 **UNIDAD
SANITARIA XXI**



**EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SOCIOSANITARIA**

Contenidos

SECCIONES PRELIMINARES

5. Licencia Creative Commons - Acceso Abierto

6. Comité Editorial Revista Unidad Sanitaria XXI

EDITORIAL

7-11. Movilidad profesional del personal de salud, precariedad laboral y desigualdad en América Latina (

Cedeño Tapia SJ

ARTÍCULOS ORIGINALES

12-26. Calidad de vida y autocuidado en adultos mayores de un Centro Gerontológico

Tamayo-Cumbicus JE, Gómez-Salgado DM, Zula-Riofrio PD, Ortiz-Yunga JF, Zaquinaula Jirón IE, Godoy Ramón JD



27-39. Utilidad de la taxonomía NANDA NOC NIC: una aproximación desde la perspectiva estudiantil

Román-Relica LG, Requielme-Jaramillo MJ, Quintuña-Velecela JP, Buestan-Rodriguez AL, Suconota-Pintado AL



Contenidos

40-54. Relación entre el consumo de fibra dietética y marcadores antropométricos de riesgo cardiometabólico en adolescentes de Cochabamba

Pareja-Meo SG, Flores-Tola CB, Cedeño Tapia SJ

CARTAS EDITORIALES

55-57. Calidad de vida de adolescentes y adultos jóvenes con consumo problemático de drogas

Silvestre NF

58-60. Importancia de la investigación para enfermería

Chorolque RV, Acosta EGR

INFORMES ACADÉMICOS / CIENTÍFICOS

61-70. Informe del I Congreso Internacional, IV Congreso Nacional y XIII Jornada Científica de Enfermería UNAH

Johnson López SE, Manzanares Membreño AM



Contenidos



SECCIONES INSTITUCIONALES

75. Bases de datos, indexaciones y miembro adherente:

102. Guía de autores

103. Página institucional
Características, bases de datos,
indexaciones y miembro adherente

105. Agradecimientos

107. Cuerpo editorial



Corrector de estilo
Diseño y Diagramación
Stefania Johanna Cedeño Tapia

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: 18 Año: 2025 Octubre a Diciembre.



Equipo Editorial

Presidente

Director Editorial

Martin Maximiliano Alzuri (Argentina)

Vicepresidente

Codirectora Editorial

Stefanía Johanna Cedeño Tapia (Ecuador)

Director Comité Científico Interno

Ernesto Gabriel Reimundo Acosta

Directora del Comité Científico Externo

Janet Mercedes Arévalo Ipanequé (Perú)

Consejo Fundador Permanente

Llaudett Natividad Escalona Márquez (México)

Edna Johana Mondragón Sánchez (Colombia)

Comité Científico Interno

Isabel Beristain (México)

Jose Luis Tamayo Ortiz (El Salvador)

Viviana de los Ángeles Galarza (Argentina)

Jorge Luján (Argentina)

Taycia Ramírez (Cuba)

Comité Científico Externo

Alejandra Meléndez González (Chile)

Antony Paul Espíritu Martínez (Perú)

Armando Cárdenas Contreras (México)

Carlos Francisco Meza García (México)

Cecilia Brenda Flores Tola (Bolivia)

César Manuel Narváez Sánchez (México)

Diego Vidal Jackson Juárez (México)

Elizabeth Guzmán Ortiz (México)

Freddy Elías Perilla Portilla (Colombia)

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)

Juan Yovani Telumbre Terrero (México)

Vanessa Martínez Buenaño (Venezuela-Ecuador)

Yesenia Ivett Flores (El Salvador)

Yolanda Anabel Culzoni (Argentina)



EDITORIAL

Movilidad profesional del personal de salud, precariedad laboral y desigualdad en América Latina***Professional Mobility of Health Personnel, Labor Precariousness, and Inequality in Latin America******Mobilidade profissional dos trabalhadores da saúde, precarização laboral e desigualdade na América Latina***Stefanía Johanna Cedeño Tapia¹

RESUMEN

La movilidad profesional del personal de salud en América Latina se desarrolla en un contexto marcado por precarización laboral, desigualdad estructural y limitaciones persistentes para el reconocimiento de competencias. Aunque el discurso institucional destaca el carácter estratégico del talento humano en salud, subsiste una brecha significativa entre la formación académica, las condiciones reales de ejercicio profesional y las oportunidades de desarrollo, especialmente en las profesiones del cuidado y entre las mujeres. La falta de armonización regulatoria, las barreras burocráticas y la segmentación contractual favorecen la migración, la pérdida de talento y la desvalorización simbólica del trabajo sanitario. Este editorial analiza estas tensiones y subraya la necesidad de políticas éticas de movilidad, reconocimiento profesional y retención del talento como base para sistemas de salud más justos y sostenibles.

Palabras clave: Desigualdad social; Enfermería; Fuerza laboral en salud; Migración de personal de salud; Movilidad laboral; Precarización laboral.

Para citar este documento



Cedeño Tapia SJ. Movilidad profesional del personal de salud, precariedad laboral y desigualdad en América Latina. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(18): 7-11. Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: 21/12/2025 **Fecha de aceptación:** 30/12/2025 **Fecha de publicación:** 31/12/2025

I Licenciada en Enfermería, Magíster en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería y en Dirección Estratégica de Organizaciones de salud, Doctoranda en Educación Superior. Coordinadora de investigación de la Red Latinoamericana de Educación en Enfermería ReLEdEn. Ecuador. Orcid:<https://orcid.org/0000-0003-1609-899X> Correo electrónico: set121@gmail.com



ABSTRACT

Professional mobility of health personnel in Latin America unfolds within a context characterized by labor precariousness, structural inequality, and persistent barriers to the recognition of professional competencies. Despite institutional discourse emphasizing the strategic role of the health workforce, a significant gap remains between academic training, actual working conditions, and opportunities for professional development, particularly in care-related professions and among women. Regulatory fragmentation, bureaucratic obstacles, and contractual segmentation contribute to migration, talent loss, and the symbolic devaluation of health work. This editorial examines these regional dynamics and highlights the need for ethical mobility policies, professional recognition, and talent retention as essential components for strengthening equity, sustainability, and performance within Latin American health systems.

Keywords: Health workforce; Labor mobility; Labor precariousness; Nursing; Social inequality; Health personnel migration.

RESUMO

A mobilidade profissional dos trabalhadores da saúde na América Latina ocorre em um contexto marcado pela precarização laboral, desigualdades estruturais e limitações persistentes no reconhecimento de competências profissionais. Apesar do discurso institucional que valoriza o papel estratégico do trabalho em saúde, permanece uma lacuna significativa entre a formação acadêmica, as condições reais de exercício profissional e as oportunidades de desenvolvimento, especialmente nas profissões do cuidado e entre as mulheres. A fragmentação regulatória, os entraves burocráticos e a segmentação contratual favorecem a migração, a perda de talentos e a desvalorização simbólica do trabalho sanitário. Este editorial analisa essas dinâmicas regionais e destaca a necessidade de políticas éticas de mobilidade, reconhecimento profissional e retenção de talentos para sistemas de saúde mais justos e sustentáveis.

Palavras-chave: Desigualdade social; Enfermagem; Força de trabalho em saúde; Migração de trabalhadores da saúde; Mobilidade laboral; Precarização laboral.



La labor sanitaria en el siglo XXI enfrenta una de las paradojas más profundas de la modernidad. Mientras el discurso público y las agendas gubernamentales reconocen al personal de salud como pilar estratégico de la seguridad nacional y del bienestar social, la experiencia cotidiana de estos profesionales continúa marcada por una desvalorización moral sistémica, una precarización laboral creciente y persistentes desigualdades en el reconocimiento de sus competencias¹. Esta tensión revela una brecha estructural entre el reconocimiento simbólico y las condiciones reales de ejercicio profesional.

Este fenómeno trasciende las fronteras nacionales. La ausencia de armonización regulatoria, sumada a barreras administrativas y burocráticas para el reconocimiento de títulos y competencias, anula el capital humano de miles de profesionales de la salud que, enfrentando salarios insuficientes, escasas oportunidades de desarrollo y condiciones laborales adversas, optan por la migración. A ello se agregan factores contextuales como la inseguridad, la inestabilidad política y económica en algunos países de la región, así como la búsqueda de mejores condiciones de vida, particularmente entre los profesionales más jóvenes. Estas dinámicas afectan de manera diferenciada a las mujeres, especialmente al personal de enfermería, que continúa experimentando brechas salariales de género, sobrecarga laboral y un acceso limitado a posiciones de liderazgo².

La diversidad de la oferta de educación superior en América Latina, junto con las reformas orientadas a la calidad educativa y los mecanismos de reconocimiento y habilitación profesional³, no siempre se traduce en una mayor equidad en el ejercicio laboral. Por el contrario, en numerosos contextos se profundiza la distancia entre la formación académica alcanzada y las oportunidades reales de inserción, estabilidad o desarrollo profesional, particularmente en las profesiones del cuidado^{4,5}. Estudios regionales en enfermería han evidenciado condiciones críticas de calidad de vida laboral, con efectos negativos sobre la estabilidad emocional, la productividad y la permanencia en los sistemas de salud⁴.

Esta desconexión compromete no solo la movilidad profesional, sino también la sostenibilidad del talento humano en salud. Un análisis comparativo realizado en seis países latinoamericanos muestra que la segmentación contractual, la informalidad laboral y la fuga de talento afectan de manera desproporcionada al sector de enfermería, limitando su proyección profesional y su estabilidad a mediano y largo plazo⁵. Ante este escenario, algunos países han comenzado a articular respuestas regionales. En el Foro Internacional sobre Recursos Humanos en Salud (OPS, 2025), representantes de 18 países consensuaron una hoja de ruta orientada a gestionar



la migración del personal sanitario de forma ética, destacando la urgencia de fortalecer la planificación, la retención del talento y la homologación de competencias².

Lejos de constituir un fenómeno aislado, la precariedad laboral en salud refleja un problema estructural de justicia global. Ha sido descrita como el “elefante no visibilizado” de los sistemas sanitarios de la región¹, ya que no se limita a la ausencia de empleo, sino que implica una degradación progresiva de las condiciones de contratación, protección social y reconocimiento profesional.

Estas desigualdades no se expresan únicamente en indicadores estadísticos, sino también en experiencias concretas de exclusión y desvalorización. En diversos países latinoamericanos, incluso en aquellos que promueven la integración regional, persisten barreras institucionales, formales e informales, que restringen la participación de profesionales migrantes en espacios gremiales, académicos o de toma de decisiones, aun cuando cumplen con los requisitos legales de habilitación. Esta exclusión simbólica, carente de respaldo normativo, contradice los principios de ética, justicia y reconocimiento de competencias proclamados por los marcos internacionales.

Las trabas burocráticas para el reconocimiento académico, junto con la baja interoperabilidad entre sistemas educativos y regulatorios, favorecen la pérdida de talento, la desmotivación y la fuga de profesionales altamente calificados, con un impacto particular en las mujeres migrantes del sector sociosanitario¹⁻³. La literatura ha documentado, además, cómo la desvalorización simbólica del cuidado, la normalización de la violencia institucional y la falta de reconocimiento social configuran formas contemporáneas de violencia estructural contra quienes sostienen los sistemas de salud⁶⁻⁹. Esta violencia, muchas veces invisibilizada, se manifiesta en la precarización, el desgaste emocional y la erosión del sentido profesional. Para preservar su identidad moral, los trabajadores sanitarios deben gestionar emociones complejas en contextos hostiles y, con frecuencia, son responsabilizados de conflictos que exceden su ámbito de control⁸. Así, el trabajo en salud se explota simbólicamente mientras se desvaloriza materialmente.

Frente a este escenario, resulta impostergable promover una cultura organizacional y política que garantice el reconocimiento equitativo y la movilidad ética del talento sanitario. No se trata únicamente de validar títulos, sino de reconocer trayectorias, experiencia, formación continua



y compromiso humano como elementos esenciales para una práctica profesional de calidad y calidez.

Cuidar a quienes cuidan constituye una responsabilidad ética y política ineludible. La evidencia internacional demuestra que los sistemas de salud que implementan políticas inclusivas de reconocimiento profesional y retención del talento migrante presentan mejores indicadores de desempeño, mayor satisfacción laboral y resultados más favorables en salud pública^{2,3}.

Se invita a la comunidad científica, a los organismos reguladores y a las instituciones académicas a investigar, documentar y actuar sobre las dinámicas de movilidad y reconocimiento profesional en la salud latinoamericana. Solo a partir de la evidencia, el reconocimiento mutuo y la justicia estructural será posible consolidar una cooperación regional sostenible que dignifique al talento sanitario, reconociendo que las barreras a la movilidad y a la validación profesional no afectan únicamente a quienes migran internacionalmente, sino también a profesionales nacionales y retornados, cuyas trayectorias suelen quedar fragmentadas o invisibilizadas por sistemas rígidos y descoordinados.

REFERENCIAS

1. Serván-Mori E, Nigenda G. La precariedad laboral: el elefante no visibilizado en el Sistema de Salud Mexicano [Internet]. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2024 [citado 2025 dic 20]. Disponible en: <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-precari-idad-laboral-el-elefante-no-visibilizado-en-el-sistema-de-salud-mexicano>
2. Organización Panamericana de la Salud. Countries of the Americas move toward a joint approach to manage health workforce migration amid growing shortages [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2025 Jul 25 [citado 2025 Dic 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/25-7-2025-countries-americas-move-toward-joint-approach-manage-health-workforce-migration-amid>
3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Convenio Regional de Reconocimiento de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe [Internet]. París: UNESCO; 2019 [citado 2025 dic 20]. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/legal-affairs/regional-convention-recognition-studies-diplomas-and-titles-higher-education-latin-america-and>
4. Cedeño-Tapia SJ, Loza-Sosa JM, Sánchez LP, Zegarra-Lima SI. Aspectos críticos en la calidad de vida laboral en la enfermería ecuatoriana. *Horizonte de Enfermería*. 2024;35(3):1028–47. DOI: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.3.1028-1047
5. Sánchez L, Taverna BD, Ricci MJ, Aristizabal P, Nigenda G, et al. Approach to the indicators of the nursing labor market in 6 Latin American countries. *Int J Working Conditions*. 2023;(25):88–103. DOI: <https://doi.org/10.25762/ne54-4h32>
6. García JC. Burnout as a social pathology in nursing professionals: an analysis based on the theory of recognition. *Rev Bras Med Trab*. 2023;21(3):505–14. DOI: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2023-937>
7. Hamed S, Thapar-Björkert S, Bradby H, Ahlberg BM. Racism in European health care: structural violence and beyond. *Qual Health Res*. 2020;30(11):1662–74. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732320931430>
8. Funk L, Spencer D, Herron R. Making sense of violence and victimization in health care work: The emotional labour of ‘not taking it personally’. *Int Rev Victimol*. 2021;27(1):92–110. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269758020953760>
9. Wichterich C. Who cares about healthcare workers? Care extractivism and care struggles in Germany and India. *Social Change*. 2020;50(4):530–44. DOI: <https://doi.org/10.1177/0049085719901087>



ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de vida y autocuidado en adultos mayores de un Centro Gerontológico

Quality of life and self-care in older adults in a gerontological center

*Qualidade de vida e auto-cuidado em idosos num centro gerontológico.*Jenny Elizabeth Tamayo-Cumbicus^IDiana Margarita Gómez-Salgado^{II}Paúl David Zula-Riofrio^{III}Jilmar Fabricio Ortiz-Yunga^{IV}Iván Enrique Zaquinaula Jirón^VJhegner David Godoy Ramón^{VI}

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional constituye un desafío para los sistemas de salud, debido a su impacto sobre la calidad de vida y la capacidad de autocuidado de los adultos mayores, especialmente en contextos institucionalizados. **Objetivo:** Analizar la calidad de vida y el nivel de autocuidado en adultos mayores que asisten al Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi”. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, realizado en una población de 70 adultos mayores. Se utilizó la Encuesta de Salud SF-36 para evaluar la calidad de vida y la Escala de Agencia de Autocuidado para medir el nivel de autocuidado. El análisis fue descriptivo, mediante frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Predominó el grupo etario de 76 a 85 años (47,1 %) y la distribución por sexo fue equitativa. En relación con la calidad de vida, predominó el nivel medio en las dimensiones de función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental; en contraste, en las dimensiones de rol físico y rol emocional predominó el nivel bajo. Respecto al autocuidado, el 97,1 % de los participantes presentó un nivel bueno y el 2,9 % un nivel regular. **Conclusión:** Los adultos mayores evaluados presentan limitaciones en la calidad de vida relacionadas principalmente con los roles físico y emocional, a pesar de mantener niveles adecuados de autocuidado. Estos hallazgos evidencian la necesidad de implementar intervenciones orientadas a fortalecer el bienestar físico y emocional en este grupo etario.

Palabras clave: Calidad de vida; Autocuidado; Adulto mayor; Centros gerontológicos; Salud del anciano.

Para citar este documento



Tamayo-Cumbicus JE, Gómez-Salgado DM, Zula-Riofrio PD, Ortiz-Yunga JF, Zaquinaula Jirón IE, Godoy Ramón JD. Calidad de vida y autocuidado en adultos mayores de un Centro Gerontológico. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(18): 12-26. Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: 13/03/2025 **Fecha de aceptación:** 29/07/2025 **Fecha de publicación:** 31/12/2025

I Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-2836-5522>
Correo: tamayojeny674@gmail.com

II Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia de Instituciones de Salud. Docente en la Carrera de Enfermería-Facultad de la Salud Humana-Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0645-6733> Correo: diana.m.gomez@unl.edu.ec

III Licenciada en Enfermería. Magister en Enfermería. Magister en Educación. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9619-9285>. Correo: zulapaul1995@gmail.com

IV Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5654-7275>
Correo: jilmar.ortiz@unl.edu.ec

V Licenciada en Enfermería. Master Universitario en Docencia Universitaria. Universidad Nacional de Loja. Loja-Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6881-9480> Correo: ivan.zaquinaula@unl.edu.ec

VI Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-5114-7346>
Correo: jhegner.godoy@unl.edu.ec



ABSTRACT

Introduction: Population ageing constitutes a challenge for health systems due to its impact on quality of life and self-care capacity among older adults, particularly in institutionalized settings.

Objective: To analyze quality of life and the level of self-care among older adults attending the “Santa Clara de Zumbi” Gerontological Center. **Methodology:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted in a population of 70 older adults. Quality of life was assessed using the SF-36 Health Survey, and self-care level was measured using the Self-Care Agency Scale. Descriptive analysis was performed using frequencies and percentages. **Results:** The predominant age group was 76 to 85 years (47.1%), and sex distribution was equitable. Regarding quality of life, a medium level predominated in the dimensions of physical functioning, bodily pain, general health, vitality, social functioning, and mental health; in contrast, a low level predominated in the physical role and emotional role dimensions. Concerning self-care, 97.1% of participants presented a good level, while 2.9% showed a regular level. **Conclusion:** The older adults evaluated exhibited limitations in quality of life mainly related to physical and emotional roles, despite maintaining adequate levels of self-care. These findings highlight the need to implement interventions aimed at strengthening physical and emotional well-being in this population group.

Keywords: Quality of life; Self-care; Aged; Gerontological centers; Health of the elderly.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional constitui um desafio para os sistemas de saúde, devido ao seu impacto na qualidade de vida e na capacidade de autocuidado dos idosos, especialmente em contextos institucionalizados. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida e o nível de autocuidado em idosos que frequentam o Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi”. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com uma população de 70 idosos. A qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário de saúde SF-36, e o nível de autocuidado foi mensurado utilizando a Escala de Agência de Autocuidado. A análise foi descritiva, por meio de frequências e porcentagens. **Resultados:** Predominou a faixa etária de 76 a 85 anos (47,1%), e a distribuição por sexo foi equilibrada. Em relação à qualidade de vida, predominou o nível médio nas dimensões função física, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social e saúde mental; em contraste, nas dimensões papel físico e papel emocional predominou o nível baixo. Quanto ao autocuidado, 97,1% dos participantes apresentaram nível bom e 2,9% nível regular. **Conclusão:** Os idosos avaliados apresentaram limitações na qualidade de vida relacionadas principalmente aos papéis físico e emocional, apesar de manterem níveis adequados de autocuidado. Esses achados evidenciam a necessidade de implementar intervenções voltadas ao fortalecimento do bem-estar físico e emocional nesse grupo etário.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Autocuidado; Idoso; Centros gerontológicos; Saúde do idoso.



INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es la percepción que tiene una persona de su existencia en el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. Es evidente que se trata de un concepto muy amplio, en el que influyen de forma compleja la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con los elementos ambientales importantes del sujeto¹.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud [OMS]², define al autocuidado como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir las enfermedades con o sin apoyo sanitario o de un cuidador.

A nivel mundial, un estudio realizado en India con 300 adultos mayores, demostró que el 71,78% refleja un peor estado de salud para el dominio de dolor corporal, mientras que el 48% presenta un peor estado en el dominio de salud general³.

Así mismo, en Latinoamérica, una investigación en México sobre la calidad de vida, en 75 adultos mayores residentes de asilos, casa de día y localidad rural, reveló que el 61% tenía una salud regular, mientras que el 19% tenía una mala salud general. A su vez, el 97,3% no tienen una buena perspectiva de su salud y en cuanto al rol físico el 71% afirmó que sus actividades se vieron afectadas por problemas físicos y emocionales⁴. Por otro lado, en este mismo país se desarrolló un estudio sobre la capacidad de autocuidado en una población de 100 adultos mayores, entre 60 y 94 años, residentes en la ciudad de Morelia, los resultados mostraron que el 19% presentaba una capacidad regular, el 8% una capacidad baja y el 4% una capacidad de autocuidado muy baja⁵.

A nivel de Sudamérica, un estudio desarrollado en Lima sobre la calidad de vida en 60 adultos mayores que acudían al Servicio de Medicina General de un Centro de Salud, demostró que en la dimensión de función física al 85% les limita un poco el arrodillarse, mientras que al 81,7% se les facilita mucho caminar un kilómetro o más. En la dimensión de dolor corporal, el 53,3% tuvo un poco de dolor corporal en las últimas semanas y el 1,7% tuvo muchísimo dolor⁶. En este contexto, otra investigación realizada en Trujillo sobre el autocuidado, en donde intervinieron 104 adultos mayores del asentamiento humano “Bendición de Dios”, demostró que el 67% de los adultos mayores tienen un nivel regular, el 23% tienen un nivel bajo y el 10% tienen un nivel alto de autocuidado⁷.



En Ecuador, un estudio en Pichincha sobre la calidad de vida en 30 adultos mayores de 65 a 80 años evidenció que, el 37,5% de esta población presentaba limitaciones debido a la salud física, mientras que el 33% tenían limitaciones de roles por problemas emocionales y el 43% dolor corporal⁸. Por otro lado, un estudio realizado en Latacunga sobre el autocuidado, conformado por una muestra de 73 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Loma Grande” reveló que de este grupo etario el 30,14% tenía un autocuidado adecuado, mientras que 16,44% poseía incapacidad de cuidado y por último el 10,96% tenía un autocuidado inadecuado⁹.

Así mismo, un estudio realizado en el cantón Zamora sobre calidad de vida con una población de 212 adultos mayores, demostró que el 40% tenía una calidad de vida normal, el 35,4% poseía una calidad de vida bastante bien, el 16% disponía de una calidad de vida un poco mala, el 4,7% gozaba de una calidad de vida muy buena y el 3,3% tiene una calidad de vida muy mala¹⁰.

De esta forma, los diferentes estudios ejecutados sobre la temática demuestran la importancia que tiene la calidad de vida y autocuidado en adultos mayores en centros gerontológicos debido a que la sociedad envejece continuamente y su salud se deteriora. Por lo tanto, esta investigación es relevante debido a que se enfocó en un grupo etario vulnerable, frágil e incluso excluido por la sociedad y entidades que dependen directa o indirectamente del gobierno, abordando la problemática de una manera integral, debido a que son varios los factores que afectan a esta población en la realización de las actividades cotidianas. Además, el objetivo de esta investigación es analizar la calidad de vida y el nivel de autocuidado de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi”.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, de alcance descriptivo y de corte transversal. El estudio no planteó hipótesis ni buscó asociaciones causales, sino que se orientó a describir la calidad de vida y el nivel de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” en un momento específico del tiempo.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de estudio. Por tratarse de un estudio descriptivo, no se realizó un cálculo probabilístico del tamaño muestral, lo que limita la generalización de los resultados.

Población, criterios de inclusión y exclusión. Estuvo compuesta por una población de 70 adultos mayores que asistieron durante los meses de noviembre de 2024 a febrero de 2025. Se



excluyeron adultos menores de 65 años, quienes no aceptaron participar o no firmaron el consentimiento informado, así como aquellos con discapacidades que impedían la comprensión o el llenado del cuestionario.

Protocolo de estudio

El instrumento para recolectar la información se aplicó de manera presencial en el Centro Gerontológico con el permiso respectivo por medio de documentos impresos. Las variables analizadas en el presente estudio han sido las siguientes:

Calidad de vida. Esta variable se midió con la Encuesta de salud de formato breve de 36 ítems del Estudio de resultados médicos (SF-36) agrupada en ocho dimensiones: salud general, vitalidad, salud mental, dolor corporal, función física, rol físico, rol emocional y función social¹¹. El cuestionario SF-36 cuenta con evidencia de validez de contenido y constructo, demostrada en estudios previos mediante análisis factorial y comparaciones entre grupos con diferencias clínicas esperables, lo que respalda su uso para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud.

La versión original del primer instrumento conocido como Escala de Calidad de Vida (SF-36) fue elaborada por John Ware y Sherbourne en 1992 en Estados Unidos, constituyéndose como escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud del individuo y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general. Inicialmente, se utilizó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad. En este contexto, su confiabilidad oscila entre un mínimo de 0,65 y un máximo de 0,94; cabe destacar que tuvo una validez discriminante de los ítems del 92%¹².

Por otro lado, en la versión adaptada al español, se evaluó la validez del cuestionario mediante comparaciones de grupos previamente definidos con diferencias esperables en Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), y correlaciones del SF-36 con indicadores clínicos y con otros cuestionarios de CVRS. Para conocer su confiabilidad, se tomó en cuenta una población de 9 151 personas, donde el Alfa de Cronbach fue calculado para cada dimensión; función física 0,94, rol físico 0,96, dolor corporal 0,92, salud general 0,82, vitalidad 0,78, función social 0,81, rol emocional 0,94 y salud mental 0,79; demostrando una confiabilidad aceptable. Además, sus buenas propiedades psicométricas han sido evaluadas en más de 400 artículos. Cabe destacar que la escala original fue traducida al español por dos personas bilingües; asimismo, la versión que se utilizó en el presente estudio es la estándar¹³.



En la siguiente tabla se pueden observar las preguntas agrupadas de acuerdo a sus respectivas dimensiones (Tabla 1).

Tabla 1. Preguntas agrupadas por cada dimensión

Dimensión	Preguntas
Función física	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Rol físico	13,14,15,16
Dolor corporal	21, 22
Salud general	1,33,34,35,36
Vitalidad	23,27,29,31
Función social	20,32
Rol emocional	17,18,19
Salud mental	24,25,26,28,30

Cada ítem o pregunta tiene varias opciones de respuesta que varían entre 2 y 6, donde a cada opción se le asigna un valor numérico de calificación (Tabla 2).

Tabla 2. Recodificación de preguntas para la puntuación

SF-36	Recodificación de preguntas para la puntuación					
	1	2	3	4	5	6
1,20,22,34,36	100	75	50	25	0	-
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	0	50	100	-	-	-
13,14,15,16,17,18,19	0	100	-	-	-	-
21,23,26,27,30	100	80	60	40	20	0
24,25,28,29,31	0	20	40	60	80	100
32,33,35	0	25	50	75	100	-

Nota. La tabla contiene los ítems con su respectiva puntuación para la recodificación¹³.

Para obtener el total de cada dimensión, se agrupan los ítems según las dimensiones; posterior a ello, se suman y se dividen por el mismo número de ítems (Tabla 3).

Tabla 3. Suma de preguntas por dimensiones

Dimensión	Preguntas SF36	Fórmula
Función física	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	SUMA/10
Rol físico	13,14,15,16	SUMA/4
Dolor corporal	21, 22	SUMA/2
Salud general	1,33,34,35,36	SUMA/5
Vitalidad	23,27,29,31	SUMA/4
Función social	20,32	SUMA/2
Rol emocional	17,18,19	SUMA/3
Salud mental	24,25,26,28,30	SUMA/5

Para analizar la calidad de vida de los adultos mayores se procedió a crear cuartiles con la finalidad de obtener los niveles en calidad de vida alto, medio y bajo con respecto a cada



dimensión en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26, donde el nivel alto va desde el Q3 hasta el punto de corte máximo, el medio desde el Q1 al Q3 y bajo desde el punto de corte mínimo hasta el Q1.

Autocuidado. Para esta variable se utilizó el cuestionario de Agencia de Autocuidado presenta validez de contenido y constructo, evidenciada en estudios previos mediante análisis factorial confirmatorio y juicio de expertos, el cual está estructurado en 24 ítems con respuestas de cinco alternativas tipo Likert, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Por otro lado, fue elaborado por Evers en el año 1989 y validado en Colombia por Manrique, Fernández y Velandia en el año 2009, desarrollado con base en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, el cual permite evaluar el conocimiento de las personas sobre sus necesidades de autocuidado, los puntajes más altos indican una mayor capacidad de agencia de autocuidado, reflejando mejores prácticas de autogestión de la salud en el adulto mayor ¹⁴.

Fue sometido a validación con la participación de cinco jueces expertos en el tema, siendo el valor V de Aiken de 0.992, superior a 0.800. Asimismo, dicho instrumento fue sometido a prueba piloto, aplicado a 29 adultos mayores, con la finalidad de verificar su confiabilidad en el contexto, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de 0.8187. La valoración final se obtiene de todas las preguntas sin dividir las en dimensiones, lo que permite obtener un puntaje entre 24 y 120 puntos, logrando que el resultado final sea evaluado en tres niveles: bueno (80-120 puntos), regular (40-79 puntos) y bajo (24-39 puntos)¹³.

En la siguiente tabla se puede observar las preguntas agrupadas de acuerdo a sus respectivas dimensiones (Tabla 4)

Tabla 4. Preguntas agrupadas por cada dimensión

Dimensión	Preguntas ASA
Funcionamiento y desarrollo personal	1,2,5,6,9,10,13,14,15,16,17,18,19,21,24
Actividad y reposo	3,4,7,8,11,20,23
Interacción social	12, 22

Análisis de resultados y estadísticos. Posterior a ello, se procesó y se codificó la información en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26 para su respectivo análisis descriptivo, presentando los resultados en tablas de frecuencia y porcentaje.

Aspectos éticos. La presente investigación se ejecutó en base a estrictas consideraciones éticas, aplicando el consentimiento informado según lo establecido en relación con el Código de



Nuremberg¹⁵. Así mismo, de acuerdo con el Código de Helsinki, se garantizó la participación autónoma y voluntaria de los individuos, en donde cada uno tuvo la capacidad de decidir si participar y de retirarse cuando lo considere necesario¹⁶.

Dado que los instrumentos utilizados fueron de autorreporte, existe el riesgo de sesgo por deseabilidad social. Para mitigar este sesgo, se garantizó el anonimato de los participantes, se explicó la confidencialidad de la información y los cuestionarios fueron aplicados sin la presencia de personal docente o autoridades del centro.¹⁷. Por último, el estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Nacional de Loja, bajo el código UNL-CEISH-OB-2024-0090-P.

El consentimiento informado fue obtenido de manera presencial y por escrito, previo a la aplicación de los instrumentos, luego de explicar a los participantes los objetivos del estudio y la confidencialidad de la información. Todos los procedimientos se realizaron conforme a los principios éticos para investigaciones en seres humanos.

RESULTADOS

Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes del estudio

Características sociodemográficas	Ítem	f	%
Edad	65 a 75	25	35,8
	76 a 85	33	47,1
	86 a 95	12	17,1
	>96	0	0
	Total	70	100
Género	Hombre	35	50
	Mujer	35	50
	Total	70	100
Nivel de escolaridad	Ninguno	38	54,3
	Primaria	31	44,3
	Secundaria	0	0
	Universitaria	1	1,4
	Posgrado	0	0
	Total	70	100
Estado civil	Casado	34	48,6
	Viudo	26	37,1
	Soltero	10	14,3
	Unión libre	0	0
	Total	70	100

Nota. Elaboración propia



En la tabla 5 se detallan las características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” proporcionando información sobre la edad, género, nivel de escolaridad y estado civil.

La población estuvo conformada principalmente por adultos mayores entre 76 y 85 años. Se observó una distribución equitativa según el género. La mayoría de los participantes no presentaba escolaridad formal y el estado civil predominante fue el casado.

En la tabla 6 se describe la calidad de vida de los participantes de acuerdo a sus dimensiones.

Tabla 6. Calidad de vida por dimensiones

Dimensiones de calidad de vida	Bajo		Medio		Alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Función física	14	20	40	57,1	16	22,9	70	100
Rol físico	68	97,1	0	0	2	2,9	70	100
Dolor corporal	11	16	54	77	5	7	70	100
Salud general	3	4	51	73	16	23	70	100
Vitalidad	13	18,6	57	81,4	0	0	70	100
Función social	11	15,7	58	82,9	1	1,4	70	100
Rol emocional	68	97,1	0	0	2	2,9	70	100
Salud mental	14	20	44	62,9	12	17,1	70	100

Nota. Elaboración propia

En relación con la calidad de vida, predominó el nivel medio en las dimensiones de función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental. En contraste, en las dimensiones de rol físico y rol emocional predominó el nivel bajo.

Respecto al autocuidado, predominó el nivel bueno: 68 participantes (97,1 %) se ubicaron en esta categoría, mientras que 2 (2,9 %) presentaron un nivel regular. No se registraron participantes con nivel bajo.

DISCUSIÓN

La calidad de vida es un tema relevante y prioritario en la gerontología, abarca factores físicos, emocionales, sociales y ambientales en el bienestar integral de esta población¹⁸. Así mismo, el nivel de autocuidado es fundamental pues permite gestionar la salud y participar activamente en el entorno conservando la autonomía¹⁹. Este estudio enfocado en los adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” permitió analizar la calidad de vida en cada una de las dimensiones y el nivel de autocuidado aportando así una perspectiva local a un tema de relevancia mundial.



Con respecto a las características sociodemográficas, se identificó que un poco menos de la mitad (47,1 %) estuvieron dentro del rango de edad de 76 a 85 años, por otro lado, el 35,7 % se encontró entre los 65 a 75 años, mientras que el 17,1 % entre los 86 a 95 años; no obstante, existió una distribución equitativa con respecto al género, un 50 % perteneció al género hombre y un 50 % mujer. En cuanto a la escolaridad, más de la mitad (54,3 %) no poseía ningún nivel académico, sin embargo, el 44 % había completado la primaria y un mínimo porcentaje (1,4 %) tenía un nivel universitario. El estado civil que predominó fue el casado (48,6 %), mientras que el 37,1 % eran viudos y el 14,3 % solteros.

En relación con la calidad de vida, predominó el nivel medio en las dimensiones de función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental. En contraste, en las dimensiones de rol físico y rol emocional predominó el nivel bajo, lo que sugiere mayores limitaciones para el desempeño de actividades cotidianas condicionadas por la salud física y el estado emocional. Resultados similares fueron reportados por García-Barrera et al.²⁰, quienes señalan que las mismas dimensiones se puntuaron por encima del 50 % interpretándose como una buena calidad de vida.

En la dimensión de función física, un poco más de la mitad (57,1 %) se encontraba dentro del nivel medio, mientras que el nivel alto (22,9 %) y bajo (20 %) oscilaban en porcentajes similares. Estos resultados se diferencian de Almeyda Contreras y Hinojosa Liñan²¹ en donde el 50% se encontraba en el nivel bajo y el 50% en el promedio. En este contexto, Stefanacci²² menciona que a medida que pasan los años, es común experimentar una disminución en la masa muscular, densidad ósea y flexibilidad, lo que puede dificultar o limitar la capacidad para llevar a cabo las actividades físicas intensas en su totalidad.

En cuanto a la dimensión de dolor corporal, el 77 % percibió un nivel medio, mientras que un 16 % refirió un nivel bajo y solo un 7 % correspondió al nivel alto. Estos datos se contrastan con los resultados de Paz Gil²³, donde el 68,2 % tienen un nivel muy alto, mientras que el 21,6 % se encuentran en nivel muy bajo, el 6,8 % se sitúa en un nivel promedio y un 3,4 % corresponde al nivel alto. El envejecimiento se asocia con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y con la disminución progresiva de la capacidad funcional, lo que puede influir negativamente en la percepción de la salud y en la calidad de vida de los adultos mayores²⁴.



En la dimensión de salud general, los adultos mayores registraron un nivel medio correspondiente al 73 %, mientras que el 23 % refirió un nivel alto y solo el 4% obtuvo un nivel bajo. Estos resultados se diferencian de los de Papas Nieto²⁵ donde el 25,90 % tienen un nivel muy alto y el 26,40 % un nivel promedio, mientras que, el 20 % pertenece al nivel alto, el 14,20 % en un nivel bajo y el 13,50 % muy bajo. Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores²⁶ la salud general se ve deteriorada por la falta de acceso de servicios de salud adecuados, lo que puede impedir la detección temprana y el manejo de las enfermedades debido a que, a más años de edad, más aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, que pueden limitar la funcionalidad y afectar la percepción de salud.

La dimensión de vitalidad fue percibida en su mayoría (81,4 %) dentro del nivel medio y el 18,6 % restante en el nivel bajo, estos datos difieren de los encontrados por Baldeón Valles y García Puyo²⁷, quienes señalan que el 59 % posee un nivel malo y el 41 % un nivel regular. En este contexto, el National Institute on Aging Information Center²⁸ menciona que la falta de actividad física regular puede provocar una disminución en la fuerza muscular y la resistencia, afectando negativamente la energía y vitalidad de cada uno de los adultos mayores.

En cuanto a la dimensión de función social, la mayoría de participantes (82,9 %) tiene un nivel medio, mientras que, el 15,7 % se encontraba en el nivel bajo y solo el 1,4 % en el nivel alto. Estos datos se diferencian de los encontrados por Almeyda Coontreras y Hinostroza Liñan²¹, donde el 73,3 % tiene un nivel promedio, el 23,3 % un nivel alto y solo el 3,3 % se encuentra dentro del nivel bajo. Según la OMS²⁹ el dolor, la depresión y ansiedad son frecuentes en la vejez y pueden limitar la participación en actividades sociales, lo que disminuye la capacidad de interactuar con los demás.

En la dimensión de salud mental, el 62,9 % tiene un nivel medio, por otro lado, el 20 % se encuentra dentro del nivel bajo y el 17,1 % en el nivel alto. Resultados diferentes fueron encontrados por Paz Gil²³, donde un poco más de la mitad (63,3 %) tenía un nivel alto, el 22,7 % un nivel promedio, el 11,4 % un nivel bajo y solo el 2,3 % un nivel muy alto. De este modo, la OMS²⁹ estima que el 14% de los adultos de 60 años o más padecen un trastorno mental, entre ellos la depresión y la ansiedad los más comunes, los cuales afectan significativamente su calidad de vida.



En las dimensiones de rol físico (97,1 %) y rol emocional (97,1 %) la mayoría tuvo una calidad de vida baja y solo el 2,9 % percibieron un nivel alto. Estos resultados difieren a los obtenidos por Caceres Mamani³⁰ en donde el 65,5 % tenía un nivel regular en la dimensión rol físico, mientras que el 18,4 % un nivel deficiente y solo el 16,1 % un nivel bueno; sin embargo, en la dimensión de rol emocional el 46 % presentó un nivel deficiente, el 27,6 % un nivel regular y el 26,4 % un nivel bueno. En este contexto, Gálvez Olivares et al.³¹ mencionan que, la prevalencia de enfermedades crónicas en la etapa de la vejez puede reducir la capacidad física y afectar el bienestar emocional, influyendo negativamente en su vida diaria. Loza et al.³² señalan que el bienestar emocional, espiritual y psicológico constituye un componente importante de la calidad de vida, particularmente en poblaciones con condiciones de vulnerabilidad, donde el abordaje integral del cuidado contribuye a mejorar la percepción del bienestar y la adaptación a los procesos de enfermedad y dependencia³².

En cuanto al autocuidado, se determinó que la mayoría de los adultos mayores (97,1 %) se encuentran en el nivel bueno y solo un 2,9 % en el regular. Estos resultados contrastan con los de Martínez Haro y Requejo Carranza⁷, donde más de la mitad de la población de estudio (67 %) tenía un nivel regular. Por otro lado, los datos encontrados en el Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” son similares a los obtenidos por Noriega López y Torres Rodríguez³³, en donde registraron que el 47,8 % posee buena capacidad de autocuidado. En este contexto, Posso López y Parra Robalino⁹ destacan que el proceso de envejecimiento conlleva cambios progresivos, ya sean físicos, sociales, económicos y psicológicos, afectando la autonomía, donde se enfatiza la importancia de promover el autocuidado en este grupo vulnerable.

Desde una perspectiva ética, el cuidado de personas mayores institucionalizadas exige prácticas orientadas al respeto de la autonomía, la dignidad y la toma de decisiones informadas, elementos que influyen directamente en la percepción de la calidad de vida y el autocuidado, y que han sido identificados como dilemas centrales en la atención sociosanitaria³⁴

Limitaciones del estudio

La mayoría de las personas a las que se les aplicó el instrumento no tenían un nivel de estudio, por lo que se les dificultó la comprensión de algunas preguntas, ya que existían palabras desconocidas en su contexto cultural. Fue necesario ir explicando cada término desconocido.



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

Este tipo de estudio permite a las entidades públicas y privadas enfocarse más en este grupo etario con la finalidad de mejorar su condición física y emocional.

CONCLUSIÓN

En cuanto a las características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Santa Clara de Zumbi” se encontró que prevalece el grupo de 76 a 85 años, además existe una distribución equitativa con respecto al sexo, predominando el estado civil casado y aquellos con ningún nivel de escolaridad.

En relación con la calidad de vida, predominó el nivel medio en función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental; mientras que en rol físico y rol emocional predominó el nivel bajo. Estos hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones orientadas a fortalecer el bienestar físico y emocional de los usuarios del Centro Gerontológico. Los participantes perciben un autocuidado bueno y un mínimo porcentaje refiere un nivel regular, esto demuestra que la mayoría tiene buenas prácticas de autogestión en salud a pesar de ser adultos mayores.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Mesa Trujillo D, Valdés Abreu BM, Espinosa Ferro Y, Verona Izquierdo AI, García Mesa I. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2020;36(4):e1256. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/emi-2020/emi204j.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. 2024. Disponible en: <https://n9.cl/xxqfv>
3. Medhi G, Sarma J, Pala E, Bhattacharya H, Bora J, Visí V. Family Medicine and Primary Care women. *Fam Med Prim Care women* [Internet]. 2019;8(4):2–6. Disponible en: <https://n9.cl/bj0sr>
4. Peña Marcial E, Bernal Mendoza LI, Reyna Avila L, Pérez Cabañas R, Onofre Ocampo DA, Cruz Arteaga IA, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Univ y Salud* [Internet]. 2019;21(2):113–8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072019000200113
5. Lozano Zuñiga MM, Arias Tapia ED, García Martínez I, Aguilar Méndez ED, González Villegas G, Ruiz Recéndiz M de J. Capacidad de autocuidado en adultos mayores que radican en Morelia, Michoacán. *ACC CIETNA Rev la Esc Enfermería*. 2022;9(2):73–81.
6. Pariahumán Quintanilla A. Calidad de vida en los adultos mayores que acuden al servicio de medicina general del Centro de Salud Santa Fe Callao Junio-Julio, 2021 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2022. Disponible en: <https://n9.cl/unrn4>
7. Martínez Haro EM, Requejo Carranza JE. Calidad de vida y autocuidado en adultos mayores de un Asentamiento humano. Trujillo, 2022 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/110912>



8. Luna GA, Silva Granda ZM. Funcionalidad y calidad de vida en adultos mayores de San José de Minas [Internet]. Universidad de las Américas; 2022. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/14580>
9. Posso López GP, Parra Robalino SP. Autocuidado de los Adultos Mayores relacionados con sus características sociodemográficas. Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud SALUD Y VIDA [Internet]. 2020;4:80–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v4i8.981>
10. Quezada Larriva JS. Calidad de vida del adulto mayor mediante cuestionario WHOQOL-BREF en consulta externa de clínica, Hospital General de Zamora Julius Doepfner, periodo junio 2018-enero 2019. [Internet]. Cuenca; 2019. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11187>
11. Lin Y, Yu Y, Zeng J, Zhao X, Wan C. Comparing the reliability and validity of the SF-36 and SF-12 in measuring quality of life among adolescents in China: a large sample cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2020;18(1):1–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01605-8>
12. Trujillo Blanco WG, Román Hernández JJ, Remior Falco E, Arredondo Naite OF, Martínez Porro E, Jova Linares Y, et al. Adaptación del Cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. Revista Cubana de Salud y Trabajo [Internet]. 2014;15(1):62–70. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf>
13. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005;19(2):135–50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
14. Manrique F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan [Internet]. 2009;9(3):224–5. Disponible en: <https://n9.cl/e5vuy>
15. Marcano Salazar LM. Bioética: Del Código De Núremberg a La Jurisprudencia. Kairós, Rev Ciencias Económicas, Jurídicas Y Adm [Internet]. 2024;7(12):9–23. Disponible en: <https://doi.org/10.37135/kai.03.12.01>
16. Cubillos Jiménez B. “En nombre de la ciencia y por el progreso”. Crímenes científicos racistas y la Declaración de Helsinki [Internet]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2021. Disponible en: <https://n9.cl/szelq>
17. Universidad Nacional de Loja. Universidad Nacional de Loja. 2023 [cited 2024 Aug 21]. p. 16–8 Reglamento Del Ceish-Unl. Disponible en: <https://n9.cl/rhb34>
18. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. Maturitas [Internet]. 2020; 139:6–11. Disponible en: <https://n9.cl/g0fu2>
19. Arbex Borim FS, de Assumpção D, Liberalesso Neri A, Tavares Batistoni SS, Stolses Bergamo Francisco PM, Sanches Yassuda M. Impact of functional capacity on change in self-rated health among older adults in a nine-year longitudinal study. BMC Geriatr [Internet]. 2021;21(1):1–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02571-6>
20. García-Barrera AE, Horta-Roa LF, Bautista-Roa MA, Ibáñez-Pinilla EA, Cobo-Mejía EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. Rev Salud Bosque. 2022;12(1):1–13.
21. Almeyda Coontreras P del R, Hinojosa Liñan JP. Calidad de vida en el adulto mayor en la Asociación de Jubilados Pensionistas y adulto mayor de Ventanilla, 2023 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1207/TESISFINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Stefanacci R. Calidad de vida en los ancianos [Internet]. 2024. Disponible en: <https://n9.cl/xb7yn>
23. Paz Gil RR. Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología ubicado en Lima Sur, 2022 [Internet]. Uladech católica. Universidad de ciencias y humanidades; 2023. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1536/ATENCION_ODONTOLOGICA_DESARROLLO_DENTAL_CANTARO_SHUAN_FRANK_JHORDY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Brightwayseo M. Santos Medical Centers. 2024. ¿Cómo mejorar la calidad de vida de los mayores con dolor crónico? Disponible en: https://santosmedical.com/es/author/brightwayseo_m8naxh/
25. Papas Nieto EY. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con afecciones crónicas del Centro de Salud Túpac Amaru, Independencia – 2023 [Internet]. Universidad de ciencias y humanidades; 2024. Disponible en: <https://n9.cl/mx1efr>



26. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Gobierno de México. 2021. Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Disponible en: https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es&utm_source
27. Baldeon Valles B, Garcia Puyo F. Calidad de Vida en Salud del Adulto Mayor de un Programa Nacional de Asistencia Solidaria. La Banda de Shilcayo, 2021. Universidad César Vallejo; 2021.
28. National Institute on Aging Information Center. NIH. 2023. ¿Qué sabemos sobre cómo envejecer saludablemente? Disponible en: <https://lc.cx/tayiiw>
29. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2023. Salud mental de los adultos mayores. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults?utm_source
30. Cáceres Mamani EV. Calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud San Jerónimo [Internet]. Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/61876/Caceres_MEV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Gálvez Olivares M, Aravena Monsalvez C, Aranda Pincheira H, Ávalos Fredes C, López-Alegría F. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2020;58(4):384–99. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v58n4/0717-9227-rchnp-58-04-0384.pdf>
32. Loza Sosa JM, Cedeño Tapia SJ, Díaz-Jurado LC, Flores-Alvarado J, Colque-Flores C, Flores-Colquehuanca DI. Implementación de un programa de cuidado espiritual en personas hospitalizadas que viven con cáncer. rhe [Internet]. 29 de diciembre de 2025 [citado 5 de enero de 2026];36(3):921-3. DOI: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.36.3.921-931
33. Noriega López WD, Torres Rodriguez YA. Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores hospitalizados-Cartagena 2019 [Internet]. Universidad de Cartagena; 2019. Disponible en: <https://n9.cl/r87p0>
34. Acota EGR, Cedeño-Tapia SJ, Ramírez-Pérez T, Villalobos-Guiza MN, Ríos SJ. Dilemas éticos en enfermería desde una reflexión multicéntrica. 2022; 19(3):32-43. <https://doi.org/10.22463/17949831.3292>



ARTÍCULO ORIGINAL

Utilidad de la taxonomía NANDA NOC NIC: una aproximación desde la perspectiva estudiantil

Usefulness of the NANDA-NOC-NIC Taxonomy: An Approach from the Student Perspective

Utilidade da taxonomia NANDA-NOC-NIC: uma abordagem sob a perspectiva dos Estudantes

Laura Geanella Román-Relica^I
Milton Junior Requelme-Jaramillo^{II}
Joselin Paola Quintuña-Veleceta^{III}
Angelica Lizbeth Buestan-Rodriguez^{IV}
Ana Lucia Suconota-Pintado^V

RESUMEN

Introducción: El Proceso de Atención de Enfermería y el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC constituyen herramientas clave para la sistematización y la calidad del cuidado en la práctica profesional de enfermería. **Objetivo:** Determinar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con lenguaje estandarizado en estudiantes de una universidad pública. **Metodología:** Estudio cuantitativo, básico y de corte transversal, realizado en 223 estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica de Machala, mediante muestreo por conveniencia, entre mayo y junio de 2024. La recolección de datos se efectuó mediante un instrumento validado ($\alpha = 0,97$) y el análisis se realizó mediante estadística descriptiva utilizando el software Jamovi. **Resultados:** El 21,1 % de los estudiantes identificó siempre los problemas de salud, el 23,3 % elaboró planes de cuidados individualizados basados en la evidencia y el 25,1 % utilizó de forma sistemática el lenguaje estandarizado. Se observó una percepción más favorable en la aplicación de las taxonomías NOC y NIC. **Conclusiones:** Los hallazgos evidencian brechas entre el conocimiento teórico y la implementación práctica del lenguaje NANDA, NOC y NIC en la formación de enfermería, lo que resalta la necesidad de fortalecer las competencias clínicas y comunicativas para mejorar la calidad del cuidado.

Palabras clave: Proceso de Enfermería; Clasificación de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Estudiantes de Enfermería.

Para citar este documento



Román-Relica LG, Requelme-Jaramillo MJ, Quintuña-Veleceta JP, Buestan-Rodriguez AL, Suconota-Pintado AL. Utilidad de la taxonomía NANDA NOC NIC: una aproximación desde la perspectiva estudiantil. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(18): 27-39. Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: XX/XX/2025 **Fecha de aceptación:** XX/XX/2025 **Fecha de publicación:** 31/12/2025

^I Licenciada en Enfermería. Magister en Salud Pública, Ph.D (c) en ciencias de la salud. Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5189-1785> Correo: jgroman@utmachala.edu.ec

^{II} Licenciado en Enfermería, Magister en Gestión del Cuidado, Ph.D (c) en ciencias de la salud. Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7378-0453>. Correo: mjrequelme@utmachala.edu.ec

^{III} Licenciada en Enfermería, Magister en Gerencia de los Servicios de Salud. Universidad Católica de Cuenca, La Troncal, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6900-9910> Correo: joselin.quintuna@ucacue.edu.ec

^{IV} Licenciada en Enfermería, Universidad Católica de Cuenca, La Troncal, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-9067-1761> Correo: angelica.buestan@ucacue.edu.ec

^V Licenciada en Enfermería. Magister en Enfermería Clínica Quirúrgica. Ph.D (c) en ciencias de la salud. Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3475-4903> Correo: asuconota@utmachala.edu.ec



ABSTRACT

Introduction: The Nursing Care Process and the use of the NANDA, NOC, and NIC taxonomies are key tools for the systematization and quality of care in professional nursing practice. **Objective:** To determine the application of the Nursing Care Process using standardized language among students at a public university. **Methodology:** A quantitative, basic, cross-sectional study was conducted with 223 nursing students from the Universidad Técnica de Machala, using convenience sampling between May and June 2024. Data were collected through a validated instrument ($\alpha = 0.97$), and the analysis was performed using descriptive statistics with Jamovi software. **Results:** A total of 21.1% of students always identified health problems, 23.3% developed individualized evidence-based care plans, and 25.1% systematically used standardized language. A more favorable perception was observed regarding the application of the NOC and NIC taxonomies. **Conclusions:** The findings reveal gaps between theoretical knowledge and the practical implementation of the NANDA, NOC, and NIC language in nursing education, highlighting the need to strengthen clinical and communicative competencies to improve the quality of care.

Keywords: Nursing Process; Nursing Classification; Nursing Diagnosis; Students, Nursing.

RESUMO

Introdução: Processo de Enfermagem e o uso das taxonomias NANDA, NOC e NIC constituem ferramentas fundamentais para a sistematização e a qualidade do cuidado na prática profissional de enfermagem. **Objetivo:** Determinar a aplicação do Processo de Enfermagem com linguagem padronizada em estudantes de uma universidade pública. **Metodologia:** Estudo quantitativo, básico e transversal, realizado com 223 estudantes de enfermagem da Universidad Técnica de Machala, por amostragem por conveniência, no período de maio a junho de 2024. Utilizou-se um instrumento validado ($\alpha = 0,97$), e a análise foi realizada por meio de estatística descritiva com o software Jamovi. **Resultados:** Verificou-se que 21,1% dos estudantes sempre identificaram problemas de saúde, 23,3% elaboraram planos de cuidados individualizados baseados em evidências e 25,1% utilizaram de forma sistemática a linguagem padronizada. Observou-se uma percepção mais favorável quanto à aplicação das taxonomias NOC e NIC. **Conclusões:** Os achados evidenciam lacunas entre o conhecimento teórico e a implementação prática da linguagem NANDA, NOC e NIC na formação em enfermagem, ressaltando a necessidade de fortalecer competências clínicas e comunicativas para melhorar a qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem; Classificação de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Estudantes de Enfermagem.



INTRODUCCIÓN

La enfermería es una ciencia orientada al cuidado directo que se ha caracterizado por un enfoque cada vez más estructurado y conformado por una base de conocimientos que sirve para la práctica profesional para proporcionar una atención de calidad e integral ¹.

El proceso de atención de enfermería se configura como un método sistemático y dinámico compuesto por cinco fases interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, implementación, y evaluación ².

Dicho enfoque metodológico permite al profesional de enfermería integrar de manera reflexiva las mejores evidencias disponibles en la atención clínica, orientando su práctica hacia la promoción de las capacidades humanas y la adaptación frente a los procesos de salud y enfermedad ³.

En este sentido, la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) constituye un lenguaje estandarizado de enfermería que respalda la provisión de cuidados basados en la evidencia a individuos, familias y comunidades. Además de ofrecer una descripción sistemática y precisa del proceso de atención de enfermería para su adecuada planificación, esta estructura se articula en tres componentes fundamentales ⁴.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se encarga de la elaboración y actualización de un repertorio de diagnósticos enfermeros ⁵; la Nursing Outcomes Classification (NOC) establece una clasificación de los resultados esperados ⁶, y la Nursing Interventions Classification (NIC) organiza y define las intervenciones apropiadas para abordar los diversos problemas de salud ⁷. En conjunto, el modelo NNN proporciona una base sólida para describir, organizar y guiar las respuestas humanas y las acciones enfermeras, facilitando así un cuidado integral, sistemático y orientado a resultados ⁸.

A partir de lo expuesto, la presente investigación tiene como propósito determinar la aplicación del proceso de atención de enfermería utilizando un lenguaje estandarizado en estudiantes de enfermería, destacando su relevancia como herramienta fundamental para optimizar, personalizar y elevar la calidad de los cuidados proporcionados.



MÉTODOS

Se abordó de manera conjunta la evaluación del conocimiento y la implementación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC en estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica de Machala, el estudio planteó un tipo de estudio transversal descriptivo su propósito fue ampliar el conocimiento teórico sobre el tema para abordar la falta de juicios identificados, un enfoque cuantitativo para medir el nivel de entendimiento de los estudiantes y evaluar la efectividad de los recursos educativos sobre el uso de las taxonomías en su formación y práctica clínica.

Para el desarrollo de la investigación se tomó en cuenta un universo de 426 estudiantes que pertenecen a la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud abarcando la población desde segundo hasta séptimo semestre de la Carrera de Enfermería. Para seleccionar la muestra, se calculó con un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5% resultando 223 estudiantes, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

En los criterios de inclusión fueron estudiantes legalmente matriculas, quienes hayan recibido información sobre las taxonomías, y que estén dispuestos a participar en la investigación, se excluyeron aquellos estudiantes que no firmaron el consentimiento informado y quienes no asistieron en la aplicación del instrumento.

Se utilizó un instrumento diseñado y validado por Azogue y Jimenez⁸, está conformado por 27 ítems distribuidos en cinco dimensiones. La primera dimensión, correspondiente a los datos sociodemográficos, segunda dimensión aborda el uso de la taxonomía NANDA, identificando sus diferentes aplicaciones en la práctica clínica, tercera dimensión explora el uso de la clasificación NOC, detallando las diversas formas en que se implementa, cuarta dimensión se centra en el uso de la NIC, describiendo las múltiples utilidades de esta clasificación de intervenciones. Finalmente, la quinta dimensión examina las estrategias para la aplicabilidad del proceso enfermero con lenguaje estandarizado, haciendo referencia a las distintas tácticas orientadas a optimizar los beneficios derivados de la utilización de la taxonomía NNN. Las preguntas que componen el instrumento son de carácter cerrado y emplean una escala de tipo Likert, con las opciones de respuesta: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. Dicho instrumento tiene un índice de confiabilidad según alfa de Cronbach de 0,97.

Para aplicar el instrumento, se contó con la autorización formal de la coordinadora de la carrera de enfermería mediante el envío de una solicitud a través del correo electrónico el cual fue aprobado, posterior a esto se realizó la aplicación a los estudiantes de segundo semestre hasta



séptimo semestre. El envío del instrumento se realizó de manera digital, de esta manera garantizando la confidencialidad de las respuestas y su veracidad, asimismo el consentimiento informado fue de manera digital.

Para el análisis y procesamiento de la información, los datos fueron sometidos a un tratamiento mediante estadística descriptiva, utilizando el software Jamovi como herramienta de apoyo para la gestión y análisis de los resultados.

Se aseguraron el respeto a la autonomía de los individuos y se promovió la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se implementaron estrictas medidas para garantizar la confidencialidad y privacidad de los datos recolectados.

RESULTADOS

La Tabla 1, muestra una tabulación cruzada de la edad y el sexo de los participantes revelando que el 75,3% son mujeres (168) y el 24,7% son hombres (55). Se identificó que la mayoría de los estudiantes pertenecen al grupo de edad de 18-20 años, con un total de 167 individuos (74,9%), 123 mujeres y 44 hombres. En el grupo de 21-23 años hubo 43 individuos (19,3%), 34 mujeres y 9 hombres. En el grupo de 24-26 años hay 7 (3,1%), 6 mujeres y 1 hombre, mientras que en el grupo de 27-30 años existen 6 participantes (2,7%), 5 mujeres y 1 hombre. Estos datos muestran un claro predominio de las mujeres en todos los grupos de edad, y una notable concentración de participantes en el grupo de 18-20 años, especialmente entre las mujeres.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

Edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
18 – 20 años	123	44	167 (74,9%)
21 – 23 años	34	9	43 (19,3%)
24 – 26 años	6	1	7 (3,1%)
27 – 30 años	5	1	6 (2,7%)

Nota: n = 223 estudiantes. Los porcentajes se calcularon sobre el total de la muestra.

La Tabla 2, se enfoca en el uso de la taxonomía NANDA en la práctica de enfermería, la misma revela cómo los estudiantes identifican los problemas de salud, elaboran planes de cuidados individualizados y utilizan un lenguaje normalizado en su trabajo. De los 223 participantes, el 21,1% identifica siempre los problemas de salud de los pacientes (pregunta 1), el 36,3% casi



siempre, el 40,4% a veces, el 1,3% casi nunca y el 0,9% nunca lo hace. En cuanto al desarrollo de planes de cuidados individuales basados en la evidencia (pregunta 2), el 23,3% de los encuestados lo hace siempre, el 35,9% casi siempre, el 28,7% a veces, el 9,4% casi nunca y el 2,7% nunca. Por último, el uso de un lenguaje estandarizado para facilitar la comunicación sobre el diagnóstico en un entorno multidisciplinar (pregunta 3) es utilizado siempre por el 25,1% de los encuestados, casi siempre por el 41,7%, a veces por el 28,7%, casi nunca por el 4,5% y ninguno de los estudiantes manifestó que nunca lo hace.

Tabla 2. Utilidad de la taxonomía NANDA.

Preguntas		Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Identifica los problemas de salud del paciente	f	47	81	90	3	2
	%	21,1%	36,3%	40,4%	1,3%	0,9%
Desarrolla planes de cuidados de enfermería de forma individualizada basados en la evidencia para abordar los problemas de salud del paciente	f	52	80	64	21	6
	%	23,3%	35,9%	28,7%	9,4%	2,7%
Usa un lenguaje estandarizado que facilite la comunicación de los diagnósticos de enfermería en un entorno interdisciplinario	f	56	93	64	10	0
	%	25,1%	41,7%	28,7%	4,5%	0%

Por consiguiente, la Tabla 3 recopila los datos sobre el uso e implementación de la taxonomía NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), de los 223 encuestados, el 33,6% considera que el NIC siempre evalúa las intervenciones implementadas en función de los objetivos establecidos (pregunta 1), el 40,8% casi siempre, el 22,4% a veces, el 2,2% casi nunca y el 0,9% nunca.

En cuanto si el NIC usa una terminología estandarizada para facilitar la comunicación de las intervenciones (pregunta 2), el 29,1% siempre manifestó que siempre la utiliza, el 43,0% casi siempre, el 24,2% a veces, el 2,7% casi nunca y el 0,9% nunca.

Acerca si el NIC planifica planes de cuidados de enfermería de forma individualizada basados en la evidencia (pregunta 3) el 33,6% respondió que es siempre realizada, casi siempre por un 35,9%, a veces por el 25,6%, casi nunca por el 4,0% y nunca por el 0,9%.

Del mismo modo, sobre si el NIC desarrolla planes de cuidados basados en la evidencia (pregunta 4) tiene respuestas similares: el 31,8% siempre, el 38,6% casi siempre, el 23,8% a veces, el 4,9% casi nunca y el 0,9% nunca.



La siguiente pregunta está enmarcada sobre si el NIC evalúa la calidad de la atención al paciente mediante las intervenciones implementadas (pregunta 5) donde los resultados muestran que el 29,6% está de acuerdo en que siempre lo evalúa, casi siempre por el 40,8%, a veces por el 23,8%, casi nunca por el 4,5% y nunca por el 1,3%.

Finalmente, el 43,9% considera que la taxonomía NIC es una herramienta importante para estandarizar las intervenciones en estudios clínicos (pregunta 6) siempre en un 30,9% casi siempre, el 21,1% a veces, el 3,6% casi nunca y el 0,4% nunca.

Tabla 3. Uso e implementación del NIC.

Preguntas		Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Evalúa las intervenciones implementadas en los cuidados de enfermería en función de los objetivos establecidos	f	75	91	50	5	2
	%	33,6%	40,8%	22,4%	2,2%	0,9%
Usa una terminología estandarizada que facilite la comunicación de las intervenciones de enfermería en un entorno interdisciplinario	f	65	96	54	6	2
	%	29,1%	43,0%	24,2%	2,7%	0,9%
Planifica planes de cuidados de enfermería de forma individualizada basados en la evidencia	f	75	80	57	9	2
	%	33,6%	35,9%	25,6%	4,0%	0,9%
Desarrolla planes de cuidados de enfermería de forma individualizada basados en la evidencia	f	71	86	53	11	2
	%	31,8%	38,6%	23,8%	4,9%	0,9%
Evalúa la calidad de la atención al paciente mediante las intervenciones de enfermería implementadas	f	66	91	53	10	3
	%	29,6%	40,8%	23,8%	4,5%	1,3%
Es una herramienta importante que permite estandarizar las intervenciones de enfermería utilizadas en los estudios clínicos	f	98	69	47	8	1
	%	43,9%	30,9%	21,1%	3,6%	0,4%

La Tabla 4, representa los resultados acerca el uso e implementación de la taxonomía NOC (Clasificación de resultados de enfermería) en la práctica enfermera, mostrando cómo los estudiantes evalúan y planifican los cuidados de enfermería basándose en diagnósticos y resultados estandarizados. En cuanto a la evaluación de los cuidados de enfermería en función de los diagnósticos (pregunta 1), el 31,8% lo hace siempre, el 42,2% casi siempre, el 21,5% a veces, el 3,1% casi nunca y el 1,3% nunca.

El NOC como herramienta para estandarizar diagnósticos (pregunta 2) es considerada importante siempre por el 45,7% de los estudiantes, el 35,9% casi siempre, el 12,9% a veces, el 3,6% casi nunca y el 1,8% nunca. La pregunta sobre si el NOC evalúa según los objetivos



establecidos (pregunta 3) presenta una similitud en los porcentajes de respuesta a la evaluación según diagnósticos (pregunta 1).

Si el NOC usa una terminología normalizada que facilita la comunicación de los resultados de enfermería (pregunta 4) obtuvo que el 33,2% siempre la usa, el 36,8% casi siempre, el 24,2% a veces, el 4,5% casi nunca y el 1,3% nunca. Por otra parte, el 35,0% considera que el NOC siempre planifica los cuidados basados en los resultados deseados (pregunta 5) mientras que el 37,2% casi siempre, el 23,3% a veces, el 3,1% casi nunca y finalmente el 1,3% nunca.

La elaboración de planes de cuidados basados en los resultados deseados (pregunta 6) recibió respuestas similares: 33,2% siempre, 35,9% casi siempre, 26,5% a veces, 4,0% casi nunca y 0,4% nunca. A continuación, la pregunta sobre si el NOC evalúa la calidad de la atención al paciente mediante los resultados de enfermería recopila que un 42,6% está de acuerdo en que siempre, un 37,2% casi siempre, un 16,6% a veces, un 3,7% casi nunca y un 0,9% nunca.

Tabla 4. Uso e implementación del NOC.

Preguntas		Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Evalúa los resultados de los cuidados de enfermería en función de los diagnósticos de enfermería	f	71	94	48	7	3
	%	31,8%	42,2%	21,5%	3,1%	1,3%
Es una herramienta importante que permite estandarizar los resultados de enfermería utilizados en los estudios clínicos	f	102	80	29	8	4
	%	45,7%	35,9%	13,0%	3,6%	1,8%
Evalúa los resultados de los cuidados de enfermería en función de los objetivos establecidos	f	65	83	56	17	2
	%	29,1%	37,2%	25,1%	7,6%	0,9%
Usa una terminología estandarizada que facilite la comunicación de los resultados de enfermería en un entorno interdisciplinario	f	74	82	54	10	3
	%	33,2%	36,8%	24,2%	4,5%	1,3%
Planifica planes de cuidados de enfermería basados en los resultados deseados para el paciente	f	78	83	52	7	3
	%	35,0%	37,2%	23,3%	3,1%	1,3%
Desarrolla planes de cuidados de enfermería basados en los resultados deseados para el paciente	f	74	80	59	9	1
	%	33,2%	35,9%	26,5%	4,0%	0,4%
Evalúa la calidad de la atención al paciente mediante los resultados de enfermería	f	65	91	56	9	2
	%	42,6%	37,2%	16,6%	2,7%	0,9%

DISCUSIÓN



La taxonomía NANDA se consolida como una herramienta esencial en la formación de los estudiantes de enfermería, al permitir la identificación estructurada de problemas de salud, planificación de cuidados individualizados y el fortalecimiento de un lenguaje clínico estandarizado. No obstante, su implementación presenta variaciones sustanciales de acuerdo con los contextos educativos y asistenciales.

En el presente estudio, basado en una muestra de 223 estudiantes, se evidenció que apenas el 21,1% logra identificar de manera sistemática los problemas de salud, el 23,3% elabora planes de cuidado basados en la evidencia, y el 25,1% emplea un lenguaje estandarizado para favorecer la comunicación interdisciplinaria. Estos datos reflejan niveles subóptimos de integración del lenguaje NANDA en la práctica formativa, lo cual contrasta con los resultados de Santana et al. ⁽⁹⁾, quienes reportaron una adopción aún más limitada en entornos clínicos reales.

Comparativamente, el estudio de Ardahan et al. ⁽¹⁰⁾ evidenció que el 49,0% de los estudiantes utilizaba los diagnósticos de enfermería de manera efectiva, mientras que un 51,0% no lograba una aplicación adecuada. Además, el 48,1% empleaba siempre diagnósticos disponibles, lo que resalta una mayor familiaridad operativa frente a los hallazgos del presente estudio. Esta divergencia plantea interrogantes críticos sobre la consistencia curricular y el grado de énfasis que los programas de formación otorgan a la enseñanza de la taxonomía NANDA.

En este contexto, diversos estudios realizados en el ámbito latinoamericano han señalado que las brechas entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica en enfermería están estrechamente relacionadas con las estrategias pedagógicas empleadas durante la formación. Investigaciones sobre educación en enfermería destacan que el uso de metodologías activas, entornos virtuales y simulación clínica favorece el desarrollo de competencias clínicas y el uso de lenguajes estandarizados en escenarios formativos ⁽¹¹⁾, contribuyendo a una mayor apropiación del proceso de atención de enfermería en estudiantes universitarios

Respecto al uso de un lenguaje estandarizado, los resultados obtenidos en esta investigación (25,1 % de uso sistemático) sugieren que, si bien existe una tendencia positiva hacia su incorporación, aún persisten brechas significativas en la consolidación de estas competencias esenciales para la práctica segura y basada en evidencia. Asimismo, se debe considerar que la efectividad percibida en la aplicación de los diagnósticos NANDA, según Ardahan et al., ⁽¹⁰⁾ impactó positivamente en variables críticas como el conocimiento, el pensamiento crítico y la autonomía, aunque también reveló limitaciones respecto a la carga laboral, lo que sugiere la necesidad de intervenciones formativas que equilibren competencia clínica y bienestar



profesional. En concordancia con estos hallazgos, se ha señalado que el dominio del lenguaje estandarizado en enfermería no depende únicamente del conocimiento conceptual de las taxonomías, sino también de competencias transversales como la lectoescritura académica y la capacidad de argumentación clínica, las cuales resultan fundamentales para una documentación precisa, coherente y basada en evidencia durante la formación universitaria ⁽¹²⁾

En cuanto a la aplicación del NOC, se observa que un 81,6 % de los estudiantes reconoce su importancia para la estandarización diagnóstica y la planificación de cuidados. Sin embargo, este hallazgo debe interpretarse con cautela, dado que estudios como el de Álvarez et al. ⁽¹³⁾ demostraron que, a pesar de la valoración positiva, solo un 12,07 % de los estudiantes poseía un conocimiento profundo de los criterios de evaluación asociados al NOC. Esta disociación entre percepción y competencia real subraya la necesidad de fortalecer la enseñanza aplicada de las taxonomías, integrándolas de forma más efectiva en las prácticas clínicas supervisadas. Adicionalmente, Othman et al. ⁽¹⁴⁾ evidenciaron que un 73 % de los estudiantes evaluaba las consecuencias de su práctica, aunque se registraban dificultades en la estructuración de planes de cuidados orientados a resultados, atribuibles a limitaciones formativas. Esta observación coincide con nuestros hallazgos, en los que si bien se reporta un uso frecuente del NOC para planificación (70,2 %), persiste la necesidad de reforzar habilidades de análisis crítico y diseño de intervenciones basadas en objetivos claros y medibles.

En el ámbito de la NIC, se identificó que un 33,6 % de los encuestados evaluaba consistentemente las intervenciones conforme a los objetivos planteados, mientras que un 40,8 % lo hacía de manera frecuente. Estos resultados, aunque alentadores, evidencian todavía márgenes de mejora en la sistematización del proceso enfermero. Muñoz et al. ⁽¹⁵⁾ destacan la utilidad del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC no solo para la práctica clínica, sino también como herramienta formativa, enfatizando su impacto en la construcción de un pensamiento enfermero crítico y coherente.

En relación con la terminología estandarizada para la comunicación de intervenciones, el hecho de que apenas el 29,1 % de los estudiantes la utilice de manera constante subraya la necesidad de reforzar la competencia comunicativa en los entornos clínicos, aspecto fundamental para garantizar la continuidad y la calidad del cuidado. El reconocimiento de la importancia del NIC para estandarizar intervenciones en estudios clínicos (43,9 %) confirma su potencial para fortalecer tanto la práctica clínica como la investigación en enfermería. Desde una perspectiva formativa, la incorporación de recursos educativos estructurados, tales como guías clínicas, simulación y materiales audiovisuales, ha demostrado favorecer el aprendizaje autónomo y la



apropiación del proceso enfermero y de las taxonomías NANDA, NOC y NIC en estudiantes de enfermería, contribuyendo a una aplicación más sistemática y reflexiva en escenarios clínicos reales ⁽¹⁶⁾

Por otro lado, estudios como el de Ameel et al. ⁽¹⁷⁾ y Rodríguez-Suárez et al. ⁽¹⁸⁾ refuerzan la evidencia de que el uso de la NIC no solo mejora la disposición hacia la vigilancia activa, sino que también incrementa la eficacia en la supervisión clínica, aspectos esenciales en la práctica enfermera orientada a resultados.

Limitaciones del estudio

No obstante, es imprescindible señalar que los hallazgos del presente estudio deben interpretarse dentro de sus limitaciones: el tamaño de la muestra, su procedencia específica y la falta de heterogeneidad limitan la generalización de los resultados. Asimismo, la dependencia del autorreporte como método de recolección de datos puede introducir sesgos de deseabilidad social.

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

En consecuencia, se recomienda promover investigaciones futuras que incluyan muestras más amplias y diversas, así como estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución de las competencias en el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC a lo largo del proceso formativo y en el ejercicio profesional. Solo a través de una evaluación crítica y sostenida será posible garantizar que el lenguaje estandarizado en enfermería no solo sea conocido, sino verdaderamente incorporado como una herramienta fundamental para la mejora continua de la calidad del cuidado.

CONCLUSIÓN

El presente estudio evidencia que, aunque existe un reconocimiento generalizado sobre la importancia de la utilización del lenguaje estandarizado NANDA, NOC y NIC en la formación de los estudiantes de enfermería, su aplicación efectiva aún presenta limitaciones significativas. La identificación de problemas de salud, la planificación de cuidados basados en objetivos y la utilización sistemática de una terminología común son competencias que requieren ser fortalecidas de manera continua en los programas educativos.

Los hallazgos reflejan que, si bien una proporción considerable de estudiantes manifiesta familiaridad con el uso de las taxonomías, las brechas existentes entre la percepción y el dominio operativo de las mismas subrayan la necesidad de estrategias pedagógicas más dinámicas y prácticas que integren la taxonomía NNN en escenarios clínicos reales. Asimismo, se confirma que el lenguaje estandarizado no solo favorece la calidad asistencial y la seguridad



del paciente, sino que también constituye un componente esencial para la sistematización de la práctica clínica y el avance de la investigación en enfermería.

No obstante, las limitaciones metodológicas identificadas, como el tamaño de la muestra y su especificidad, sugieren que los resultados deben interpretarse con cautela. En consecuencia, se recomienda impulsar futuras investigaciones multicéntricas y longitudinales que permitan evaluar de manera más exhaustiva la adquisición y consolidación de competencias en el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC, contribuyendo así a la formación de profesionales de enfermería capaces de ejercer una práctica basada en la evidencia, sistemática y orientada a la mejora continua de la calidad del cuidado.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Elsevier Connect. NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA [Internet]. www.elsevier.com. Elsevier; 2022 [citado el 29 de Noviembre de 2025]. Disponible en: <https://acortar.link/jE5HeD>
2. NANDA Internacional [Internet]. Diagnósticos de enfermería: definiciones y clasificación. 2024. Disponible en: <https://acortar.link/Qw0bNs>
3. Martínez Infante CJ, López Pérez GP. Aplicación del lenguaje estandarizado en el desarrollo de la práctica preprofesional. Sapienza: Revista Internacional de Estudios Interdisciplinarios. 2022;3(8):105–115. DOI: <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.566>
4. Rios A, Artigas M, Gomez M, Blanco C, Acedo M, Calvet G, Perez E, Ademuz J, Juve M. Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria. Atención Primaria. 2020; 52(10): 751-753. Disponible en: Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.005>
5. Herdman, T., Heather, G., & Lopes, C. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2024-2026 (Decimotercera ed.). 2024. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-84-1382-762-9.50008-6>
6. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Sexta ed.). 2024. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-405-3.00035-5>
7. Butcher, K., & Bulechek, G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Séptima ed.). 2024. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-404-6.00033-0>
8. Azogue Tipan SJ, Jiménez Hurtado W. Proceso enfermero con lenguaje estandarizado, en el segundo nivel de atención. Salud Cienc Tecnol. 2023;3:472. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023472>
9. Santana LC, Ferreira LA, Santana LPM. Occupational stress in nursing professionals of a university hospital. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180997. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0997>
10. Ardahan M, Ozsoy S, Simsek H, Savan F, Taskiran G, y Konal E. Las dificultades que experimentan los estudiantes de enfermería durante la utilización de los diagnósticos NANDA en la gestión del cuidado. Revista internacional de ciencias del cuidado. 2019;12(2):1130. <https://bit.ly/4jOQMTv>
11. Cedeño Tapia SJ, Villalobos Guiza MN, Rodríguez López JI, Perdomo Martínez AM, Díaz Jurado LC. **La educación de enfermería en Latinoamérica y los entornos virtuales de aprendizaje en tiempos de pandemia.** Rev CuidArte. 2021;10(20):e47. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2021.10.20.79919>
12. Acosta EGR, Cedeño Tapia SJ, Díaz Jurado LC, Escalona Márquez LN, Ramírez Pérez T, y Vargas EC. **Importancia de la lectoescritura académica en la formación de estudiantes de enfermería.** Gac Med Boliv. 2023;46(1):51–58. DOI: <https://doi.org/10.47993/gmb.v46i1.631>



13. Álvarez-Cañares MJ, Riofrío-Chávez AY, Sotomayor-Preciado AM, Zhunio-Bermeo FI. Conocimiento del proceso de atención de enfermería en estudiantes universitarios. *Revista Estudiantil CEUS (Ciencia Estudiantil Unidad de Salud)*. 2021;3(1):7–12. <https://bit.ly/4jQAnhs>
14. Othman EH, Shatnawi F, Alrajabi O, Alshraideh JA. Reporting nursing interventions classification and nursing outcomes classification in nursing research: A systematic review. *Int J Nurs Knowl*. 2020;31(1):19–3. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12265>
15. Muñoz Astudillo MN, Rúas Amaya YA, Barón Castro MM. Uso de lenguaje estandarizado en prácticas formativas de enfermería. *Pereira* 2011-2015. *Rev Cienc Cuid*. 2019;16(1):59–70. <https://doi.org/10.22463/17949831.1544>
16. Díaz Jurado LC, Cedeño Tapia SJ, Escalona Márquez LI N, Reimundo Acosta EG, Fernández Nieto MI, Orlando Rodríguez R. Guías y videos de simulación clínica para el aprendizaje autónomo de enfermería. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2023 [citado 20 nio 2025];22(2):e5007; Disponible en: <https://short.do/inhrK3>
17. Ameal M, Leino H, Kontio R, van Achterberg T, Junttila K. Using the Nursing Interventions Classification to identify nursing interventions in free-text nursing documentation in adult psychiatric outpatient care setting. *J Clin Nurs*. 2020;29(17–18):3435–44. <https://doi.org/10.1111/jocn.15382>
18. Rodríguez-Suárez C-A, Rodríguez-Álvaro M, García-Hernández A-M, Fernández-Gutiérrez D-Á, Martínez-Alberto C-E, Brito-Brito P-R. Use of the Nursing Interventions Classification and nurses' workloads: A scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(6):1141. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061141>



ARTÍCULO ORIGINAL

Relación entre el consumo de fibra dietética y marcadores antropométricos de riesgo cardiometabólico en adolescentes de Cochabamba**Relationship between dietary fiber intake and anthropometric markers of cardiometabolic risk in adolescents from Cochabamba***Relação entre o consumo de fibra dietética e marcadores antropométricos de risco cardiometabólico em adolescentes de Cochabamba***Samanta Gladys Pareja-Meo^I
Cecilia Brenda Flores-Tola^{II}
Stefanía Johanna Cedeño-Tapia^{III}**

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre el consumo de fibra dietética y los indicadores antropométricos de riesgo cardiometabólico, índice de masa corporal para la edad (IMC/edad) e índice cintura/talla (ICT), en adolescentes de una unidad educativa pública de Cochabamba, Bolivia. **Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal y correlacional realizado en 150 adolescentes de 15 a 18 años. La ingesta de fibra se estimó mediante el Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (DF-FFQ) y las Tablas Bolivianas de Composición de Alimentos. Se recopilaron datos sociodemográficos y antropométricos siguiendo los protocolos de la Organización Mundial de la Salud. Se aplicó estadística descriptiva y la correlación de Spearman, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** El consumo promedio de fibra fue de $13,2 \pm 7,5$ g/día, sin diferencias relevantes por sexo. El 92,7 % de los adolescentes no alcanzó la recomendación mínima de 25 g/día. Se observó una correlación positiva fuerte y significativa entre el IMC/edad y el ICT ($r = 0,913$; $p < 0,001$). La relación entre el consumo total de fibra y el IMC/edad fue negativa, de baja magnitud y no significativa ($r = -0,119$; $p = 0,147$), mientras que con el ICT fue negativa y significativa ($r = -0,210$; $p = 0,010$). **Conclusiones:** La ingesta de fibra dietética fue insuficiente y se asoció inversamente con la adiposidad central. Una mayor ingesta de fibra podría ejercer un efecto protector frente al riesgo cardiometabólico en adolescentes, reforzando la necesidad de promover hábitos alimentarios saludables y el consumo regular de alimentos ricos en fibra en el entorno escolar.

Palabras clave: Adolescente; Fibra Dietética; Estado Nutricional; Índice Cintura-Talla; Riesgo Cardiometabólico; Obesidad Abdominal.

Para citar este documento



Pareja-Meo SG, Flores-Tola CB, Cedeño Tapia SJ. Relación entre el consumo de fibra dietética y marcadores antropométricos de riesgo cardiometabólico en adolescentes de Cochabamba. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(18): 40-54. Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: 18/06/2025 **Fecha de aceptación:** 08/12/2025 **Fecha de publicación:** 31/12/2025

I Licenciada en Nutrición y Dietética. Universidad Adventista de Bolivia, Cochabamba, Bolivia. ORCID:

<https://orcid.org/0009-0000-1809-6133> Correo: samanta.pareja@uab.edu.bo

II Licenciada en Nutrición y Dietética. Universidad Adventista de Bolivia, Cochabamba, Bolivia. ORCID:

<https://orcid.org/0009-0001-2027-4960> Correo: cecilia.tola@uab.edu.bo

III Licenciada en Enfermería. Instituto Especializado Hospital El Salvador . San Salvador, El Salvador.

Orcid:<https://orcid.org/0000-0003-1609-899X> Correo electrónico: sct121@gmail.com



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

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between dietary fiber intake and anthropometric indicators of cardiometabolic risk body mass index-for-age (BMI/age) and waist-to-height ratio (WHtR) in adolescents from a public educational institution in Cochabamba, Bolivia. **Methods:** A quantitative, cross-sectional, and correlational study was conducted among 150 adolescents aged 15–18 years. Fiber intake was estimated using the Dietary Fiber Food Frequency Questionnaire (DF-FFQ) and the Bolivian Food Composition Tables. Sociodemographic and anthropometric data were collected according to World Health Organization protocols. Descriptive statistics and Spearman's correlation were applied, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The mean dietary fiber intake was 13.2 ± 7.5 g/day, with no relevant differences between sexes. A total of 92.7% of participants did not meet the minimum recommendation of 25 g/day. A strong and significant positive correlation was found between BMI/age and WHtR ($r = 0.913$; $p < 0.001$). The correlation between total fiber intake and BMI/age was negative, low in magnitude, and non-significant ($r = -0.119$; $p = 0.147$), while the correlation with WHtR was negative and significant ($r = -0.210$; $p = 0.010$). **Conclusions:** Dietary fiber intake among adolescents was insufficient and inversely associated with central adiposity. Higher fiber intake may exert a protective effect against cardiometabolic risk, underscoring the importance of promoting healthy eating habits and regular consumption of fiber-rich foods within the school environment.

Keywords: Adolescent; Dietary Fiber; Nutritional Status; Waist-to-Height Ratio; Cardiometabolic Risk; Abdominal Obesity.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre o consumo de fibra dietética e os indicadores antropométricos de risco cardiometabólico índice de massa corporal para a idade (IMC/idade) e relação cintura/estatura (RCEst) em adolescentes de uma unidade educativa pública de Cochabamba, Bolívia. **Métodos:** Estudo quantitativo, transversal e correlacional realizado com 150 adolescentes entre 15 e 18 anos. A ingestão de fibra foi estimada por meio do Questionário de Frequência Alimentar de Fibra Dietética (DF-FFQ) e das Tabelas Bolivianas de Composição de Alimentos. Dados sociodemográficos e antropométricos foram coletados conforme os protocolos da Organização Mundial da Saúde. Aplicaram-se estatísticas descritivas e correlação de Spearman, considerando nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** O consumo médio de fibra foi de $13,2 \pm 7,5$ g/dia, sem diferenças relevantes entre os sexos. Um total de 92,7% dos adolescentes não atingiu a recomendação mínima de 25 g/dia. Observou-se correlação positiva forte e significativa entre IMC/idade e RCEst ($r = 0,913$; $p < 0,001$). A correlação entre o consumo total de fibra e o IMC/idade foi negativa, de baixa magnitude e não significativa ($r = -0,119$; $p = 0,147$), enquanto com a RCEst foi negativa e significativa ($r = -0,210$; $p = 0,010$). **Conclusões:** A ingestão de fibra dietética foi insuficiente e associou-se inversamente à adiposidade central. Um maior consumo de fibra pode exercer efeito protetor contra o risco cardiometabólico, reforçando a importância de promover hábitos alimentares saudáveis e o consumo regular de alimentos ricos em fibra no ambiente escolar.

Palavras-chave: Adolescente; Fibra Dietética; Estado Nutricional; Relação Cintura/Estatura; Risco Cardiometabólico; Obesidade Abdominal.



INTRODUCCIÓN

La malnutrición por exceso en la adolescencia se ha convertido en un problema mundial de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que más de 390 millones de niños y adolescentes presentan sobrepeso y algún grado de obesidad, lo que incrementa el riesgo de alteraciones en el crecimiento y desarrollo, además de una mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta^{1,2}.

La adolescencia es una etapa considerada vulnerable en el ciclo vital, caracterizada por cambios físicos, hormonales, sexuales y psicoemocionales. Durante este periodo los requerimientos de micronutrientes y macronutrientes aumentan para cubrir las demandas de crecimiento y desarrollo³. Una buena alimentación es relevante para mantener la salud y prevenir complicaciones; sin embargo, los adolescentes suelen mantener patrones dietéticos que se caracterizan por un consumo elevado de sodio, grasas, azúcares y bajo aporte de fibra^{4,5}.

Los hábitos alimentarios de los adolescentes, responden en gran medida a la transición nutricional global, que se caracteriza por el reemplazo de alimentos frescos por productos ultraprocesados de alta densidad energética y con bajo contenido de fibra^{6,7}. Esta situación favorece el exceso de peso y complicaciones metabólicas, las cuales pueden identificarse con indicadores antropométricos como el Índice de masa corporal (IMC), el perímetro de cintura e índice de cintura - talla (ICT), los cuales son utilizados para evaluar el riesgo de malnutrición y enfermedades cardiometabólicas⁸⁻¹⁰.

En este contexto, la fibra dietética cumple diversas funciones en el organismo: favorece la saciedad, modula la respuesta glucémica y lipídica, mantiene una microbiota intestinal saludable y contribuye al control del peso corporal. Estos efectos se atribuyen a su composición, caracterizada por carbohidratos no digeribles por las enzimas del tracto gastrointestinal¹¹⁻¹⁴. Estudios de cohorte sugieren que el consumo elevado de cereales integrales y fibra se asocia inversamente con la ganancia de peso y el aumento del IMC/circunferencia de cintura, con un mecanismo principal en la reducción de la resistencia a la insulina y la insulinemia basal¹⁵.

El consumo diario aconsejado de fibra dietética para escolares y adolescentes oscila entre 20 a 38 gramos/día o 5 % del valor calórico total, de acuerdo con la edad, peso y requerimientos calóricos^{16,17}. Sin embargo, la ingesta de fibra en esta población suele estar por debajo de las



recomendaciones internacionales, situación que representa un factor de riesgo para el estado nutricional de esta población.

Estudios realizados en Perú¹⁸, Brasil⁴ y otros países^{19,20} han reportado una ingesta insuficiente de fibra en adolescentes, acompañada de una alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y alteraciones en los indicadores antropométricos. Estos resultados reflejan una tendencia preocupante en América Latina, donde la transición nutricional y el aumento del consumo de alimentos ultraprocesados han favorecido la malnutrición por exceso. En este sentido, diversos autores destacan que una mayor ingesta de alimentos vegetales como los cereales, verduras, frutas y legumbres favorece la reducción del riesgo cardiovascular, debido a su alto contenido de fibra, lo cual desempeña un papel determinante en la prevención de sobrepeso y obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles²¹.

En Bolivia, los estudios sobre el consumo de fibra dietética en adolescentes son escasos, y son aún más limitados aquellos que analizan su relación con indicadores antropométricos como el índice cintura/talla (ICT) o el IMC/edad. Este vacío de conocimiento dificulta la comprensión de los factores dietéticos asociados al estado nutricional de esta población, especialmente en contextos escolares donde los hábitos alimentarios aún están en formación. Por tal motivo, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre el consumo de fibra dietética y los indicadores antropométricos de riesgo cardiometabólico, índice de masa corporal para la edad (IMC/edad) e índice cintura/talla (ICT), en adolescentes de una unidad educativa pública de Cochabamba, Bolivia.

MÉTODOS

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo transversal y correlacional, desarrollado en el periodo de agosto a octubre de 2025. La población total estuvo conformada por 170 estudiantes de una unidad educativa pública del departamento de Cochabamba, entre 15 y 18 años. La muestra final fue de 150 participantes, obtenida mediante muestreo aleatorio simple, lo que permitió garantizar la representatividad de la población y reducir el sesgo de selección. El tamaño muestral se calculó aplicando la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Se excluyeron estudiantes con enfermedades crónicas, medicación o condiciones que pudieran alterar su estado nutricional.



Se obtuvo la autorización del director de la unidad educativa y el consentimiento informado de los padres, además del asentimiento informado de los estudiantes. Se garantizó el anonimato, la confidencialidad y la participación voluntaria, cumpliendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las Guías Internacionales del CIOMS. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Adventista de Bolivia (folio CE-UAB-2025/02).

Respecto a las herramientas utilizadas, la ingesta de fibra se evaluó mediante el cuestionario denominado DF-FFQ (Dietary Fiber Food Frequency Questionnaire), desarrollado originalmente por Healey et al.²² y adaptado por Guzmán C. et al.²³, en un estudio piloto en población adulta chilena, versión sobre la cual se basó la presente investigación. El instrumento permite identificar la frecuencia de consumo de alimentos fuente de fibra y estimar la ingesta diaria total.

Dado que el cuestionario no había sido previamente validado en población adolescente boliviana, se procedió a su revisión por una comisión de jueces expertos compuesta por 6 nutricionistas-dietistas, que trabajan en el campo de la nutrición con base en su experiencia profesional y académica. Se entregó por separado a la comisión de expertos una encuesta de preguntas cerradas para evaluar la adecuación y pertinencia de la versión traducida al español; la encuesta se basó en una escala tipo Likert que incluía cuatro alternativas (1=Muy bajo a 4=Excelente), se les dio la oportunidad de agregar sugerencias o comentarios. Los elementos que no cumplieron con el estándar se consideraron para su modificación o eliminación. A partir de esto se obtuvo la versión final DF-FFQ. La confiabilidad interna del instrumento se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,725, lo que indica una consistencia interna aceptable.

El instrumento incluyó grupos de alimentos fuente de fibra: frutas, verduras, cereales y derivados, legumbres y frutos secos, con frecuencias de consumo entre “nunca” y “6 o más veces al día”. Los valores de fibra por alimento se obtuvieron de la Tabla Boliviana de Composición de Alimentos²⁴, y la ingesta total se estimó considerando la frecuencia y el tamaño de porción habitual reportado por cada participante.

Se aplicó una ficha estructurada para el registro de datos sociodemográficos y antropométricos. Las mediciones se realizaron según los protocolos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁵. El peso se midió con una balanza digital calibrada (Seca 803), la talla con un tallímetro portátil (Seca 213) y la circunferencia de cintura con una cinta ergonómica (Seca



201). El índice de masa corporal para la edad (IMC/edad) y el índice cintura/talla (ICT) se interpretaron con los estándares de referencia de la OMS.

Los datos fueron procesados con el software IBM SPSS Statistics, versión 27. Se realizó análisis descriptivo mediante media y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. La normalidad de los datos se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov–Smirnov. Dado que las variables no siguieron una distribución normal, se utilizó la prueba de correlación de Spearman para evaluar la relación entre el consumo total de fibra dietética y los indicadores antropométricos (IMC/edad e índice cintura/talla). Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaron 150 adolescentes, con edades entre 15 y 18 años. Más de la mitad tenía 15 (27,3%) y 16 años (30%). El 55,3% correspondió al sexo masculino y el 44,7% al femenino. La mayoría residía en zonas urbanas (80%) y cursaba cuarto año de secundaria (39,3%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes

Variable		f	%
Edad	15 años	41	27,3
	16 años	45	30
	17 años	38	25,3
	18 años	26	17,3
	Total	150	100
Sexo	Hombre	83	55,3
	Mujer	67	44,7
	Total	150	100
Residencia	Rural	30	20
	Urbana	120	80
	Total	150	100
Curso	4to	59	39,3
	5to	50	33,3
	6to	41	27,3
	Total	150	100

Nota: Elaboración propia. f= frecuencia. %= porcentaje.

En los indicadores antropométricos, los varones presentaron un peso promedio de $68,2 \pm 13,6$ kg y una talla de $170,8 \pm 6,0$ cm, mientras que las mujeres registraron $61,6 \pm 11,9$ kg y $156,0 \pm 5,0$ cm, respectivamente. El IMC promedio fue de $23,3 \pm 4,2$ kg/m² en hombres y $25,1 \pm 4,5$ kg/m² en mujeres. Los valores medios del puntaje Z de IMC/edad fueron de $0,6 \pm 1,1$ y $1,0 \pm$



1,0, respectivamente. El índice cintura/talla (ICT) promedio fue de $0,5 \pm 0,1$ en ambos sexos (Tabla 2).

Tabla 2. Indicadores antropométricos según sexo

Variable	Sexo	Media \pm DE	IC 95 %	Mediana	Min-Max
Peso	Hombre	$68,2 \pm 13,6$	65,2 - 71,2	67,2	43-112
	Mujer	$61,6 \pm 11,9$	58,6 - 64,5	59,5	40-94
Talla	Hombre	$170,8 \pm 6,0$	169,5 - 172,1	170	159 - 186
	Mujer	$156 \pm 5,0$	155,3 - 157,7	157	146 - 170
IMC	Hombre	$23,3 \pm 4,2$	22,4-24,2	22,2	17 - 37
	Mujer	$25,1 \pm 4,5$	23,9-26,2	24,1	18 - 40
IMC/Edad	Hombre	$0,6 \pm 1,1$	0,4 - 0,9	0,5	-2,1 - 3,2
	Mujer	$1,0 \pm 1,0$	0,7-1,3	1,0	-1,2 - 3,5
ICT	Hombre	$0,5 \pm 0,1$	0,5-0,5	0,5	0,4 - 0,7
	Mujer	$0,5 \pm 0,1$	0,5-0,5	0,5	0,4 - 0,7

Nota: Elaboración propia.

La ingesta promedio total de fibra dietética fue de $13,6 \pm 7,4$ g/día en varones y $12,9 \pm 7,6$ g/día en mujeres (Tabla 3). Únicamente el 7,3 % de los adolescentes alcanzó la recomendación mínima de consumo diario de fibra dietética (≥ 25 g/día). En ambos sexos, el principal aporte de fibra provino del consumo de frutas y verduras, seguido por panes y legumbres, mientras que el consumo de frutos secos fue el menor entre los grupos de alimentos evaluados.

Tabla 3. Consumo de fibra dietética (g/día) por grupo de alimentos y total, según sexo

Variable	Sexo	Media \pm DE	IC 95 %	Mediana	Min-Max
Frutas	Hombre	$3 \pm 2,7$	2,4 - 3,6	2,1	0 - 13,6
	Mujer	$2,6 \pm 2,6$	1,9 - 3,2	1,8	0 - 10,2
Verduras	Hombre	$2,9 \pm 2,6$	2,4 - 3,5	2,5	0 - 11,3
	Mujer	$2,6 \pm 2,3$	2 - 3,1	2,2	0 - 11,1
Panes	Hombre	$2,9 \pm 2,3$	2,4 - 3,4	2,5	0 - 10
	Mujer	$2,1 \pm 2,9$	1,4 - 2,8	0,9	0 - 18,1
Cereales	Hombre	$1,5 \pm 1,4$	1,2 - 1,8	1,4	0 - 7,2
	Mujer	$1,7 \pm 1,5$	1,3 - 2,1	1,5	0 - 7,2
Frutos secos	Hombre	$1,1 \pm 2,1$	0,6 - 1,6	0,3	0 - 14,6
	Mujer	$0,9 \pm 1,5$	0,5 - 1,3	0,2	0 - 9
Legumbres	Hombre	$2,1 \pm 2,4$	1,6 - 2,6	1,2	0 - 9,6
	Mujer	$2,9 \pm 3,2$	2,2 - 3,7	1,6	0 - 12,3
Total/diario	Hombre	$13,6 \pm 7,4$	12 - 15,2	14,1	0,2 - 29,2
	Mujer	$12,9 \pm 7,6$	11 - 14,7	12,7	0,1 - 34,7
Cumple recomendación	Si	n= 11 (7,3%)	No	n= 139 (92,7%)	

Nota: El consumo de fibra dietética se expresa en gramos por día (g/día). **Abreviaturas:** DE: desviación estándar; IC 95 %: intervalo de confianza al 95 %; mín-máx: mínimo-máximo.

Elaboración propia.



Según el IMC/edad, el 58% de los adolescentes presentó un estado nutricional normal, el 26% tuvo sobrepeso y el 15,3% obesidad. El 0,7% mostró desnutrición leve. En el análisis por sexo, las mujeres concentraron mayor proporción de sobrepeso y obesidad. Con respecto al ICT, el 44,7% de la población presentó valores indicativos de riesgo cardiometabólico (Tabla 4).

Tabla 4. Estado nutricional según IMC/edad e índice cintura/talla

Variable	Hombre		Mujer		Total	
	f	%	f	%	f	%
IMC/Edad	Obesidad	10 6,7	13 8,7	23 15,3	23	15,3
	Sobrepeso	19 12,7	20 13,3	39 26	39	26
	Normal	53 35,3	34 22,7	87 58	87	58
	Desnutrición	1 0,7	0 0	1 0,7	1	0,7
	Total	83 55,4	67 44,7	150 100	150	100
ICT	Sin riesgo cardiometabólico	55 36,7	28 18,7	83 55,3	83	55,3
	Riesgo cardiometabólico	28 18,7	39 26	67 44,7	67	44,7
	Total	83 55,4	67 44,7	150 100	150	100

Nota: Elaboración propia. f= frecuencia. %= porcentaje.

Se observó una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa entre el IMC/edad y el índice cintura-talla (ICT) ($r = 0,913$; $p < 0,001$). Por el contrario, la correlación entre el consumo total de fibra dietética y el IMC/edad fue negativa, débil y no significativa ($r = -0,119$; $p = 0,147$). En cambio, el consumo total de fibra dietética mostró una correlación negativa débil pero significativa con el ICT ($r = -0,210$; $p = 0,010$) (Tabla 5).

Tabla 5. Correlaciones entre consumo de fibra dietética e indicadores antropométricos

Variable	Valor r (Spearman)	p	IC 95 %	
			min	max
IMC/Edad – ICT	0,913**	< 0,001	0,881	0,937
Consumo de fibra total - IMC/Edad	-0,119	0,147	-0,278	0,047
Consumo de fibra total - ICT	-0,210 **	0,010	-0,363	-0,047

Nota: r: coeficiente de correlación de Spearman; p: nivel de significancia; IC 95 %: intervalo de confianza al 95 %. ** $p < 0,05$. Elaboración propia.

En conjunto, los resultados muestran un consumo insuficiente de fibra en la mayoría de los adolescentes y una relación inversa significativa entre la ingesta de fibra y la adiposidad central, evidenciada a través del ICT.



DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre el consumo de fibra dietética y los indicadores antropométricos de riesgo cardiometabólico índice de masa corporal para la edad (IMC/edad) e índice cintura/talla (ICT) en adolescentes de una unidad educativa pública de Cochabamba, Bolivia. Los hallazgos aportan evidencia sobre el estado nutricional de esta población y permiten comprender cómo la ingesta de fibra puede influir en la adiposidad central y el riesgo metabólico durante la adolescencia.

La mayoría de los participantes tenía entre 15 y 18 años, con predominio masculino y residencia urbana. Estas características son coherentes con estudios latinoamericanos en población adolescente, como los de Yutong et al.¹⁵ en adolescentes estadounidenses y por Pujay Moreno et al.¹⁸ en Perú donde la población se concentró principalmente en la mitad y final de la adolescencia. En contraste, Da Silva et al.⁴ y Coutinho de Azevedo et al.²⁶ trabajaron con estudiantes brasileños más jóvenes entre los 10 y 14 años, lo que muestra que la edad de los participantes puede variar según el contexto y el tipo de institución educativa y confirma que este rango etario representa una etapa crítica para la evaluación nutricional y la formación de hábitos alimentarios.

Respecto al sexo, en nuestra muestra predominó la participación de varones, tendencia concordante con lo descrito por Da Silva et al.⁴ donde los adolescentes brasileños representaban más de la mitad de la muestra. Sin embargo, el patrón no coincide con lo encontrado por Huaman Toledano et al.²⁷ quienes observaron una mayor proporción de mujeres en adolescentes peruanos. Estas diferencias pueden relacionarse con la composición de matrícula de cada colegio y con las características propias de cada población de estudio. En cuanto a la procedencia, la mayoría de los participantes residen en áreas urbanas, con muy escasa participación del área rural. Este aspecto no fue descrito en estudios previos, por lo que constituye un dato contextual propio de esta investigación.

Los varones presentaron mayor peso y talla que las mujeres, hallazgo consistente con lo reportado por Marcano y Méndez Pérez²⁸ en adolescentes venezolanos. Estas diferencias reflejan los cambios fisiológicos normales del crecimiento puberal y la composición corporal según el sexo. En general, los valores antropométricos observados en esta muestra se alinean con los patrones descritos en otras poblaciones latinoamericanas.



Según el indicador IMC/edad, la mayoría de los adolescentes presentó un estado nutricional normal, aunque se identificó una proporción considerable con sobrepeso y obesidad, principalmente en mujeres. Este patrón coincide con los resultados de Matos Imbert et al.²⁹ Romero et al.³⁰ y Vega et al.³¹ quienes destacan el incremento del exceso de peso en adolescentes, posiblemente relacionado con factores hormonales, menor actividad física y patrones alimentarios inadecuados.

En relación con el índice cintura/talla (ICT), aunque la mayoría no presentó riesgo cardiometabólico, un porcentaje relevante mostró valores indicativos de adiposidad central, con mayor frecuencia en mujeres. Este resultado es similar al descrito por De la Cruz Medrano³² en adolescentes peruanos, aunque difiere de los reportes de Zermeño Ugalde et al.¹⁰ y Matos Imbert et al.²⁹ quienes informaron prevalencias más elevadas, especialmente en varones. Estas variaciones podrían explicarse por diferencias en los patrones dietéticos, niveles de actividad física o etapa del desarrollo puberal. El ICT se confirma como un marcador sensible y útil para la detección temprana del riesgo cardiometabólico en adolescentes. Este hallazgo adquiere mayor relevancia al considerar lo observado en adultos bolivianos por Guzmán-Oxza et al.³³ quienes ya evidencian riesgos cardiometabólicos subdiagnosticados cuando solo se utiliza IMC, sugiriendo que la prevención debe comenzar desde etapas tempranas como la evaluada en este estudio.

La ingesta total de fibra fue inferior a las recomendaciones dietéticas internacionales, con promedios menores a 14 g/día en ambos sexos. Este patrón coincide con lo reportado por Guzmán et al.³⁴ en Chile y Huamán Toledano et al.²⁷ en Perú, quienes describen ingestas aún más bajas. Aunque Da Silva et al.⁴ observaron un consumo ligeramente mayor (20 g/día), este sigue siendo insuficiente. De manera similar, en Bolivia Flores Palacios et al.³⁵ identificaron en jóvenes una baja frecuencia de consumo de alimentos integrales y una preferencia por cereales refinados, lo que coincide con la limitada ingesta de fibra encontrada en los adolescentes de este estudio y evidencia un problema nutricional que se mantiene durante la transición a la adultez.

Los principales aportes de fibra provinieron de frutas, verduras, panes y legumbres, sin superar los 3 g/día, mientras que los cereales integrales y frutos secos aportaron menos de 2 g/día, estas tendencias coinciden con lo descrito por Guzmán et al.³⁴ y Seljak et al.²⁰ lo que evidencia una dieta escasa en alimentos integrales y enteros. Este patrón alimentario refleja una sustitución



progresiva de alimentos naturales por productos ultraprocesados, lo que limita el aporte de fibra, vitaminas y compuestos bioactivos esenciales.

En el análisis de correlaciones, se observó una relación positiva fuerte y altamente significativa entre el IMC/edad y el índice cintura/talla ($r = 0,913$; $p < 0,001$), lo que confirma la coherencia entre ambos indicadores y su utilidad conjunta para evaluar el estado nutricional y la adiposidad central en adolescentes.

En cambio, la asociación entre el consumo total de fibra y el IMC/edad fue negativa, de baja magnitud y sin significancia estadística ($r = -0,119$; $p = 0,147$), lo que sugiere que la ingesta de fibra no muestra una relación directa con el peso corporal ajustado por edad en esta muestra. Este resultado coincide con otros estudios^{4,18,36} quienes reportaron tendencias similares sin alcanzar significancia. Las fluctuaciones hormonales, la composición corporal y el crecimiento puberal podrían influir en esta ausencia de asociación, por lo que el posible efecto protector de la fibra sobre el peso debe interpretarse con cautela.

Por otro lado, la relación entre el consumo de fibra y el índice cintura/talla fue negativa débil pero estadísticamente significativa ($r = -0,210$; $p = 0,010$), lo que indica que un mayor consumo de fibra se asocia con menor adiposidad central. Este hallazgo, coherente con los estudios de Wada et al.³⁷ y Souki et al.³⁸ respalda el papel modulador de la fibra en la distribución del tejido adiposo. Su efecto podría explicarse por mecanismos fisiológicos como el retardo del vaciamiento gástrico, el aumento de la saciedad, la fermentación colónica y la modulación de la respuesta glucémica postprandial^{4,39} procesos que contribuyen a reducir la acumulación de grasa abdominal y el riesgo cardiometabólico en etapas tempranas de la vida.

Entre las fortalezas del estudio destaca su enfoque en población adolescente, etapa crucial para el desarrollo de hábitos alimentarios. La evaluación conjunta del IMC y el ICT permitió describir tanto el estado nutricional como el riesgo cardiometabólico. El uso de un cuestionario validado para medir la ingesta de fibra y la obtención de correlaciones estadísticamente significativas fortalecen la validez de los hallazgos.

Las limitaciones incluyen el diseño transversal, que impide establecer causalidad; la exclusión de variables como actividad física o calidad del sueño; y la aplicación del cuestionario en una sola unidad educativa, lo que limita la generalización. Además, el uso de autorreporte podría subestimar la ingesta real de fibra.



Los resultados evidencian una ingesta insuficiente de fibra y una asociación inversa con la adiposidad central en adolescentes bolivianos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de promover estrategias que fomenten el consumo de alimentos ricos en fibra dentro de las políticas nacionales, como la Ley N.º 775⁴⁰ de Alimentación Saludable. La incorporación de evaluaciones periódicas del ICT y del consumo de fibra en el entorno escolar podría contribuir a la detección temprana y prevención del riesgo cardiometabólico en esta población.

CONCLUSIÓN

La ingesta de fibra dietética en los adolescentes evaluados fue insuficiente, con un promedio inferior a las recomendaciones internacionales. Se evidenció una correlación negativa y significativa entre el consumo total de fibra y el índice cintura/talla, lo que indica que una mayor ingesta de fibra se asocia con menor adiposidad central y, por tanto, con menor riesgo cardiometabólico. No se encontró asociación significativa entre el consumo de fibra y el IMC para la edad.

Estos resultados refuerzan la importancia de promover el consumo regular de alimentos ricos en fibra como frutas, verduras, legumbres y cereales integrales desde la adolescencia, como estrategia preventiva frente a la obesidad abdominal y las enfermedades cardiometabólicas. Asimismo, se recomienda incorporar la evaluación del ICT y del consumo de fibra en los programas escolares de salud y nutrición.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Unidad Educativa de la Fuerza Aérea Boliviana por la colaboración brindada para el desarrollo del estudio y a los estudiantes que participaron voluntariamente. Un especial reconocimiento a la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad Adventista de Bolivia por su valiosa asistencia técnica.



REFERENCIAS

1. Organización Mundial de Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2025. [citado 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://bit.ly/3Y4D6uN>
2. Hidalgo Morales KP, Tisalema Panimboza EL, Freire Robalino JP, Jácome Cruz MP. Sobrepeso y obesidad en los adolescentes. *revistavive* [Internet]. 22 de junio de 2022 [citado 13 de agosto de 2025];5(14):619-25. Disponible en: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i14.174>
3. Hall JE, Hall ME. Guyton y Hall. Tratado de fisiología médica. 14.^a ed. Barcelona. España: ELSEVIER; 2021.
4. Ilídio da Silva J, Andrade AC de S, Vergetti-Bloch K, Soares-Brunken G. Fiber consumption mediates the association between family meals and obesity in Brazilian adolescents. *Revista Chilena de Nutrición* [Internet]. 2024 Aug. [citado 13 de agosto de 2025] 1;51(4):263–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182024000400263>
5. Pilay LA. Hábitos alimenticios en adolescentes de 13 a 19 años en el centro de salud Junín en tiempos de pandemia. [tesis de licenciatura]. Universidad de Manabí– Ecuador. Jipijapa. UNESUM. 13 mayo 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3Xv29aj>
6. De Amicis, R., Mambrini, SP, Pellizzari, M. et al. Ultra-processed foods and obesity and adiposity parameters among children and adolescents: a systematic review. *Eur J Nutr* 61, 2297–2311 [Internet] (2022). [citado 20 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00394-022-02873-4>
7. Mambrini SP, Menichetti F, Ravella S, Pellizzari M, de Amicis R, Foppiani A, et al. Ultra-Processed Food Consumption and Incidence of Obesity and Cardiometabolic Risk Factors in Adults: A Systematic Review of Prospective Studies. Vol. 15, *Nutrients*. [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023. [citado 20 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu15112583>
8. Robayo Zurita VA, Hernández Pianda MA, Vargas Lezcano AA, Girón Saltos K, Mosquera Méndez K, Zúñiga Sánchez V. Waist-to-hip ratio and waist-to-height ratio in the evaluation of abdominal gavage distribution in university students. *Health Leadership and Quality of Life*. [Internet]. 2024 Jan 1;3 [citado 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://bit.ly/4otBSUR>
9. Matos Jimenez Y, Morales Molina X, Fardales Macías VE, Marrero Reyes Y, González Rodríguez N, Cruz Gallardo LA, et al. Vulnerabilidad cardiovascular y su relación con variables antropométricas en adolescentes aparentemente sanos. *Gac méd espirit* [Internet]. 15 de julio de 2025 [citado 23 de agosto de 2025];27. Disponible en: <https://bit.ly/3MCwelo>.
10. Zermeño Ugalde P, Gallegos García V, Gaytán Hernández D, Castro Ramírez RA. Relación del índice cintura-talla (ICT) con cintura e Índice de Cintura Cadera como predictor para obesidad y riesgo metabólico en adolescentes de secundaria. *RESPYN* [Internet]. 29 de septiembre de 2020 [citado 23 de agosto de 2025];19(3):19-27. DOI: <https://doi.org/10.29105/respyn19.3-3>
11. Yuliani Rambe S, Pratita W, Harlan Saing J, Sari Wahyuni A, Evalina R, Dalimunthe W. The Correlation of Dietary Fiber Intake with Nutritional Status among Adolescents of Junior High School in Medan, North Sumatera Indonesia. *International Journal of Research Publications*. [Internet]. 2021 Dec 1;91(1). [citado 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ijrp.org/paper-detail/2545>
12. Poursalehi D, Mirzaei S, Asadi A, Akhlaghi M, Lotfi K, Saneei P. Total dietary fiber intake is inversely associated with metabolically unhealthy status in adolescents with excess weight. *Nutrition Research* [Internet]. 2024 May. [citado 3 de septiembre de 2025] 1; 125:69–78. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2024.02.009>
13. Toledo, P. Consumo de fibra dietética y su relación en la prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos, revisión sistemática narrativa. [Tesis de maestría]. Quito: Universidad de las Américas, 2023. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15441>.
14. Opperman C, Majzoobi M, Farahnaky A, Shah R, Van TTH, Ratanpaul V, et al. Beyond soluble and insoluble: A comprehensive framework for classifying dietary fibre's health effects. Vol. 206, *Food Research International*. Elsevier Ltd; [Internet] 2025. [citado 12 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2025.115843>.
15. Dong Y, Chen L, Gutin B, Zhu H. Total, insoluble, and soluble dietary fiber intake and insulin resistance and blood pressure in adolescents. *Eur J Clin Nutr* 73, 1172–1178 [Internet]. 2019. [citado 12 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41430-018-0372-y>
16. Salvatore S, Battigaglia MS, Murone E, Dozio E, Pensabene L, Agosti M. Dietary Fibers in Healthy Children and in Pediatric Gastrointestinal Disorders: A Practical Guide. Vol. 15, *Nutrients*. MDPI; [Internet]. 2023. [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu15092208>.



17. Guía alimentaria para las y los adolescentes. Serie: Documentos Técnico Normativos. La Paz – Bolivia. [Internet]. 2013. [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p344_g_dgps_uan_GUIA_ALIMENTARIA_PARA_LAS_ADOLESCENTES.pdf
18. Pujay Moreno E. Consumo de fibra dietaria y el estado nutricional en adolescentes de una Institución Educativa de Ate-Lima. [Internet]. Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle; 2023 [citado 23 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.une.edu.pe/handle/20.500.14039/9121>
19. López García A. Estimación de la ingesta dietética de antioxidantes y fibra dietética en adolescentes de Pachuca de Soto, Hidalgo. [Tesis de maestría] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2021. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/6972>
20. Seljak BK, Valenčič E, Hristov H, Hribar M, Lavriša Ž, Kušar A, et al. Inadequate intake of dietary fibre in adolescents, adults, and elderlies: Results of slovenian representative si.menu study. *Nutrients*. [Internet] 2021 Nov [citado 25 de septiembre de 2025] 13(11). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu13113826>
21. Saldaña Cejudo P, Bastida S, Macho-González A, Sánchez-Muniz FJ. Functional foods as an alternative to increase the consumption of dietary fiber and proanthocyanidins. Possible effects on the gut microbiota. *JONNPR*. [Internet]. 2020 [citado 27 de septiembre de 2025];5(12):1575-98. Disponible en: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3990>
22. Healey G, Brough L, Murphy R, Hedderley D, Butts C, Coad J. Validity and reproducibility of a habitual dietary fibre intake short food frequency questionnaire. *Nutrients*. [Internet] 2016. [citado 30 de septiembre de 2025]. Sep 10;8(9). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu8090558>
23. Guzmán C, Espinoza J, Fuentealba F. Pilot Study to Estimate Dietary Fiber Intake in Adults Residing in Chile. *Nutrients*. [Internet] 2023 Feb [citado 30 de septiembre de 2025] 15(4). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu15040900>
24. Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Tabla boliviana de composición de alimentos. 4ed. La Paz – Bolivia. INLASA. 2012. 82. Gob.bo. [Internet]. [citado el 1 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://urrrh.minedu.gob.bo/biblio/book/43407>
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: informe de un comité de expertos de la OMS [Internet]. 28 de febrero de 1995 [citado el 3 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241208546>
26. Azevedo LC de, Ludwig AFK, Vieira RISF de M, Vargas DM. Qualidade da alimentação de adolescentes com sobrepeso e obesidade. *RBONE* [Internet]. 29º de dezembro de 2024 [citado 13 de octubre 2025] :18(116):917-26. Disponible en: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2497>
27. Huaman – Toledano, Palomino – Quispe, Mosquera – Figueroa. Ingesta de fibra dietética y consumo de alimentos ultraprocesados asociado a la obesidad abdominal en escolares. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. 44, 4 [Internet] (Dec. 2024). [citado 15 de octubre de 2025] Disponible en: <https://doi.org/10.12873/444huamantoledano>.
28. Marcano X, Mendez-Perez B. Valoración nutricional de adolescentes venezolanos por el índice energía-proteína y otros indicadores de composición corporal [Internet]. *Org.ve*. Vol 38. No 1. 2025. [citado 16 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2025/1/art-3/>
29. Matos Imbert ÁM, Blanco Jiménez J, Rodríguez X, de La Mota C, Fernández Genao A, Acevedo Rodríguez N, et al. mayo-agosto. *Índice cintura-talla e índice de masa corporal como predictores de riesgo cardiometabólico en niños y adolescentes* [Internet]. Vol. 5, | Ciencia y Salud. 2021. [citado 17 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2224/2576>
30. Romero CT, Calle L, Vázquez Calle A, Romero L, Ramírez Coronel AA. Estilos de vida y estado nutricional de los adolescentes. *prosciences* [Internet]. 30 de septiembre de 2021 [citado 2 de octubre de 2025];5(40):272-83. Disponible en: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss40.2021pp272-283>
31. Vega Vega GV, Arráiz de Fernández C. Estado nutricional e índice eritrocitario en adolescentes en una población rural ecuatoriana. *Reincisol*. [Internet] 2024 Dec [citado 26 de octubre de 2025] 27;3(6):6919 – 42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9927351>
32. De la Cruz Medrano M. Conducta alimentaria de riesgo y su relación con el índice cintura-talla en adolescentes de la Institución Educativa Máximo De la Cruz Solórzano - Ica. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional “San Luis Gonzaga”. Ica, Peru, 2024. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/e3058779-6781-4e10-b055-bbd3d746602d>
33. Guzmán-Oxza JE, Flores-Tola CB, Loza-Sosa JM, Cedeño-Tapia SJ, Borburema Neves Veloso A. Diferencias en el IMC, la grasa corporal y la grasa visceral en profesionales hospitalarios de Capinota, Bolivia. *JILS* [Internet]. 28 de septiembre de 2025 [citado el 2 de noviembre de 2025];13(1): e1998. Disponible en: <https://unasp.emnuvens.com.br/LifestyleJournal/article/view/1998>



34. Guzmán-Pincheira C, Espinoza J, Durán-Agüero S, Obregón AM, Fuentealba F. Dietary Fibre Intake in Chile: 13 Years after the Last National Report. *Nutrients*. [Internet] 2023 [citado 3 de noviembre de 2025] Sep 1;15(17). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu15173671>
35. Flores Palacios CD, Loza-Sosa JM, Cedeño Tapia SJ. Relación entre la frecuencia de consumo de alimentos y síntomas clínicos de gastritis en estudiantes universitarios. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. [Internet] .2025 [citado 3 de noviembre de 2025]; 5(15):21-33. Disponible en <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/article/view/4/4>
36. Ortiz Medina FE, Padilla Raygoza N, Delgado Sandoval S del c. Correlación de la ingesta de fibra dietética con el índice de masa corporal en adultos jóvenes de celaya, méxico. *Jc* [Internet]. 26 de noviembre de 2018 [citado 5 de noviembre de 2025] ;4(1):527-31. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2498>
37. Wada K, Nagata C, Yamakawa M, Nakashima Y, Koda S, Uji T, et al. Asociación de la ingesta de fibra dietética con los niveles subsiguientes de glucosa en ayunas e indicadores de adiposidad en niños japoneses en edad escolar. *Public Health Nutrition*. [Internet] 2023 [citado 8 de noviembre de 2025];26(8):1617–25. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S136898002300099X>
38. Souki A et al. El consumo de fibra dietética esta inversamente asociado con el estado nutricional antropométrico y con los componentes del síndrome metabólico en niños y adolescentes. *Revista latinoamericana de hipertensión*. [Internet] Vol. 13-Nº 2, 2018. [citado 9 de noviembre de 2025] Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_2_2018/12_el_consumo_de_fibre_dietetica.pdf
39. Figueiredo Moreira CF, Cople-Rodrigues C dos S, Giannini DT, Kuschnir MCC, de Oliveira CL. Baja ingesta de fibra dietética en adolescentes brasileños y su asociación con el estado nutricional: análisis transversal de datos del Estudio de Riesgos Cardiovasculares en Adolescentes. *Public Health Nutrition*. [Internet] 2020 [citado 14 de noviembre de 2025];23(14):2557–62. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1368980019004105>
40. Estado Plurinacional de Bolivia EMAPCDELEP. Ley Nº 775, de 08 de enero de 2016, Ley de promoción de la Alimentación Saludable. Gob.bo. [Internet]. [citado el 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://sea.gob.bo/digesto/CompendioII/M/98_L_775.pdf



CARTA AL EDITOR

Calidad de vida de adolescentes y adultos jóvenes con consumo problemático de drogas*Quality of life of adolescents and young adults with problematic drugs use**Qualidade de vida de adolescentes e jovens adultos com uso problemático de drogas***Nanci de Fátima Silvestre¹**

La presente carta al editor constituye un avance desde una investigación que fue aprobada por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, mediante Resolución CD N.º 058-2024¹. Asimismo, fue previamente evaluado y admitido por la Comisión de Investigación y Publicaciones Científicas del Instituto de Investigación de Enfermería de la misma Facultad.

La calidad de vida comprende diversas dimensiones del ser humano y, a su vez, desde cada subjetividad individual, se percibe de manera diferente según las experiencias personales². En este sentido, existen discrepancias respecto de qué significa vivir con calidad, ya que ello se encuentra condicionado por costumbres, creencias, hábitos alimentarios y de consumo, formas de vinculación y diversidad cultural³.

Desde esta perspectiva, el ser humano es concebido como un ser social, incapaz de desarrollarse de manera aislada. Los vínculos comienzan a configurarse desde la concepción y el desarrollo intrauterino, a partir de las relaciones establecidas con los progenitores, y continúan a lo largo del ciclo vital, nacimiento, infancia, adolescencia, adultez y vejez. En el modelo de sistema conductual de enfermería propuesto por Dorothy Johnson, estas relaciones se integran dentro del subsistema de afiliación⁴.

La afiliación constituye uno de los siete subsistemas del modelo conductual de Johnson. En él se describen las relaciones humanas sin calificarlas como buenas o malas, positivas o negativas, evitando así un reduccionismo dicotómico. De este modo, en cada etapa de la vida se configuran diferentes afiliaciones, entendidas como la capacidad de relacionarse con otros y establecer vínculos en función de las propias necesidades.

Cada etapa vital conlleva problemáticas particulares, claramente diferenciables entre la infancia y la vejez. En relación con la adolescencia, se trata de un período atravesado por múltiples cambios físicos y psíquicos que pueden exponer al individuo a situaciones de riesgo para la salud, tales como el consumo de drogas, el inicio de relaciones sexuales sin protección



o la práctica de deportes de riesgo. Por su parte, el adulto joven, recientemente atravesada la adolescencia, se enfrenta a decisiones importantes respecto a la dirección de su vida, las cuales se ven influenciadas por su sistema de creencias, las relaciones establecidas, las afiliaciones construidas y las experiencias vividas en etapas previas.

En algunos adolescentes, la experiencia inicial de consumo, sumada a determinadas características personales y factores de riesgo, deriva en un consumo problemático de sustancias. Estas personas pueden transitar largos períodos sin intervención terapéutica o con abordajes fallidos, llegando a la adultez joven con un estilo de vida centrado en el consumo y con dificultades para concretar un proyecto de vida socialmente aceptado. En este contexto surge el interrogante: ¿cómo se configura la calidad de vida en relación con el subsistema de afiliación?

Desde el discurso social, suele atribuirse el inicio del consumo de drogas en la adolescencia a las “malas influencias”. Sin embargo, la realidad muestra que el subsistema de afiliación del adolescente suele encontrarse en una encrucijada. En muchos casos, existen afiliaciones familiares débiles⁵ o entornos atravesados por diversas problemáticas, lo que impulsa la búsqueda de vínculos con pares. En estos espacios, los adolescentes pueden sentirse identificados, contenidos y guiados; no obstante, en ocasiones, para pertenecer y sostener la inclusión grupal, se inicia el consumo experimental. Es en este punto donde la calidad de vida comienza a verse comprometida.

Cuando el consumo supera la fase experimental y se transforma en problemático, el subsistema de afiliación familiar tiende a deteriorarse progresivamente. Si la afiliación era previamente frágil, esta situación profundiza la ruptura de vínculos, impactando negativamente en la calidad de vida. En algunos casos, la pérdida sostenida de afiliaciones conduce a situaciones de extrema vulnerabilidad social, como la vida en situación de calle, la exposición a condiciones climáticas adversas, el hambre y la insatisfacción de necesidades básicas.

El adolescente y el adulto joven con consumo problemático suelen ser socialmente estigmatizados como sujetos peligrosos, lo que favorece su aislamiento y reduce las posibilidades de establecer vínculos con el sistema de salud para acceder a tratamientos de rehabilitación.

En este escenario, las terapias de rehabilitación requieren equipos interdisciplinarios de salud, donde el rol de enfermería adquiere especial relevancia. Ello justifica la necesidad de sustentar las intervenciones en bases científicas apoyadas en modelos disciplinares propios, como el



modelo conductual de Dorothy Johnson, con el fin de desarrollar prácticas basadas en la evidencia⁶.

Actualmente, en los centros de rehabilitación de la provincia de Salta predomina un modelo de abordaje abstencionista, con un sistema de admisión voluntaria que establece como requisito la presencia de un referente, familiar o amigo, que brinde contacto y apoyo durante el proceso de rehabilitación. Frente a este requisito, emerge una pregunta central: ¿qué ocurre con aquellas personas que presentan un subsistema de afiliación fracturado?

REFERENCIAS

1. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta. Resolución CD N.º 058-2024 [Internet]. Salta: UNSa; 2024 [citado 29 Jul 2025]. Disponible en: <https://bo.unsa.edu.ar/cdsalud/R2024/>
2. Acosta EGR, Goyechea JS. Calidad de vida en escolares desde un enfoque interdisciplinario: enfermería y nutrición. RUSXXI [Internet]. 2022 Oct 1 [citado 29 Jul 2025];2(6):10–14. Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/RUSXXI/article/view/34>
3. Cedeño-Tapia SJ, Rodríguez-López IJ, Prieto-Romero DM, Schlegel C, López LE, Domínguez S. Reflexiones sobre las bases conceptuales de la interculturalidad: problemáticas y retos desde la formación de enfermería. RECIEN [Internet]. 2021 [citado 29 Jul 2025];10(1):94–108. Disponible en: <https://bit.ly/3PzwmPL>
4. Acosta EGR. Enfermería en salud mental: bases conceptuales sobre contextos familiar-escolar y su relación con el consumo problemático de drogas. Madrid: Editorial Académica Española; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/44N010n>
5. Merino-Sánchez TY, Zambrano Intriago GZG. La comunicación intrafamiliar: una alternativa para evitar el consumo de drogas en los adolescentes. Mikarimin [Internet]. 2020 Dic 29 [citado 29 Jul 2025];6(3):155–172. Disponible en: <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/mikarimin/article/view/2058>
6. Silva Galleguillos A, Benoit Montesinos JV, Velasco Sanz TR, Rayón Valpuesta E. Enfermería basada en la evidencia: revisión de alcance. Cienc Enferm [Internet]. 2021 [citado 29 Jul 2025]; 27:1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-42ebae40042>

Para citar este documento



Silvestre NF. Calidad de vida de adolescentes y adultos jóvenes con consumo problemático de drogas. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(18): 55-57. Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: 21/10/2025 **Fecha de aceptación:** 30/12/2025 **Fecha de publicación:** 31/12/2025

I Licenciada en Enfermería, Magister en Educación Médica, Especialista en Salud Social y Comunitaria. Especialista en Dirección de Sistemas de Salud. Universidad Nacional de Salta, Facultad Regional Orán, Salta, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6255-148X> Correo: nancsilvestre@yahoo.com.ar



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

CARTA AL EDITOR

Importancia de la investigación para las teorías de enfermería

*Importance of research for nursing theories**Importância da pesquisa para as teorias de enfermagem*Roxana Valeria Chorolque^IErnesto Gabriel Reimundo Acosta^{II}

La palabra investigación (*research*), significa buscar de nuevo o estudiar con cuidado. La investigación es un interrogante o estudio sistemático y concienzudo que perfecciona o da por válidos conocimientos ya existentes y desarrolla otros nuevos¹.

La investigación en Enfermería es importante para el desarrollo del conocimiento científico que facilita a las enfermeras proporcionar cuidados basados en la evidencia²⁻³. En general la profesión de enfermería es responsable ante la sociedad de construir cuidados de calidad, los cuales deben ser constantemente evaluados y mejorados basándose en nuevos conocimientos⁴. La enfermería cuenta con su propia herramienta, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), como una serie de etapas que permiten construir cuidados para el individuo, familia, comunidad. Mientras que el método científico, permitirá a la Enfermería la producción de cuerpos teóricos⁴. La investigación científica tiene su método sistematizado, consta de etapas íntimamente relacionadas⁵. En este sentido al comparar el PAE con el método científico, se encuentra que ambos cumplen un proceso, poseen etapas consecutivas o simultáneas, pero cada cual con su fin último. En consecuencia, el primero se servirá de los cuerpos teóricos o conocimientos científicos para desarrollar cuidados basados en la evidencia, para una *praxis* de calidad.

De esta forma, la enfermería utiliza y se sirve de la investigación científica, de sus paradigmas, enfoques, métodos, técnicas e instrumentos para maximizar la calidad y calidez de la atención, como así también proyecta una *praxis* segura basada en la evidencia². En este marco, la formación en investigación y escritura científica favorece el desarrollo disciplinar de la enfermería, al transformar la experiencia asistencial en conocimiento sistematizado que sustenta las teorías de enfermería⁶.

Por otro lado, los campos de investigación en enfermería, asistencial, educativo y de gestión, coinciden de forma íntima con los roles que asume la enfermería en los distintos espacios interdisciplinarios y transdisciplinarios, con el objetivo de brindar cuidados integrales⁷.



El cuidado es el objeto de estudio de la ciencia enfermera¹, y el cuidado en sí requiere de constantes cambios y de actualizaciones ya que su contexto se enfrenta a un proceso de globalización que acarrea como consecuencias nuevas enfermedades o incluso la aparición de las mismas, pero con características diversas por sus factores cambiados. Esta característica de tener una sociedad más fluida, lábil y fragmentada invita a enfermería a buscar estrategias contextualizadas adaptadas culturalmente, generacionalmente y con validez científica, por lo tanto, ¿qué necesita? necesita de la investigación.

En este sentido, la investigación en enfermería permite ofrecer cuidados seguros, humanizados y basados en la evidencia. Tal como señalan Burns¹, investigar posibilita que enfermería consolide su cuerpo teórico propio y transforme la práctica asistencial en una acción reflexiva y fundamentada.

Autores recientes como Naz y Ganaie² y Ramos-Morcillo³, destacan que la aplicación de la evidencia científica mejora la calidad y los resultados del cuidado, fortaleciendo la toma de decisiones clínicas. En esta misma línea, Benítez⁴ y Ochando-García⁶, afirman que la investigación promueve la autonomía profesional y la responsabilidad ética del enfermero como agente activo en la producción de conocimiento y como líder de equipos de salud interdisciplinarios.

Finalmente, como sostienen Hernández Sampieri⁵, el método científico ofrece la estructura necesaria para garantizar la validez de los hallazgos y avanzar hacia una *praxis* profesional sólida, crítica y transformadora que permitirá la jerarquización de la enfermería a nivel local, provincial, nacional, internacional y mundial. Investigar en enfermería puede requerir cierta experiencia y formación, pero el motor real para llevar una investigación es la voluntad, el deseo, la disposición a seguir creciendo y la visión de una enfermería empoderada en conocimientos científicos, empoderada en investigación en todas sus generaciones.

REFERENCIAS

1. Burns N. ¿Qué es la investigación en enfermería? In: Burns N, editor. Introducción a la investigación en enfermería. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2016. p. 1–4. Disponible en: <https://bit.ly/3YgPbgE>
2. Naz H, Ganaie NA. Evidence-Based Practice in Nursing: A Comprehensive Review. Clin Med Health Res J [Internet]. 2023 [cited 29 Jul 2025];3(6):713–715. Disponible en: <https://www.cmhrj.com/index.php/cmhrj/article/view/254>
3. Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Leal-Costa C, et al. Effect of an online training intervention on evidence-based practice in clinical nurses. BMC Nurs [Internet]. 2024; 23:838. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-02489-5>



4. Benítez CJ. La importancia de la investigación en Enfermería. *Enfermería Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2020; 5:1–2. Disponible en: <https://bit.ly/3MVl6Rn>
5. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. Disponible en: <https://bit.ly/4sfYScU>
6. Cedeño Tapia SJ. ¿Cómo se empieza a ser autor científico?. *RUS [Internet]*. 2025 Apr. 14 [cited 2026 Jan. 5];5(15):7-9. DOI: <https://doi.org/10.57246/6xywdd65>
7. Ochando-García A. Investigación enfermera: más allá de la responsabilidad del profesional. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2021 Oct-Dec;24(4):333–335. Disponible en: <https://bit.ly/4pZbHa9>

Para citar este documento


Chorolque RV, Acosta EGR. Importancia de la investigación para enfermería. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(18): 58-60. Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: 15/11/2025 **Fecha de aceptación:** 30/12/2025 **Fecha de publicación:** 31/12/2025

I Licenciada en Enfermería, Maestrando en Metodología de la Investigación Científica, Enfermera Asistencial del Hospital Público de la Ciudad de Pichanal Dr. Edgardo Bouhid, Salta, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4862-134X> Correo electrónico: roxanavaleriach2@gmail.com

II Licenciado en enfermería. Especialista en Lectura Escritura y Educación. Maestrando en Docencia Universitaria. Doctorando en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta, Facultad Cs. de la Salud- Instituto Superior de Educación N°6015, Salta. País: Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7547-8098> Correo: ernestoacosta533@gmail.com



INFORME EVENTO ACADÉMICO / CIENTÍFICO

Informe del I Congreso Internacional, IV Congreso Nacional y
XIII Jornada Científica de Enfermería UNAHReport of the first international congress, fourth national congress and
thirteenth scientific nursing conference UNAH

*Relatório do primeiro congresso internacional, quarto congresso nacional e décima terceira
jornada científica de enfermagem UNAH*

Sara Elia Johnson López ^I

Alejandrina Maribel Manzanares Membreño ^{II}

RESUMEN

Introducción: Las condiciones laborales del personal sanitario impactan su salud, el desempeño y la seguridad de la atención. El agotamiento profesional se reconoce como un fenómeno ocupacional asociado al estrés crónico en el trabajo. **Objetivo del evento:** Analizar aportes científicos sobre bienestar laboral, economía del cuidado e innovación tecnológica en enfermería, promoviendo cooperación y movilidad académica regional. **Metodología:** Evento internacional presencial de tres días, con conferencias, mesas redondas, paneles, exposición de pósteres, foros académicos y actividades de integración cultural; participaron ponentes nacionales e internacionales y delegaciones universitarias de Centroamérica y Sudamérica. **Resultados:** Se consolidó un espacio de intercambio académico, visibilidad institucional y difusión en redes y canales institucionales; se fortalecieron redes de colaboración y se documentaron actividades culturales y visitas institucionales orientadas a incentivar la investigación. **Conclusiones:** El congreso contribuyó al posicionamiento académico, fortaleció la cooperación internacional y promovió prioridades contemporáneas para la enfermería vinculadas a bienestar laboral, sostenibilidad del cuidado e innovación con enfoque ético.

Palabras clave: Personal de enfermería; Salud laboral; Estrés psicológico; Economía de la salud; Innovación.

Para citar este documento



Johnson López SE, Manzanares Membreño AM. Informe del I Congreso Internacional, IV Congreso Nacional y XIII Jornada Científica de Enfermería UNAH. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2025; 5(18): 61-70. Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: 02/12/2025 **Fecha de aceptación:** 30/12/2025 **Fecha de publicación:** 31/12/2025

I Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Tegucigalpa, Honduras. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2570-4220> Correo sara.johnson@unah.edu.hn

II Licenciada en Enfermería. Especialista en Materno Perinatal. Magíster en Epidemiología. Directora de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Tegucigalpa, Honduras. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7587-2860>



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

ABSTRACT

Introduction: Working conditions in health services affect workers' health, performance and safety of care. Burnout is recognized as an occupational phenomenon related to chronic workplace stress. **Objective:** To analyze scientific contributions on occupational well-being, care economy and technological innovation in nursing, promoting regional cooperation and academic mobility. **Methodology:** A three-day on-site international event with lectures, round tables, panels, poster exhibition, academic forums and cultural integration activities, with national and international speakers and university delegations. **Results:** The congress strengthened academic exchange, institutional visibility and dissemination through institutional channels; collaboration networks and research-oriented visits were promoted. **Conclusions:** The event supported international cooperation and addressed priority themes for nursing linked to well-being, sustainability of care and ethically guided innovation.

Descriptors: Nurses; Occupational health; Stress, psychological; Health economics; Innovation.

RESUMO

Introdução: As condições de trabalho nos serviços de saúde influenciam a saúde do trabalhador, o desempenho e a segurança do cuidado. O esgotamento profissional é reconhecido como um fenômeno ocupacional associado ao estresse crônico no trabalho. **Objetivo:** Analisar contribuições científicas sobre bem-estar laboral, economia do cuidado e inovação tecnológica em enfermagem, promovendo cooperação e mobilidade acadêmica regional. **Metodologia:** Evento internacional presencial de três dias com conferências, mesas-redondas, painéis, exposição de pôsteres, fóruns acadêmicos e atividades culturais, com palestrantes nacionais e internacionais. **Resultados:** Fortaleceu-se o intercâmbio acadêmico, a visibilidade institucional e a difusão em canais institucionais; promoveram-se redes de colaboração e visitas orientadas à pesquisa. **Conclusões:** O congresso contribuiu para a cooperação internacional e para a agenda contemporânea da enfermagem com inovação orientada pela ética.

Palavras-chave: Enfermeiros; Saúde ocupacional; Estresse psicológico; Economia da saúde; Inovação.



INTRODUCCIÓN

El bienestar laboral del personal sanitario constituye un determinante crítico de la calidad, continuidad y seguridad de los cuidados. En particular, el agotamiento profesional se incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades (undécima revisión) como un fenómeno ocupacional derivado del estrés crónico en el trabajo que no ha sido gestionado de manera exitosa, con manifestaciones de agotamiento, distanciamiento mental del trabajo y disminución de la eficacia profesional.¹ La evidencia internacional recomienda priorizar intervenciones organizacionales para promover la salud mental en el trabajo, prevenir trastornos, apoyar el retorno laboral y fortalecer capacidades de gestión.² En la enfermería, estas necesidades se vuelven más visibles cuando se documentan condiciones laborales desfavorables y baja calidad de vida en el trabajo, con implicaciones directas en el desempeño y la sostenibilidad del cuidado.⁴

De forma complementaria, el desarrollo disciplinar exige liderazgo y gestión del cuidado con enfoque estratégico, especialmente en contextos de presión asistencial y transformaciones institucionales.⁵ Asimismo, la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería requiere acciones de retención, protección y fortalecimiento profesional, tal como advierten organismos internacionales.³ En paralelo, la incorporación de tecnologías digitales en salud y educación — incluida la inteligencia artificial— amplía oportunidades para la formación, la investigación y la toma de decisiones, pero demanda marcos éticos centrados en derechos humanos, transparencia, responsabilidad y supervisión humana.⁸ En esta línea, se ha propuesto comprender la inteligencia artificial como herramienta complementaria para investigación y educación, subrayando la responsabilidad ética y humana en su uso.⁶ Además, la experiencia regional en entornos virtuales de aprendizaje ha mostrado oportunidades y limitaciones para la formación en enfermera, reforzando la necesidad de modelos pedagógicos y tecnológicos contextualizados.⁷

En este marco, el I Congreso Internacional, IV Congreso Nacional y XIII Jornada Científica de Enfermería se diseñó para cubrir la brecha entre desafíos laborales, sostenibilidad económica del cuidado e innovación tecnológica, integrando evidencia, experiencias regionales y cooperación académica.



OBJETIVO DEL EVENTO

Analizar aportes científicos y experiencias académicas sobre bienestar laboral del personal de salud, economía del cuidado e innovación tecnológica en enfermería, promoviendo cooperación internacional y fortalecimiento institucional.

METODOLOGÍA

Se desarrolló el I Congreso Internacional, IV Congreso Nacional y XIII Jornada Científica de Enfermería, organizado por el Departamento de Enfermería Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en modalidad presencial, los días 24, 25 y 26 de septiembre de 2025, en el Edificio de Odontología, Auditorio Oswaldo Ramos Soto, Tegucigalpa, Honduras.

El evento contó con colaboración académica de redes regionales de educación en enfermería y promovió movilidad académica internacional, financiada por la institución anfitriona y apoyos externos, incluyendo aportes gestionados mediante cooperación nacional e internacional. Participaron ponentes de Honduras, Ecuador, Colombia, Argentina y El Salvador, así como delegaciones universitarias con docentes y estudiantes de instituciones públicas de Centroamérica.

La programación se estructuró en tres ejes temáticos (uno por día) y contempló: inscripción y registro, acto inaugural, recesos académicos, exposición de pósteres estudiantiles, conferencias, mesa redonda, panel, presentaciones de experiencias institucionales y clausura.

Como actividades complementarias de integración, se desarrollaron espacios culturales y recorridos orientados al intercambio académico, entrevistas destinadas a incentivar la investigación y visitas institucionales. Estas incluyeron el Hospital Escuela, el Hospital Materno Infantil, el Colegio de Profesionales de Enfermería, la Facultad de Ciencias Médicas y la Ciudad Universitaria de la UNAH, así como recorridos culturales por el casco histórico de Tegucigalpa, la ciudad de Comayagua y parques representativos de la región. La convocatoria al evento se realizó mediante un cartel informativo institucional (Figura 1).





Figura 1. Cartel informativo del evento

La programación académica se organizó en **tres ejes temáticos**, desarrollados a lo largo de tres jornadas consecutivas: **(1)** bienestar laboral del personal de salud; **(2)** enfermería, economía y cuidados; y **(3)** innovación e inteligencia artificial en enfermería.

Cada jornada incluyó conferencias magistrales, mesas redondas, paneles académicos, presentaciones de experiencias institucionales y exposición de pósteres de investigación estudiantil, con participación de ponentes nacionales e internacionales de Honduras, Ecuador, Colombia, Argentina y El Salvador. Asimismo, se desarrollaron espacios de diálogo interdisciplinario orientados al análisis de las condiciones laborales del personal de salud, la sostenibilidad económica del cuidado, la gestión estratégica en enfermería y la incorporación ética de tecnologías emergentes en la práctica, la educación y la investigación.

RESULTADOS

Resultados académicos y de cooperación

El congreso consolidó un espacio de actualización científica, diálogo interdisciplinario y cooperación académica internacional, abordando temáticas prioritarias para la enfermería contemporánea.

- En el eje de **bienestar laboral**, se abordaron temáticas vinculadas a salud mental, gestión del estrés, prevención del síndrome de burnout y autocuidado del personal de enfermería, mediante conferencias y mesas redondas.



- El eje de **enfermería, economía y cuidados** permitió analizar el valor económico del cuidado, el arancel profesional, la sostenibilidad de los sistemas de salud, la lactancia materna y la adaptación del cuidado en contextos pediátricos y comunitarios.
- Finalmente, el eje de **innovación e inteligencia artificial en enfermería** promovió el debate sobre tecnologías emergentes, simulación clínica, cooperación internacional, políticas públicas, ética y seguridad en la implementación de herramientas digitales en salud, incorporando experiencias institucionales y estudiantiles.

Asimismo, se promovió la movilidad académica internacional con participación de docentes y estudiantes de universidades de Honduras, Ecuador, Colombia, Argentina y El Salvador, fortaleciendo redes de colaboración científica y visibilizando el quehacer académico de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. El evento contó con amplia difusión a través de redes sociales y canales institucionales, lo que contribuyó al posicionamiento y reconocimiento institucional a nivel regional.



Figura 2. Actividades académicas desarrolladas durante el I Congreso Internacional, IV Congreso Nacional y XIII Jornada Científica de Enfermería.



Resultados de integración cultural, extensión universitaria y movilidad académica

Como parte del enfoque integral del evento, se desarrollaron actividades de integración cultural y extensión universitaria, orientadas a fortalecer el intercambio intercultural, la identidad regional y la cooperación académica. Estas incluyeron muestras artísticas de bailes folclóricos, recorridos turísticos y patrimoniales, experiencias gastronómicas, visitas institucionales y hospitalarias, así como espacios de convivencia académica informal que favorecieron el diálogo entre docentes, investigadores y estudiantes.

Estas actividades permitieron visibilizar la cultura hondureña, fortalecer lazos de cooperación internacional y generar escenarios propicios para entrevistas académicas, intercambio de experiencias y proyección de futuras iniciativas de investigación colaborativa.



Figura 3. Actividades de integración cultural, recorridos turísticos y movilidad académica internacional realizadas durante el evento.



Taller académico previo al congreso

De manera previa al inicio oficial del congreso, se desarrolló el Taller “Importancia de la Investigación e Iniciación en el Camino del Autor Científico”, impartido por la Mtra. Stefania Johanna Cedeño Tapia, el martes 23 de septiembre de 2025, en el Salón Francisca Canales, Sede Tegucigalpa de la Facultad de Ciencias Medicas Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

El taller estuvo dirigido a docentes y estudiantes inscritos y tuvo como objetivo fortalecer competencias iniciales en investigación científica, escritura académica, ética de la investigación y construcción del perfil del autor científico. La actividad generó un alto impacto formativo, evidenciado en la participación activa, el interés manifestado y la motivación para iniciar o consolidar trayectorias investigativas en enfermería.



Figura 4. Taller “Importancia de la Investigación e Iniciación en el Camino del Autor Científico”, impartido por la Mtra. Stefania Johanna Cedeño Tapia.

CONCLUSIÓN

El congreso alcanzó el objetivo propuesto al integrar evidencia y experiencias regionales sobre bienestar laboral, sostenibilidad económica del cuidado e innovación tecnológica, fortaleciendo la cooperación internacional, la movilidad académica y la visibilidad institucional. La combinación de agenda científica con actividades culturales y de extensión favoreció un intercambio integral orientado a la promoción de la investigación y las redes académicas.

Recomendaciones

Institucionalizar un plan anual de cooperación y movilidad académica con universidades aliadas.

Mantener una línea prioritaria sobre salud mental y condiciones laborales del personal de enfermería, con intervenciones organizacionales basadas en evidencia.²



Fortalecer marcos éticos y de seguridad para la innovación tecnológica y el uso de inteligencia artificial en investigación y cuidado, con enfoque de derechos y supervisión humana.⁸

Financiamiento

Financiamiento principal por la institución organizadora y apoyos de cooperación nacional e internacional.

Reconocimiento

La Comisión Organizadora del I Congreso Internacional, IV Congreso Nacional y XIII Jornada Científica de Enfermería UNAH expresa su reconocimiento a las autoridades académicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en especial a la Rectoría y a la Decanatura de la Facultad de Ciencias Médicas, por el respaldo institucional brindado para la realización del evento.

Se agradece de manera especial al Comité Organizador y al equipo de coordinación académica, cuyo compromiso y gestión permitieron el desarrollo exitoso de las actividades científicas, académicas y de integración programadas. Asimismo, se reconoce la participación activa del personal docente, administrativo y estudiantil, así como el apoyo del Instituto de Investigación en Ciencias Médicas y Derecho a la Salud (ICIMEDES) y de la Dirección de Investigación Científica, Humanística y Tecnológica (DICIHT).

Comité organizador y coordinación académica

Alejandrina Maribel Manzanares Membreño; Sara Elia Johnson; Edith Geraldina González; María Liliana Rodríguez; Lesli Xiomara López; Ela Dianira Márquez; Alicia Medina; Guillermo Antonio Flores; Francia Janeth Carranza; Ana María Lozano; Nubia Rodríguez; Jessy Cruz; Leda Janeth Sánchez; Reina Isabel Rivera; Dania Cruz Medina; Carolina Álvarez; Emilia Torres; Karla Bodden; Marissa Montoya; Amalia Ríos Sánchez y Stefanía Johanna Cedeño Tapia.

Ponentes nacionales e internacionales

Maritza Guillermina Figueroa Padilla (Honduras); Stefanía Johanna Cedeño Tapia (Ecuador/El Salvador); Sergia Núñez (Honduras); Yolanda Anabel Culzoni (Argentina); Lady Carolina Díaz Jurado (Colombia); Dinora Danibeth Ruiz Hernández (Honduras); Karen Lissette Uto de Polanco (El Salvador); Maryuri Arteaga (Honduras); Carlos Gómez (Honduras); Iris Ríos (Honduras); Josué Licon (Honduras); Bartolo Fuentes (Honduras); Jeimmy Hernández (OPS); Yesenia Flores (El Salvador); Ismael López (El Salvador); Jorge Honorato Navarro Enríquez (Honduras).



Estudiantes participantes

Se reconoce la participación de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en especial a Génesis Cristabel Gómez y Alejandra María Ramírez Rodas, por la presentación de experiencias académicas y estudiantiles.

Instituciones aliadas

Finalmente, se extiende un reconocimiento a las instituciones aliadas, entre ellas la Universidad de El Salvador y la Red Latinoamericana de Educación en Enfermería (RELEDEN), por su valioso aporte al fortalecimiento de la cooperación académica regional.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. 28 May 2019 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
2. World Health Organization. Guidelines on mental health at work. 2022 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>
3. International Council of Nurses. Sustain and retain in 2022 and beyond: The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic. 2022 [Internet]. Disponible en: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/sustain-and-retain-2022-and-beyond>
4. Cedeño-Tapia SJ. Calidad de vida en el trabajo de enfermería en el escenario pre y post pandemia. Rev Recien. 2021;10(3):1-4 [Internet]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/360639589_CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_TRABAJO_DE_ENFERMERIA_EN_EL_ESCENARIO_PRE_Y_POST_PANDEMIA
5. Cedeño Tapia SJ. Liderazgo en enfermería, y su importancia en el desarrollo disciplinar. Rev CuidArte. 2020;9(18.1) [Internet]. doi:10.22201/fesi.23958979e.2020.9.18.1.77578
6. Cedeño Tapia SJ. La inteligencia artificial como herramienta complementaria en la investigación y educación: responsabilidad ética y humana. Rev Unidad Sanitaria XXI. 2023;3(8) [Internet]. Disponible en: <http://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/RUSXXI/article/view/47>
7. Cedeño Tapia SJ, Villalobos Guiza MN, Rodríguez López JI, Fontal Vargas PA. La educación de enfermería en Latinoamérica y los entornos virtuales de aprendizaje en tiempos de pandemia. Rev CuidArte. 2021;10(20) [Internet]. doi:10.22201/fesi.23958979e.2021.10.20.79919
8. UNESCO. Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence. 2021 [Internet]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380455>



GUÍA DE AUTORES PARA PUBLICACIÓN



**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



**UNIDAD
SANITARIA XXI**



Fomentamos el trabajo original

**Identifícate de manera única entre los
científicos y otros autores académicos.**

ORCID



Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a cada uno de ustedes por su interés en esta revista. Para nosotros, será un gran honor ser un medio que facilite 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 EDITORIAL
REV. UNIDAD SANIT. XXI



STEFANÍA J. CEDEÑO-TAPIA

CONSEJO FUNDADOR PERMANENTE
REV. UNIDAD SANIT. XXI



LLAUDETT N. ESCALONA-MÁRQUEZ

DIRECTOR DEL COMITÉ INTERNO
REV. UNIDAD SANIT. XXI



ERNESTO G. R. ACOSTA

DIRECTORA DEL COMITÉ EXTERNO
REV. UNIDAD SANIT. XXI



JANET M. ARÉVALO-IPANEQUÉ

CONSEJO FUNDADOR PERMANENTE
REV. UNIDAD SANIT. XXI



EDNA J. MONDRAGÓN-SANCHEZ



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



<https://www.facebook.com/Rev.UnidadSanitariaXXI>



@rev.unidad.sanitariaxxi



@XxiRev



revista.unidadesanitaria21@gmail.com