

12

Cuidado Multidisciplinario de la Salud **BUAP**®

Año 6, Número 12 • Junio - Noviembre 2025
ISSN: 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

BUAP®



Cuidado multidisciplinario de la salud **BUAP**

Año 6 • Número 12 • Junio a Noviembre de 2025
ISSN: 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

María Lilia Cedillo Ramírez
Rectora

José Manuel Alonso Orozco
Secretaria General

Jorge David Cortés Moreno
Dirección General de Publicaciones

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Francisco Javier Báez Hernández
Director

Vianet Nava Navarro
Secretaria Académica

Miguel Ángel Zenteno López
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Marcela Flores Merlo
Secretaria Administrativa

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP

Francisco Javier Báez Hernández
Director de la Revista

Erick Alberto Landeros Olvera
Editor Responsable

Rosa María García Aguilar
Editora de Redacción

Francisco Javier Báez Hernández
Secretario Científico

Verónica Miriam Barrón Pérez
Jair Eric Vázquez Torres
José Gabriel Montes Sosa
Comité Jurídico y Ética

Erick Landeros Olvera
Rosa María Galicia Aguilar
Coordinadores

Paul Aguilar Sánchez
René Bautista Castillo
Norma Ofelia Huerta Sánchez
Traducciones

Dulce María Avendaño Vargas
Gestión editorial en Open Journal System (OJS)

CINTILLO LEGAL

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP. Año 6, N° 12, Junio a Noviembre de 2025, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 www.cmsj.buap.mx. Editor Responsable: Dr. Erick Landeros Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: 2954-4319. Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Dr. Francisco Javier Báez Hernández, fecha de última modificación, Mayo de 2025.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.



Cuidado multidisciplinario de la salud **BUAP**

Año 6 • Número 12 • Junio a Noviembre de 2025
ISSN: 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

Manuel Amezcua Martínez
Presidente de la Fundación INDEX

Carmen Aidé Fernández Rincón
Universidad del Quindío, Colombia

José Ramón Martínez Riera
Universidad de Alicante, España

Gloria Mabel Carrillo
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

María Helena Palucci Marziale
University of Sao Paulo at Ribeirao Preto College of
Nursing, Brasil

Afaf I. Meleis
University of Pennsylvania School of Nursing,
Department Family and Community Health, EUA

Robin Whitmore
Yale School of Medicine

Fawcett Jacqueline
University of Massachusetts Boston, EUA

Marie Luise Friedemann
Profesora Emérita, Universidad Internacional de Florida, EUA

CONSEJO EDITORIAL NACIONAL

Milton Carlos Guevara Valtier
Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL),
Facultad de Enfermería, Nuevo León, México

Sylvia Claudine Ramírez Sánchez
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),
Coordinación de Investigación en Salud, México

Teresa Margarita Rodríguez Jiménez
UDGVirtual, Universidad de Guadalajara (UDG), Jalisco, México

María Olga Quintana
Universidad de Sonora, Sonora, México

Edna Judith Nava González
Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública (UANL),
Nuevo León, México

Francisco Báez Hernández
Profesor Investigador BUAP,
Facultad de Enfermería, Puebla, México

María Verónica del Rosario Hernández Huesca
BUAP-Directora General de Estudios de Posgrado,
Puebla, México

Elizabeth Martínez Buenabad
BUAP-Instituto de las Ciencias Sociales y Humanidades,
Puebla, México

Eduardo Monjaraz Guzmán
BUAP-Instituto de Fisiología, Puebla, México

CINTILLO LEGAL

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP. Año 6, N° 12, Junio a Noviembre de 2025, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 www.cmsj.buap.mx. Editor Responsable: Dr. Erick Landeros Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: 2954-4319. Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Dr. Francisco Javier Báez Hernández, fecha de última modificación, Mayo de 2025.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Índice

Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP
Año 6 • Número 12 • Junio a Noviembre de 2025
ISSN 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

EDITORIAL

6 Recomendaciones para agilizar el proceso de publicación de tu manuscrito científico

Erick Landeros-Olvera

INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

10 Experiencia de enfermeros gerontogeriatras ante el maltrato familiar hacia la persona mayor

Laura Yolanda Pagola-López, María Adriana Andrade-Mérida, Xóchitl Vargas-Hernández, Flor Marlene Luna Victoria-Mori, Beatriz Islas-Ramírez

26 Estado nutricional y fragilidad en personas mayores: prueba piloto

Xóchitl Vargas-Hernández, María Adriana Andrade-Mérida, Samuel González-Pacheco, Aurora Pérez-Peza

39 Estilos de vida en estudiantes de odontología del norte de México

Marco Luis Hernández-Reyes, Héctor Emilio López-Sánchez, Gabriela de Jesús Félix-Angulo, Ximena Romero-Nieblas, Fabiola Elizabeth Soto-Montero

54 Calidad de vida en el trabajo, en el personal de enfermería

María Isamar Maya-Fonseca, Ruth Magdalena Gallegos-Torres, Gabriela Palomé-Vega, Feliciano Milán-Suazo

**66 Nivel de conocimientos sobre la técnica de autoexamen
mamario mediante intervención educativa**

Rocío Escamilla-Zacarías, Itzel Andrea Padilla-Alcocer, Gerardo
Licerio-Gutiérrez, Rosa González-Moreno, Andrés Maya-Morales

**81 Tratamiento eficaz con pomada enzimática elaborada a base
de plantas naturales para curación de heridas**

Carolina Esquivel-Gómez, Noé García-Pedroza, Martha Leticia
Villanueva-Romero, Isela Pérez-Acosta, Luis Flores-Padilla

COMUNICACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

**93 Transversalizar la perspectiva de género y derechos humanos
en las licenciaturas en Enfermería**

Alma Angélica Villa-Rueda

Editorial

Recomendaciones para agilizar el proceso de publicación de tu manuscrito científico

Landeros-Olvera, Erick  0000-0001-6270-1759

Editor Responsable de la Revista *Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP*
cmsj_editor.enfermería@rd.buao.mx

Escribir para la ciencia no es un proceso sencillo y a veces es doloroso, requiere no solo de conocimiento en la disciplina, sino de actitud y saber convivir con el fracaso, sí, el fracaso de recibir un mensaje del editor notificando que, “tu trabajo ha sido rechazado”. En ese momento, los pensamientos te recuerdan todas las horas de trabajo que invertiste, la búsqueda de literatura, la recolección de los datos, el análisis de los resultados y lo más valioso, el tiempo postergado de interacción social, donde posiblemente se dejó de lado a la familia, los amigos, los hijos y la pareja o lo que más te gusta hacer. Es ahí donde cobra importancia la actitud, para analizar y atender a las observaciones de los evaluadores editoriales y, en ese momento crecer profesionalmente, para mejorar tu trabajo y volverlo a intentar y lograr el éxito.

La primera vez que te rechazan un trabajo, los sentimientos son diversos, entre los más comunes está la molestia y la frustración; pero con la experiencia, sabes que recibir esa noticia es un reto, una oportunidad, de aprender y mejorar en tu línea de investigación y la forma de comunicación científica. Con el tiempo, aprendes que no solo hacer la investigación y escribir el reporte son importantes, también aprendes que “*la claridad es cortesía del investigador*”, y que no solo es desarrollar las competencias investigativas, debes de poner atención a los detalles, esas pequeñas o grandes implicaciones que condicionan la calidad de tu manuscrito. En esta editorial, quiero compartir parte de la experiencia que he tenido como editor de la revista *Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP* y como miembro del Consejo Editorial de varias revistas, pero, sobre todo, como evaluador.

Debe de quedar claro que un manuscrito científico, no es un artículo científico hasta que no se publica, ni siquiera lo es, a pesar de estar aceptado para ser publicado. Sin embargo, el proceso editorial desde la revisión hasta las galeras (la edición previa que puede corregirse antes de ser

**Cuidado
Multidisciplinario
de la Salud BUAP**



publicado), en muchas ocasiones se retrasa por “los detalles” que los autores no consideran. Entre las posibles causas, por falta de experiencia o porque los lineamientos para autor no son suficientemente descritos. La corrección de estos detalles de formato (e independientemente de los detalles de fondo), representan un reto en el proceso editorial entre el autor, el evaluador, el maquetador y el editor; este proceso puede durar de 6 meses hasta dos años. Por esta razón es que afirmo que, *“la perseverancia, es el apellido del investigador”*, empero ¿cómo facilitamos este proceso?

Un manuscrito científico que se envía a la sección de investigación u originales constituye la parte medular de una revista indizada. Bajo esta premisa, debe quedar depurado y detallado, no solo bajo la estructura y el contenido del formato IMRyD (Introducción, Metodología, Resultados y Discusión), también debe atenderse el formato de la revista (APA, Vancouver u otro), y los metadatos (título, adscripción de los autores, sus ORCID, correo de correspondencia, resumen y palabras clave, referencias, etc.). Hacer caso omiso a los detalles de estas tres situaciones, retrasa el proceso de publicación en tres filtros: la revisión preliminar del editor, la evaluación cegada por pares y el proceso de maquetación o diseño de la publicación; sin contar el tiempo que tardan los autores en atender las observaciones (que, en muchas ocasiones, no realizan por completo).

Respecto al primer filtro, la revisión del editor, no constituye una dictaminación, no es su función aceptar o rechazar un artículo, eso lo determinan los árbitros o evaluadores del manuscrito en un proceso cegado. El editor realiza observaciones preliminares de forma general (antes de iniciar el proceso de revisión por pares), puede realizar sugerencias al formato o situaciones de carácter esencial. Por ejemplo, solicitar que la traducción al inglés del resumen sea realizada por un profesional certificado; verificar que las palabras clave estén en los tesauros de ciencias de la salud (DeCS); comunicar a los autores que se coloquen las citas de las aseveraciones de cada párrafo para no incurrir en plagio (sobre todo en la Introducción, donde se justifica el Objetivo del estudio); identificar los postulados que se cubrieron para el uso de estadística paramétrica (para no incurrir en errores tipo III dentro del diseño); clarificar la confiabilidad del instrumento psicométrico y su uso previo en la población de estudio; presentar el registro del Comité de Ética e indicar la obtención del consentimiento informado. Asimismo, solicitar ciertos detalles de los resultados estadísticos como la confiabilidad obtenida del instrumento, el valor de “*p*” (en cursiva y sin ceros a la izquierda del punto), el porcentaje de los Intervalos de Confianza (IC), la referencia para determinar el tamaño de efecto de las correlaciones. Algunas otras, —no menores— como el interlineado y espaciado correctos, alinear a la izquierda el texto o justificarlo, unificar la tipología de la fuente, entre muchos otros.

Respecto al segundo filtro, los árbitros editoriales evalúan los procesos metodológicos del trabajo, para dictaminar el manuscrito como “rechazado o aceptado”; cuando es aceptado, puede ser sin o con modificaciones menores o mayores para volver a evaluar. Este filtro es uno de los procesos



que requiere más tiempo. Las revistas regularmente tienen una cartera de revisores, y los clasifica por área disciplinar y especialización, con la meta de recibir las observaciones y el dictamen lo antes posible. No obstante, frecuentemente las evaluaciones tardan en retornar al editor, por múltiples razones atribuidas al evaluador. Numerosas revistas, dan un tiempo límite al evaluador, y otras prefieren esperar, porque conocen el prestigio del evaluador y como experto, se sabe que realizará sugerencias sustanciales para mejorar la calidad del manuscrito.

El autor o los autores, con el tiempo y el número de publicaciones, afinan sus competencias en la redacción y llegan a comprender lo que evalúa cada árbitro editorial. Aunque no todos los evaluadores tienen las mismas características o habilidades de evaluación, quiero compartir desde mi experiencia, cómo evalúo un manuscrito (independientemente de la hoja de cotejo que nos proporciona la revista para dictaminar). Primero, puedo tomar la decisión de seguir leyendo o no el manuscrito (rechazarlo) si no existe congruencia entre el Título, Objetivo y Conclusión; estas tres partes del documento, tienen que estar parafraseadas, sintéticas, vinculadas y clarificadas. Segundo, no iniciar la Introducción con lo que ya se sabe, no perder tiempo en detallar lo que ya se conoce, se arranca con el problema ¿Qué se sabe? ¿qué se necesita? Provoca al lector, sintetizar el vacío de conocimiento, puntualizar el problema y así, justificar el objetivo de tu estudio. Tercero, escribir con claridad la metodología; como evaluador, deseo identificar cómo se garantizaron los procedimientos para la recolección de los datos, necesito leer cómo se minimizaron los sesgos o cómo se amortiguaron las variables confusoras, para que se garantice la exposición de los resultados y evitar errores tipo I, II y III. Cuarto, si bien no es común escribir objetivos específicos (como regularmente se hace en una tesis), recomiendo realizar un esquema mental de procedimientos y en el orden en que se colocarían esos objetivos específicos, será el orden de presentación de las secciones de Resultados y Discusión. Por ejemplo, en Resultados, se inicia con la descripción estadística de las variables que fueron medidas: datos sociodemográficos, antropométricos, clínicos, moleculares y de variables psicométricas. Posteriormente se exponen la confiabilidad de los instrumentos, las pruebas de normalidad y de hipótesis con la estadística inferencial, el propósito es cubrir el Objetivo del estudio. Quinto, en palabras del Dr. Edson Serván-Mori, la sección de la Discusión se escribe de tal manera que, si se une directamente con la sección de la Introducción (sin leer la Metodología y los Resultados), tiene que ser completamente entendible. Si se logra, refleja la calidad de la investigación, porque se ha cuidado la redacción y la cohesión de las ideas entre los párrafos, con conectores como “al respecto”, “por lo tanto”, “luego entonces”, “bajo la premisa anterior”, “es aquí donde cobra importancia”, “en el mismo orden de ideas” son herramientas lingüísticas que facilitan la comprensión y muestran un manejo cuidadoso del lenguaje.

Respecto al tercer filtro, cuando el manuscrito ha sido aceptado, surge el proceso de maquetación. Este trabajo es detallado, riguroso, no es nada fácil, requiere de tiempo y no se puede agilizar



por los “detalles” que los autores omitieron, o indicaciones del editor o de los árbitros que no se atendieron; además, incluye la corrección de estilo, que no es un trabajo menor, porque hasta el más mínimo detalle cuenta. En la maquetación se diseña la página, el color, los elementos visuales de forma lógica y funcional, se realiza a través de un lenguaje de cómputo que resulta en la presentación de todos los elementos que facilitan la lectura y la comprensión del texto.

Se tiene que considerar que, este último trabajo, en realidad es parte de los editores de la revista, no de los autores. No obstante, si pone atención a las recomendaciones de esta editorial, se puede “afinar” el manuscrito, recibir menos observaciones de formato y agilizar el proceso de maquetación.

Finalmente, el trabajo no tiene que ser extenso, en promedio, es ideal alrededor de 1000 palabras para cada sección (IMRyD = 4000 palabras), sin contar metadatos como los resúmenes (regularmente son 750 palabras entre español, inglés y portugués), así como tablas, gráficos y lista de referencias. No obstante, esta recomendación puede variar de acuerdo a los lineamientos de cada revista; lo que expongo, no es una regla, porque depende del criterio y reflexión de cada evaluador editorial; por ejemplo, algunos árbitros editoriales encarecen su dictamen con solo leer el resumen. Lo que es un hecho, es que, en las cuatro secciones (IMRyD), siempre se debe de escribir bajo el argumento, se trata de escribir con base a la evidencia, no en la ocurrencia, así, provocar el interés del lector a que siga leyendo el artículo.

Agradecimiento. Al Dr. Edson Serván-Mori, Doctor en Economía y Especialista en Estadística Aplicada y Desarrollo Social con adscripción en el INSP y Editor Asociado del International Journal of Health Planning and Management, PLoS ONE, Frontiers in Public Health y BMC-Health Services Research. Por sus contribuciones a este ensayo y por las coincidencias en la cátedra compartida del Doctorado en Enfermería de la UNAM.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Experiencia de Enfermeros Gerontogeriatras ante el Maltrato Familiar hacia la Persona Mayor Experience of Gerontological Nurses with Family Abuse of the Elderly Experiência de Enfermeiros Gerontogeríatricos diante do Maus-Tratos Familiares contra a Pessoa Idosa

Pagola-López, Laura Yolanda  0000-0003-1744-0240

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Doctora en Ciencias de Enfermería.
lpagola@ipn.mx

Andrade-Mérida, María Adriana  0000-0001-5735-5564

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Especialidad Médica en Otorrinolaringología.
*Autor corresponsal.
mandradem@ipn.mx

Vargas-Hernández, Xóchitl  0000-0002-8950-6790

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Maestra en Ciencias.
xvargash@ipn.mx

Luna Victoria-Mori, Flor Malene  0000-0003-0019-7889

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Doctora en Ciencias de Enfermería.
flor_mlvvm@yahoo.com

Islas-Ramírez Beatriz  0009-0007-7412-5139

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Estudiante de la Especialidad de
Enfermería en Gerontogeriatría.
laplusjolies@gmail.com

Recibido: 31 de enero de 2025. **Aceptado:** 28 de abril de 2025.



RESUMEN

Introducción. En México, de acuerdo a estadísticas oficiales, existen 17,958,707 personas mayores, una población en situación de vulnerabilidad frecuentemente expuesta al maltrato. La Organización Mundial de la Salud define el maltrato a personas mayores como actos o la omisión de medidas que les causen daño o sufrimiento, especialmente en relaciones de confianza.

Objetivo. Analizar la experiencia de los enfermeros gerontogeriatras ante el maltrato familiar hacia la persona mayor.

Metodología. Estudio cualitativo, fenomenológico hermenéutico, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a profundidad a 12 personas especialistas en enfermería gerontogeriátrica de la Ciudad de México. La investigación cumplió con criterios de rigor cualitativo, cubriendo aspectos éticos en materia de investigación.

Resultados. Los resultados revelan dos categorías identificación de factores de riesgo en la persona mayor para sufrir maltrato y experiencia de la enfermera gerontogeriátrica frente al maltrato de la persona mayor. También se identificaron barreras significativas, como la escasa conciencia de los profesionales de la salud y la insuficiencia de recursos para intervenir eficazmente. Los hallazgos resaltan la importancia de abordar tanto los aspectos médicos como los psicosociales del abandono, destaca la necesidad de sensibilización y capacitación.

Conclusión. Este estudio proporciona evidencia sobre los factores de riesgo y barreras en la atención al maltrato de la persona mayor, subrayando la relevancia de implementar estrategias integradas que promuevan una atención más efectiva y humanizada frente a este problema de salud pública.

Palabras clave: Persona Mayor, Abuso de Personas Mayores, Violencia, Enfermeras Especialistas, Atención de Salud Geriátrica, Geriátría (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. In Mexico, according to official statistics, there are 17,958,707 elderly people, a vulnerable population frequently exposed to abuse. The World Health Organization defines elder abuse as acts or the omission of measures that cause harm or suffering, especially in relationships of trust.

Aim. To analyze the Experience of Gerontological Nurses with Family Abuse of the Elderly.

Methodology. Qualitative, phenomenological, hermeneutic study, in-depth semi-structured interviews were applied to 12 gerontogeriatric nursing specialists from Mexico City. The research met qualitative rigor criteria (credibility, transferability, confirmability, and dependability) and covered ethical aspects in research.

Results. The results reveal two categories: Identification of risk factors for elder abuse in older adults and experience of the gerontogeriatric nurse facing elder abuse. Significant



barriers were also identified, such as poor awareness among health professionals and insufficient resources to intervene effectively. The findings highlight the importance of addressing both the health professionals and psychosocial aspects of neglect, highlighting the need for awareness and training.

Conclusion. This study provides evidence on the risk factors and barriers in care of elder abuse, highlighting the relevance of implementing integrated strategies that promote more effective and humanized care in the face of this public health problem.

Keyword: Aged, Elder Abuse, Violence, Nurse Specialists, Health Services for the Aged, Geriatrics (MeSH).

RESUMO

Introdução. No México, de acordo com estatísticas oficiais, existem 17.958.707 pessoas idosas, uma população em situação de vulnerabilidade frequentemente exposta a maus-tratos. A Organização Mundial da Saúde define o abuso contra a pessoa idosa como atos ou omissões que causem dano ou sofrimento, especialmente em relações de confiança.

Objetivo. Analisar a experiência dos enfermeiros gerontogeriátricos diante dos maus-tratos familiares contra a pessoa idosa.

Metodologia. Estudo qualitativo, fenomenológico-hermenêutico, no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com 12 especialistas em enfermagem gerontogeriátrica da Cidade do México. A pesquisa atendeu aos critérios de rigor qualitativo, cumprindo os aspectos éticos exigidos em pesquisas científicas.

Resultados. Os resultados revelaram duas categorias: identificação de fatores de risco na pessoa idosa para sofrer maus-tratos e experiência da enfermeira gerontogeriátrica frente aos maus-tratos. Também foram identificadas barreiras significativas, como a pouca conscientização dos profissionais de saúde e a insuficiência de recursos para intervenções eficazes. Os achados destacam a importância de abordar tanto os aspectos médicos quanto os psicossociais do abandono, ressaltando a necessidade de sensibilização e capacitação.

Conclusão. Este estudo fornece evidências sobre os fatores de risco e barreiras na atenção aos maus-tratos contra a pessoa idosa, sublinhando a importância de implementar estratégias integradas que promovam um cuidado mais eficaz e humanizado diante deste problema de saúde pública.

Palavras-chave: Pessoa Idosa, Maus-Tratos contra a Pessoa Idosa, Violência, Enfermeiras Especialistas, Atenção à Saúde Geriátrica, Geriatria (DeCS).



Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024), se considera persona mayor a toda aquella que tiene 60 años o más. El envejecimiento poblacional es un fenómeno en constante crecimiento, y este organismo reporta que, a nivel mundial, el número de personas mayores ya supera los 100 millones de años; además, el envejecimiento no solo implica un incremento en la población mayor, sino también una serie de cambios significativos en la vida de estas personas (OMS, 2024). Así mismo, se proyecta que esta cifra se duplique en el año 2050, lo que plantea importantes retos demográficos y sociales (Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2024). En el ámbito físico, se observan disminuciones en la fuerza, la movilidad y las capacidades sensoriales, lo que puede aumentar su nivel de dependencia. Sin embargo, los cambios sociales suelen tener un impacto aún mayor, como el aislamiento, la pérdida de roles activos en la comunidad y la disminución de redes de apoyo. Estas condiciones los hacen grupos propensos a la vulnerabilidad y a ser maltratados (Oñate & Gavilanes, 2022).

El maltrato hacia las personas mayores, según la OMS (2023), se define como uno o varios actos repetidos que causan daño o sufrimiento, así como la omisión de medidas para prevenirlo. Este, puede manifestarse de manera física, sexual, económica, psicológica o a través de la negligencia (Pineda *et al.*, 2021). De acuerdo con Cornes y Calle (2023), el maltrato surge de una relación de poder desigual, donde la capacidad física o mental de la víctima, disminuye por proceso de envejecimiento y dificulta su defensa.

Este fenómeno se considera un problema social y de salud pública, que afecta al 15.7 % de las personas mayores a nivel mundial: el maltrato psicológico representa el 11.6 %, el económico 6.8 % (Alfonso *et al.*, 2021), la negligencia 4.2 %, el físico 2.6 % y el abuso sexual 0.9 % (OMS, 2022; Patel *et al.*, 2021). Sus implicaciones son graves, ya que puede provocar lesiones, depresión, aislamiento social o incluso muerte prematura, además de ser una violación a los derechos humanos (Covarrubias *et al.*, 2024).

Los factores de riesgo incluyen la dependencia física o cognitiva, que aumenta siete veces la probabilidad de sufrir maltrato (Breglia, 2024), el aislamiento social, relaciones familiares conflictivas (Yon *et al.*, 2019) y condiciones socioeconómicas adversas, como la pobreza (Vinueza *et al.*, 2021). También influyen aspectos sociodemográficos como etnia y nivel educativo (Brijoux, Neise & Zank, 2021).

La literatura evidencia que el fenómeno del maltrato hacia las personas mayores ha sido ampliamente estudiado, se ha identificado dos principales enfoques: el maltrato en contextos institucionales (Arrollo *et al.*, 2024), donde a menudo es perpetrado por el personal de salud (Londoño & Cubides, 2021), y la violencia intrafamiliar (García, Antón & Vera, 2022). Sin embargo, existe un vacío de conocimiento en torno a las experiencias de los enfermeros especialistas en gerontogeriatría frente al maltrato hacia esta población. Este vacío limita la comprensión de las dinámicas subyacentes desde



la perspectiva de quienes están en contacto directo con las personas mayores y a cargo de su cuidado. Por lo tanto, resulta imprescindible realizar estudios con un enfoque cualitativo que permitan explorar estas vivencias, aportando una visión más profunda sobre el fenómeno que favorezcan el diseño de estrategias centradas en la prevención y atención del maltrato desde un marco ético y profesional.

Ante este panorama se planteó el siguiente objetivo: Analizar la experiencia de los enfermeros gerontogeriatras ante el maltrato familiar hacia la persona mayor.

Metodología

El diseño se realizó bajo el paradigma cualitativo, con un enfoque fenomenológico hermenéutico de Heidegger para analizar e interpretar el objeto de estudio. Los informantes fueron 12 personas, de las cuales son enfermeros especialistas en gerontogeriatría que trabajan en la Ciudad de México. Se seleccionaron mediante la técnica bola de nieve, se consideraron enfermeros y enfermeras con experiencia y conocimiento en el tema, los criterios de inclusión fueron: enfermeros con al menos dos años de experiencia en gerontogeriatría, haber atendido personas mayores en situación de maltrato en su contexto familiar, estar dispuesto a participar en entrevistas a profundidad. Así mismo, los criterios de exclusión fueron los siguientes: enfermeros que hayan sufrido un evento traumático reciente relacionado con maltrato a personas mayores, ya que podría dificultar la entrevista y arrojar datos erróneos, enfermeros con especialidad pero que no esten en contacto con personas mayores.

El principal instrumento de indagación fue el propio investigador que utilizó entrevistas semiestructuradas aplicadas a profundidad, se realizaron una o dos entrevistas semiestructuradas para propiciar el Rapport, las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad para su posterior análisis, hasta lograr la saturación teórica de los datos. Las preguntas se diseñaron para analizar la experiencia de los enfermeros especialistas en gerontogeriatría frente al maltrato de la persona mayor.

Se realizó un análisis hermenéutico del discurso para interpretar patrones, temas y se establecieron categorías emergentes de los datos recopilados, así mismo se realizó una triangulación de datos con la literatura científica para poder darle sustento teórico a esta investigación. Se utilizaron criterios de rigor para la investigación cualitativa como son la credibilidad, transferibilidad, confirmabilidad y dependabilidad.

De igual manera, se llevaron acciones encaminadas en todo momento para respetar a los sujetos de estudio, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, se les dio a conocer el uso de sus datos, de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares (2011). Se garantizó en todo momento la confidencialidad y el anonimato, de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación (2014). Así mismo se siguieron todas las pautas

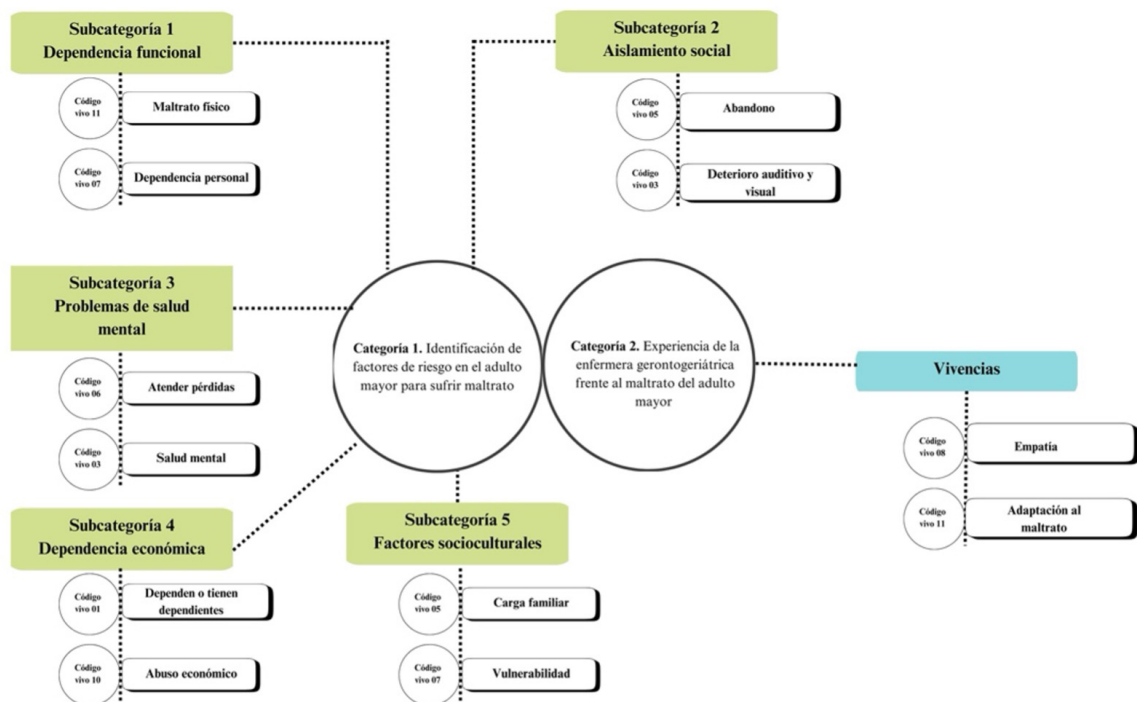


establecidas por la Asociación Mexicana de Ética e Investigación en Salud (Ruiz de Chávez, 2016). Este proyecto fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional con el número de registro (2023-037).

Resultados

Posterior a la transcripción, análisis de las entrevistas y triangulación con la literatura, emergieron dos categorías: 1) Identificación de factores de riesgo en la persona mayor para sufrir maltrato con sus correspondientes subcategorías y 2) Experiencia de la enfermera gerontogeriatra frente al maltrato de la persona mayor (Ver **Figura 1**).

Figura 1. Categorías y subcategorías.



Fuente. Elaboración propia (2024).



A continuación se describen las categorías y subcategorías.

Categoría 1. Identificación de factores de riesgo en la persona mayor para sufrir maltrato

A partir del análisis de las entrevistas, considerando el contexto y las características individuales de las personas mayores, los enfermeros identificaron diversos factores que incrementan la vulnerabilidad al maltrato. Estos factores fueron organizados en cinco subcategorías, las cuales reflejan diferentes dimensiones de riesgo y permiten una comprensión más profunda de las dinámicas que contribuyen al maltrato en esta población.

Subcategoría 1. Dependencia funcional

Se entiende por necesidad de ayuda para actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, alimentarse o movilizarse, puede hacer que la persona mayor sea más vulnerable al maltrato por parte de cuidadores o familiares. Como se demuestra en los siguientes discursos:

Código vivo Enf. 11: Yo trabajo en un centro de salud y al realizar una visita domiciliar a un paciente que tiene problemas de movilidad y de habla, me di cuenta que cuando lo atendían las hijas lo jalaban y no cuidaban, si el alimento estaba frío o caliente, creo esto es debido a las limitaciones por las que atraviesa la persona mayor [...].

Código vivo Enf. 07: Ser adulto mayor representa que muchas veces ya no puedas efectuar movimiento, en muchos hogares esa falta de dependencia personal, orilla a los familiares a no hacerse responsables y por lo tanto a abandonarlos [...].

Subcategoría 2. Aislamiento social

Se conceptualiza como la falta de interacción, contacto o relaciones significativas de la persona mayor con otras personas, este puede ser físico o emocional. La falta de redes de apoyo social y familiar puede aumentar el riesgo de abuso y negligencia, ya que la persona mayor puede estar más expuesto a la influencia negativa de personas cercanas.

Al entrevistar a los enfermeros especialistas en gerontogeriatría se aportaron puntos importantes respecto al aislamiento de la persona mayor y el maltrato:

Código vivo Enf. 05: Era evidente que la anciana estaba aislada, la casa estaba bien construida y al pasar un patio trasero estaba la adulta mayor en un cuarto de lámina con goteras, entraba el frío, la hija argumentaba que su mamá siempre le había gustado vivir sola por eso estaba en ese lugar [...].



Código vivo Enf. 03: Los adultos mayores al no contar ya con los cinco sentidos especialmente vista, oído se aíslan de los demás creando un tramo largo entre unos y otros, lo que se convierte en una brecha más larga y después maltrato por aislamiento [...].

Subcategoría 3. Problemas de salud mental

Estos abarcan un conjunto de trastornos psicológicos, emocionales y cognitivos que afectan significativamente la calidad de vida, la funcionalidad y bienestar general. La depresión, la ansiedad, la demencia u otras condiciones de salud mental pueden aumentar la vulnerabilidad de la persona mayor a ser víctima de maltrato, así como dificultar su capacidad para identificar y denunciar el abuso.

Código vivo Enf. 06: Es difícil como enfermera ver como la familia aísla a la persona y como esto entristece al adulto, la sociedad no está capacitada para atender a una persona que ha tenido pérdidas, ya sea de trabajo, juventud, capacidades, esto hace que la persona se sienta triste. Tuve el caso de un anciano que se suicidó por la soledad que sentía en su familia, porque lo creían sin valor y sin nada que aportar [...].

Código vivo Enf. 04: La salud mental es algo difícil de entender, hay un detonante que distorsiona todo, la familia no puede lidiar con esto y desecha al adulto mayor al abandono [...].

Código vivo Enf. 08: Aprender a tratar a alguien que no tiene la misma capacidad mental, no es tarea fácil para los familiares, esto hace que se cansen se estresen y dejen al adulto mayor a la deriva [...].

Subcategoría 4. Dependencia económica

La falta de recursos financieros propios y la dependencia económica de otros, pueden hacer que la persona mayor sea más susceptible a la coerción financiera o la explotación económica por parte de familiares, cuidadores u otras personas, como se muestra a continuación:

Código vivo Enf. 01: Hay dos extremos en los adultos mayores, aquellos que dependen económicamente de la familia, diríamos en un 80% y los que mantienen a la familia y aun así los maltratan [...].

Código vivo Enf. 10: Un tema que todos sabemos y se aborda mucho, haz visto como a los adultos mayores les quitan su pensión y la familia vive de ellos y ni siquiera por eso los cuidan [...].



Código vivo Enf. 08: Triste pensar en que al final de tus días tienes que depender económicamente de tu familia, que por lo general, también tiene problemas económicos [...].

Subcategoría 5. Factores socioculturales

Los factores socioculturales, desvalorizan a las personas mayores o perpetúan estereotipos negativos sobre el envejecimiento; además, pueden contribuir a un entorno en el que la violencia contra este grupo de personas sea más aceptada o ignorada, como se muestra a continuación:

Código vivo Enf. 05: Una gran parte de los adultos mayores que he tratado piensan que son una carga, así se ven porque así veían a otros adultos mayores [...].

Código vivo Enf. 07: Creo que ser adulto te hace vulnerable, ya eres viejo y no puedes valerte por ti mismo, no me gustaría llegar a esa edad [...].

Con respecto a los profesionales de enfermería, la concepción cultural del adulto mayor, es benéfico a la sociedad por la experiencia y conocimiento que poseen, así como se aprecia en el siguiente diálogo:

Código vivo Enf. 09: Ser adulto mayor es un regalo, que no todos podemos tener, para llegar a esta edad debes trabajar desde muy joven, para vivir una vejez con plenitud, y esta etapa vivirla con calidad de vida, cada quien debe trabajar para lograr esto [...].

Categoría 2. Experiencia de la enfermera gerontogeriatrica frente al maltrato de la persona mayor

Al realizar el análisis de las entrevistas a profundidad, se observa que la experiencia de la enfermera especialista en gerontogeriatrica frente al maltrato de la persona mayor es profundamente impactante y desafiante. Debido a que son testigos de primera mano de las consecuencias emocionales, físicas y sociales del maltrato, al estar en contacto directo con la población de personas mayores.

Desde una perspectiva emocional, los enfermeros especialistas pueden experimentar una gama de emociones que van desde la tristeza y la compasión hasta la frustración y la impotencia. Presenciar el maltrato de personas mayores, ya sea por parte de sus familias o de la sociedad en general, puede generar sentimientos de indignación y desesperación, especialmente cuando se trata de personas vulnerables que dependen de otros para su cuidado y bienestar. Se demuestra en los siguientes diálogos:



Código vivo Enf. 08: Creo que cuando ves a alguien maltratado te proyectas, ves a tus padres y es un cúmulo de emociones, que debes aprender a manejar [...].

Código vivo Enf. 11: No te acostumbras al maltrato, yo sufro [...].

Discusión

Esta investigación buscó analizar la experiencia de los enfermeros gerontogeriatras ante el maltrato familiar hacia la persona mayor a través de metodología cualitativa. Se identificó que la primera categoría denominada factores de riesgo, se desglosa en cinco subcategorías, así como la segunda categoría, experiencias de las enfermeras y enfermeros especialistas en gerontogeritria frente al maltrato de la persona mayor. A continuación, se realiza una comparación de estos hallazgos con los resultados obtenidos en otros estudios, con el fin de contextualizar y ampliar la comprensión sobre el maltrato hacia las personas mayores en el ámbito de la atención gerontológica.

Subcategoría 1. Dependencia funcional

La dependencia funcional en las personas mayores disminuye su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, lo que incrementa su vulnerabilidad y dependencia hacia los cuidadores. La familia, como principal fuente de apoyo, a menudo asume el control total de estas actividades, dejando de lado las necesidades y deseos de la persona mayor. Este fenómeno coincide con lo reportado por García, Antón & Ponce (2022), quienes destacan que, el involucramiento limitado de la persona mayor puede generar sentimientos de discriminación y, en algunos casos, percepciones de maltrato al ser obligados a realizar ciertas tareas.

Este contexto se relaciona con las teorías del maltrato hacia la persona mayor, donde la opresión ejercida por los cuidadores ocurre de manera no consciente. Heidegger señala que el abuso de poder genera un “ser con inauténtico”, en el que la persona siente temor de pensar en sí misma, lo que resulta en un deterioro de su bienestar (Perretta, 2022; Mazatán, Acosta & Guerrero, 2021). En este sentido, los enfermeros especialistas tienen una oportunidad clave para intervenir, orientar tanto a la persona mayor como a sus familiares hacia una relación más equitativa y respetuosa.

Subcategoría 2. Aislamiento social

El aislamiento social dentro del entorno familiar se identifica como una forma de maltrato deliberado o como resultado de la percepción de una disminución de las capacidades de la persona mayor. Según Ranabhat *et al.* (2022), el aislamiento es un factor clave que aumenta el riesgo de maltrato,



a menudo relacionado con la dependencia física, emocional y económica hacia los cuidadores. Este desequilibrio de poder, limita la capacidad de la persona mayor para buscar ayuda o reportar situaciones de abuso, perpetuando el ciclo de maltrato.

Desde una perspectiva fenomenológica, el ejercicio del poder en estas relaciones, genera experiencias profundamente dolorosas y deshumanizantes, con implicaciones tanto individuales como sociales. Las redes de apoyo emergen como un factor fundamental para mitigar el impacto del aislamiento. Iglesias *et al.* (2024) destacan que estas redes pueden proporcionar recursos prácticos, materiales y emocionales, como información sobre servicios legales, médicos y terapéuticos. Sin embargo, la ausencia de estas redes intensifica el aislamiento y agrava las consecuencias del maltrato. Por ello, los enfermeros especialistas deben trabajar en el fortalecimiento de las redes de apoyo formales e informales para abordar esta problemática de manera integral.

Subcategoría 3. Problemas de salud mental

Los problemas de salud mental en las personas mayores aumentan su vulnerabilidad al maltrato. La familia desempeña un papel crucial en este contexto, ya que su participación es determinante para el bienestar emocional, físico y mental de la persona mayor. Guevara *et al.* (2020) destacan que el abandono y la falta de interés por parte de la familia pueden llevar al desarrollo de cuadros depresivos en esta población. Asimismo, Reynolds (2022) subraya que factores como el aislamiento social, la soledad, el edadismo y el estigma hacia los trastornos mentales exacerban las comorbilidades psicológicas, incrementa la susceptibilidad al maltrato.

Subcategoría 4. Dependencia económica

La dependencia económica es otro factor que incrementa la vulnerabilidad de la persona mayor al maltrato, especialmente en forma de explotación financiera. Las experiencias compartidas por el personal de enfermería revelan que muchas personas mayores dependen económicamente de sus familiares, lo que los expone a situaciones de abuso y abandono. Castillo *et al.*, (2020) concluyen que la falta de recursos financieros afecta tanto la independencia funcional como la vida social de la persona mayor, contribuyendo al maltrato. Por tanto, es fundamental implementar estrategias que promuevan la autonomía financiera y protejan a esta población de la explotación económica.

Subcategoría 5. Factores socioculturales

Los factores socioculturales también influyen significativamente en el maltrato hacia las personas mayores. Los imaginarios sociales y culturales frecuentemente asocian la vejez con vulnerabilidad y carga (Agudelo *et al.*, 2020), lo que perpetúa estereotipos negativos. Sin embargo, algunos profe-



sionales consideran la vejez como una etapa de plenitud, lo que resalta la necesidad de promover una perspectiva más positiva del envejecimiento. Cortes y Llulle (2024) señalan que los estereotipos y prejuicios sobre la inutilidad de las personas mayores refuerzan ciclos de exclusión y maltrato. Los enfermeros especialistas deben analizar el impacto de estas actitudes y trabajar en estrategias que valoren los aportes de las personas mayores a la sociedad.

Respecto a la Categoría 2. Experiencia de la enfermera gerontogeriatra frente al maltrato de la persona mayor, no se identificaron subcategorías, por lo tanto, al considerar el conjunto de los códigos vivos, se puede discutir que la experiencia de los enfermeros especialistas en gerontogeriatría frente al maltrato hacia las personas mayores está marcada por retos emocionales, éticos y profesionales. Identificar, aceptar y abordar estas situaciones suele ser complejo debido a barreras culturales, desconocimiento de los procesos legales y percepciones del maltrato como un problema privado.

En el mismo orden de ideas, Ranabhat *et al.* (2022) destacan que los enfermeros están en una posición privilegiada para identificar y abordar casos de abuso debido al contacto cercano con las personas mayores. Sin embargo, enfrentan limitaciones como la falta de formación específica, miedo a represalias y tensiones dentro del sistema de salud. Estos desafíos resaltan la necesidad de diseñar herramientas y estrategias claras que permitan a los profesionales actuar como defensores activos de los derechos de las personas mayores. Esto incluye capacitación en detección temprana, manejo de casos de maltrato y fortalecimiento de redes de apoyo.

Después del análisis de contenido de las entrevistas, de las categorías y sus dimensiones, se realizó un razonamiento teórico que fundamentan las siguientes premisas:

- Si la persona mayor tiene factores de riesgo, entonces la vulnerabilidad a ser maltratado es mayor.
- Si los enfermeros especialistas en gerontogeriatría establecen rutas para formar redes de apoyo, entonces se puede disminuir el riesgo al maltrato.
- Si la persona mayor es empoderada por los enfermeros especialistas en gerontogeriatría, entonces se disminuye el maltrato.
- Si se diseñan herramientas y protocolos de atención de enfermería, entonces se fortalece el rol enfermero para realizar un cuidado holístico.

Conclusiones

La realización de investigaciones con enfoque cualitativo permitió analizar los datos subjetivos de un fenómeno como es el maltrato familiar de la persona mayor, para brindar cuidado por



profesionales de enfermería con especialidad en gerontogeriatría y disminuir este problema de salud pública.

En esta investigación se encontraron cinco dimensiones clave que contribuyen a esta situación: dependencia funcional, aislamiento social, problemas de salud mental, dependencia económica y factores socioeconómicos, los enfermeros especialistas enfrentan estos factores de riesgo significativos en el ámbito familiar de las personas mayores, para incidir en los casos de maltrato.

Los resultados evidencian la necesidad de fortalecer la formación de los enfermeros especialistas en gerontogeriatría para la identificación y abordaje del maltrato de las personas mayores en su contexto familiar. Además, deben promover la integración de redes de apoyo social y familiar para prevenir el maltrato de la persona mayor.

Consideraciones éticas

Protección de personas. No se realizó ningún tipo de experimento o intervención que pudiera dañar a los participantes.

Confidencialidad. No se proporcionan datos que puedan identificar a los sujetos de estudio.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflicto alguno de intereses.

Financiamiento. Este trabajo no recibió ningún tipo de financiación.

Referencias

- Agudelo, M. C., Cardona, D., Segura, Á. & Restrepo, D. A. (2020). Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(2), 1-11. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e331289>
- Alfonso, M., Ribot, V. C., Luis, I. P. & Robert, J. G. (2021). Maltrato financiero a los adultos mayores. Policlínico “Carlos Manuel Portuondo”, La Habana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(1), 1-18. <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2911>
- Arrollo, F. J., Castillo, L. C., Gutiérrez, C., Jiménez, M. J. & Guerrero, F. R. (2024). Diseño y evaluación de intervenciones de enfermería en el adulto mayor institucionalizado. *Index de Enfermería*, 33(2), e14718. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20246868>
- Breglia, G. & Marcelo, U. (2024). Investigación medico legal de la violencia y muerte en adultos mayores y discapacitados institucionalizados. *Revista Digital de Ciencia Forense ReCiF*, 3(2), 30-45. <https://recif.unam.mx/index.php/revista/issue/view/7>



- Brijoux, T., Neise, M. & Zank, S. (2021). Elder abuse in the oldest old: prevalence, risk factor and consequences. *Z Gerontol Geriat*, 54(Suppl 2), 132-137. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01945-0>
- Castillo, Y., Karam, M. Á., Ramírez, N. & Moreno, M. P. (2020). Dependencia social y económica del adulto mayor residente del municipio de Metepec, Estado de México. *Revista Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8, 1-26. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2508>
- Cornes, M. & Calle, M. D. (2023). Malos tratos en ancianos: análisis de herramientas de detección. Revisión crítica de la literatura científica. *Gerokomos*, 34(3), 168-175. <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2023/10/34-3-2023-168.pdf>
- Cortes, P. & Llulle, A. (2024). Estereotipos positivos y negativos hacia la vejez: una revisión bibliográfica necesaria. *Revista Central de Sociología*, 18(18), 79-92. <https://www.centraldesociologia.cl/index.php/rcs/article/view/172>
- Covarrubias, J., Delgado, D., López, E., Reséndiz, H. & Orozco, G. (2024). Evidencia neuropsicológicas y cognitivas del maltrato en el adulto mayor. *Ciencia & Futuro*, 14 (1), 124-139. https://www.researchgate.net/profile/Orozco-Calderon-Gabriela/publication/378964652_Evidencias_neuropsicologicas_y_cognitivas_del_maltrato_en_el_adulto_mayor_Neuropsychological_and_cognitive_evidence_of_abuse_in_older_adults/links/65f34dbbc05fd26880135bb3/Evidencias-neuropsicologicas-y-cognitivas-del-maltrato-en-el-adulto-mayor-Neuropsychological-and-cognitive-evidence-of-abuse-in-older-adults.pdf
- García-Lucas, C. A., Antón-Vera, G. E. & Ponce-Alencastro, J. A. (2022). La violencia Intrafamiliar y su afectación en la salud mental en los adultos mayores. *Revista Científica Arbitrada en Investigación de la Salud GESTAR*, 5(9), 1-21. <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/73>
- Guevara, F. E., Díaz, A. F. & Caro, P. A. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea*, 15(26), 1-7. <https://journal.poligran.edu.co/index.php/poliantea/article/view/1501/1265>
- Iglesias, J. S., Gutiérrez, E. T., Pérez, L., Delgado, G. Y. & Díaz, Y. (2024). Particulares de adultos mayores hospitalizados con aislamiento social. *Acta Médica del Centro*, 18(2), e1992, 1-13. <https://revacta-mediacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1992/1750>
- Ley General de Salud. (2024). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. <https://www.gob.mx/senasica/documentos/ley-general-de-salud-299430?state=published>
- Londoño-Quintero, N. & Cubides, M. (2021). Maltrato al adulto mayor institucionalizado — una revisión sistemática. *Salud UIS*, 53, e21022, 1-10. <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21022>
- Mazatán-Ochoa, C. I., Acosta-Valencia, Y. G. & Guerrero-Castañedo, R. F. (2021). Reflexión sobre el cuidado de la salud desde la filosofía de martin Heidegger. *ACC CIETNA Para el cuidado de la salud*, 8(2), 126-132. <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i2.689>



- Oñate-Nuñez, J. & Gavilanes-Manzano, F. R. (2022). Funcionalidad cognitiva y calidad de vida en el adulto mayor. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 6(6), 9718–9730. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4097
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (13 de junio de 2022). *Maltrato de las personas mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (20 de octubre de 2023). *Salud mental de los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (01 de octubre de 2024). *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Patel, K., Bunachita, S., Chiu, H., Suresh, P. & Patel, U. K. (2021). Elder Abuse: A Comprehensive Overview and Physician-Associated Challenges. *Cureus*, 13(4), e14375. <https://doi.org/10.7759/cureus.14375>
- Perretta, T. (2021). Violencia y poder en Heidegger. *Anacronismo e irrupción. Revista de Teoría y Filosofía Política Clásica y Moderna*, 11(21), 142-168. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/anacronismo/article/view/5297>
- Pineda, N. E., Ramírez, A. A., Mesa, I. C. & Martínez, P. C. (2021). Factores de riesgo asociado al maltrato al adulto mayor: Revisión sistemática. *Journal of American Health*. 1-15. <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/81>
- Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2021-2024. (2024). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Bienestar, Secretaría de Gobernación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5616097#:~:text=Según%20la%20Proyección%20de%20la,y%207%2C%20692%2C307%20son%20mujeres
- Ranabhat, P., Nikitara, M., Latzourakis, E. & Constantino, C. S. (2022). Effectiveness of Nurses Training in Identifying, Reporting and Handling Elderly Abuse: A Systematic Literature Review. *Geriatrics*, 7(5), 108, 1-16. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7050108>
- Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. (2011). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LFPDPPP.pdf
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. (2014). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Reynolds, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S., Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*, 21(3), 336-363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>



- Reglamento de Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. (2014). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Ruiz de Chávez, M. H. (ed.). (2016). *Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los comités de ética en investigación*. Secretaria de Salud / Comisión Nacional de Bioética. https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CEI_paginada_con_forros.pdf
- Vinueza-Veloz, M. F., Nuñez-Rivero, Y., Leyva-Montero, M. Á, Montero-López, I. L. & Mera-Segovia, C. M. (2021). Determinantes sociodemográficos de violencia en adultos mayores ecuatorianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(1), 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.003>
- Yon, Y. M., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D. & Wilber, K. H. (2019). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)

Estado Nutricional y Fragilidad en Personas Mayores: Prueba Piloto Nutritional Status and Frailty in Older Adults: Pilot Study Estado Nutricional e Fragilidade em Pessoas Idosas: Estudo Piloto

Vargas-Hernández, Xóchitl  0000-0002-8950-6790

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Maestría en Ciencias de los alimentos.
xvargash@ipn.mx

*Andrade-Mérida, María Adriana  0000-0001-5735-5564

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Especialidad Médica en Otorrinolaringología.
*Autor corresponsal.

mandradem@ipn.mx

González-Pacheco, Samuel  0009-0000-7007-226X

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Maestría en Ciencias de la educación.
sagonzalezp@ipn.mx

Pérez-Peza, Aurora  0009-0003-2132-0847

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Maestría en Docencia.
auperez@ipn.mx

Recibido: 19 de marzo de 2025. **Aceptado:** 03 de mayo de 2025.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

RESUMEN

Introducción. La fragilidad es un síndrome caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas de las personas mayores (PM) ante situaciones estresantes. En esta etapa, se experimentan cambios físicos significativos, resultado de un proceso multifactorial que inicia desde el nacimiento hasta la vejez, condicionando a la desnutrición la cual contribuye a la fragilidad.



Objetivo. Describir el estado nutricional y la fragilidad de las personas mayores de un centro comunitario de la ciudad de México.

Metodología. Diseño exploratorio, prospectivo, transversal de una población de PM por muestreo censal, que acude a un centro comunitario, que aceptaron participar con consentimiento informado.

Resultados. Se estudiaron 41 PM, el promedio de edad fue 64.8 ± 3.4 años, 43.9 % fueron mujeres y 56.1 % hombres. Se encontró una frecuencia de fragilidad de 26.8 %, prefragilidad en 68.2 % y sin fragilidad 4.8 %. El análisis del estado nutricional: de las PM estudiadas: se identificó que 68.2 % tiene un adecuado estado nutricional, 24.3 % de las PM presenta riesgo de desnutrición, y el 7.3 % de las PM presentan desnutrición, al describir las interacciones de fragilidad y estado nutricional mostraron que la mayoría presentaron prefragilidad se encontraron bien nutridas.

Conclusión. Se encontró que la prefragilidad, es progresiva, multifactorial y multisistémica y que el estado nutricional es solo un factor de riesgo, por lo que es fundamental prevenir la fragilidad para disminuir factores de riesgo. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer las redes de apoyo social, para disminuir el riesgo de fragilidad y mejorar el estado nutricional.

Palabras clave: Fragilidad, Personas Mayores, Anciano Frágil, Estado Nutricional, Alimentación (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Frailty is a syndrome characterized by a decrease in resistance and physiological reserves of elderly adults in stressful situations. During this stage of life, significant physical changes occur, resulting from a multifactorial process that begins at birth and continues throughout life, with malnutrition contributing to frailty. There is a close relationship between frailty syndrome and nutrition.

Aim. Describe the nutritional status and frailty of older people in a community center in Mexico City.

Methodology. Exploratory, prospective and transversal design of elder adults' population sampling by census of elder's adults who attended a community center, who agreed to participate with informed consent.

Results. The sample was 41 elders' adults. The average age was 64.8 ± 3.4 years old, 43.9 % were women and 56.1 % men. A frequency of frailty of 26.8%, prefrailty in 68.2 %, without frailty 4.8 % was found. Nutritional risk: of the elder adults studied: 68.2 % have this with an adequate nutritional status and do not present risk of malnutrition, 24.3% of elder adults present risk of malnutrition, and 7.3 % of elder adults do not have risk of malnutrition.

Conclusion. It was found that the prefrailty is progressive, multifactorial and multisystemic. The nutritional status is a risk factor due to this is fundamental to prevent



frailty by decreasing the risk factors. These results highlight the necessity to get stronger social networking to decrease the risk of frailty and to improve the nutritional status of the elder adults.

Keywords: Frailty, Older Adults, Frail Elderly, Nutritional Status, Food (MeSH).

RESUMO

Introdução. A fragilidade é uma síndrome caracterizada pela diminuição da resistência e das reservas fisiológicas das pessoas idosas (PI) diante de situações estressantes. Nesta fase da vida, ocorrem mudanças físicas significativas, resultado de um processo multifatorial que se inicia no nascimento e se estende até a velhice, favorecendo a desnutrição, a qual contribui para a fragilidade.

Objetivo. Descrever o estado nutricional e a fragilidade de pessoas idosas de um centro comunitário da Cidade do México.

Metodologia. Estudo exploratório, prospectivo e transversal, realizado com uma população de PI por meio de amostragem censitária, que frequentam um centro comunitário e aceitaram participar mediante consentimento informado.

Resultados. Foram estudadas 41 PI, com média de idade de $64,8 \pm 3,4$ anos, sendo 43,9 % mulheres e 56,1 % homens. Foi encontrada uma frequência de fragilidade de 26,8 %, pré-fragilidade em 68,2 % e ausência de fragilidade em 4,8 %. Quanto ao estado nutricional, identificou-se que 68,2 % apresentaram estado nutricional adequado, 24,3 % estavam em risco de desnutrição e 7,3 % apresentaram desnutrição. A análise das interações entre fragilidade e estado nutricional mostrou que a maioria das pessoas em pré-fragilidade estavam bem nutridas.

Conclusão. A pré-fragilidade é uma condição progressiva, multifatorial e multissistêmica, sendo o estado nutricional apenas um dos fatores de risco. Portanto, é fundamental prevenir a fragilidade para reduzir esses fatores. Os achados ressaltam a necessidade de fortalecer as redes de apoio social, com o objetivo de diminuir o risco de fragilidade e melhorar o estado nutricional.

Palavras-chave: Fragilidade, Pessoas Idosas, Idoso Frágil, Estado Nutricional, Alimentação (DeCS).

Introducción

La persona mayor, según la Secretaría de Bienestar Social de la Ciudad de México (SIBISO, 2021), es aquella que tiene 60 años o más, y forma parte de un grupo poblacional en crecimiento debido al envejecimiento demográfico global. Durante esta etapa de vida, se experimentan cambios físicos significativos,



que son el resultado de un proceso multifactorial que se inicia desde el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Estos cambios se producen de manera gradual y progresiva, como parte natural del envejecimiento, como la disminución de la masa muscular, pérdida de densidad ósea, reducción en la elasticidad de la piel y alteraciones en las capacidades sensoriales, como la visión y la audición (Cardona *et al.*, 2018). Estos cambios, junto con la transformación de los estilos de vida y el impacto del envejecimiento biológico, aumentan la prevalencia de enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis (García-Barrera *et al.*, 2022). Además, las personas mayores enfrentan alteraciones nutricionales, que van desde la desnutrición relacionada con la pérdida de apetito o dificultad para masticar, hasta el sobrepeso y la obesidad, agravados por el sedentarismo y desequilibrios dietéticos (Wanden-Berghe, 2022). Estas condiciones no solo afectan su calidad de vida, sino que también representan desafíos importantes para los sistemas de salud y para la promoción de un envejecimiento saludable (Arias & Gutiérrez, 2020).

En el mismo orden de ideas, Tinajero-Delgado *et al.* (2023), mencionan que el 1.3 % de las personas mayores en el mundo presentan desnutrición, una cifra que puede alcanzar hasta el 47 % en contextos hospitalarios o de atención institucional. La desnutrición contribuye directamente a la fragilidad, síndrome que se caracteriza por disminución de la fuerza muscular, agotamiento y pérdida de peso no intencionada, lo que aumenta el riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización e incluso muerte prematura (Londoño-Morales *et al.*, 2024). Estudios recientes destacan que las personas mayores con desnutrición tienen hasta tres veces más probabilidad de desarrollar fragilidad, subraya la importancia de intervenciones nutricionales oportunas para prevenir este deterioro funcional y promover un envejecimiento saludable (Cunha *et al.*, 2023).

Los indicadores de fragilidad en la persona mayor son señales clave que reflejan la disminución de la capacidad funcional y la vulnerabilidad ante factores estresantes (Acosta-Benito & Martín-Lesende, 2022). Entre ellos destacan la pérdida involuntaria de peso, la disminución de fuerza muscular, habitualmente medida mediante el agarre manual, y la fatiga o sensación de agotamiento constante (Estrada-Gómez *et al.*, 2018). Además, se consideran importantes el enlentecimiento en la velocidad de la marcha, que puede indicar un deterioro en la movilidad, y la baja actividad física, reflejo de un estilo de vida más sedentario. Estos indicadores, evaluados en conjunto, permiten identificar a las personas mayores en riesgo de complicaciones como caídas, hospitalizaciones o pérdida de la independencia (Londoño-Morales *et al.*, 2024). Así mismo, la prevalencia de fragilidad oscila en 20 % alrededor del mundo, mientras que las personas mayores en México alcanzan una prevalencia de 21.6 % (García-Barrera *et al.*, 2022).

Existen cuatro indicadores en la fisiopatología de la fragilidad: 1) la sarcopenia, 2) la disminución en la tasa metabólica en reposo, 3) la disminución en el consumo total de energía y 4) la desnu-



trición crónica (Londoño-Morales *et al.*, 2024). La sarcopenia es la más frecuente y se define como la pérdida de la masa magra o masa muscular, que se asocia al envejecimiento y disminución del consumo de energía corporal, por consecuencia a la tasa metabólica en reposo (Sepulveda *et al.*, 2020). Estos cambios afectan adversamente al apetito y se asocian con un consumo inadecuado de alimentos que potencia una mayor pérdida de masa muscular, lo que conforma el ciclo de la fragilidad y alteraciones en el estado nutricional (Rodríguez *et al.*, 2022). El estado nutricional en una persona mayor se refiere a la relación entre sus necesidades y el gasto de energía y nutrientes (López *et al.*, 2022).

La importancia de identificar una persona mayor frágil o vulnerable radica en realizar medidas de prevención para disminuir las tasas de morbilidad a largo plazo; pero es necesario que las intervenciones, no solo se realicen en medios hospitalocéntricos, sino también en la comunidad, para favorecer la salutogénesis en personas vulnerables como las personas mayores. Ante la necesidad de explorar este fenómeno en zonas geográficas de la Ciudad de México como un problema de salud pública, surge la inquietud de realizar un estudio con el siguiente objetivo: Describir el estado nutricional y la fragilidad de las personas mayores de un centro comunitario de la ciudad de México.

Metodología

Diseño exploratorio, prospectivo y de alcance transversal. Se trata de una prueba piloto en una población de personas mayores que asistieron a un centro comunitario público. Se realizó el muestreo a través de un censo, se incluyeron 41 PM, que aceptaron participar por voluntad propia y que contaron con disponibilidad de tiempo y cumplieron los siguientes criterios de inclusión: hombres y mujeres, mayores de 60 años, con residencia en la Ciudad de México, se excluyeron personas mayores con enfermedad crónica no controlada, o dependencia parcial que afecte la deambulación; así mismo, fueron eliminados del análisis de datos, aquellas personas mayores que no asistieron a la toma de datos o que abandonaron la prueba.

Para medir fragilidad se aplicó el instrumento de Rolfson (2006), denominado Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of weight (FRAIL), adaptado y validado en población mexicana, con un coeficiente alfa de Cronbach = .90 (Rosas-Carrasco *et al.*, 2016). Este instrumento contiene cinco preguntas con formato de respuesta dicotómico, en los siguientes elementos trascendentes: fatiga, resistencia, desempeño aeróbico, comorbilidad y pérdida de peso en el último año. Para obtener fragilidad, se realiza la suma de las respuestas de acuerdo a los siguientes puntos de corte: 0 puntos = Pacientes sin fragilidad; 1-2 puntos = Paciente pre frágil; 3 o más puntos = Paciente frágil.



Para evaluar el estado nutricional de las personas mayores se utilizó la Valoración Mínima Nutricional versión corta MNA-SF (Kaiser *et al.*, 2009). Esta escala fue validada con un coeficiente alfa de Cronbach de .945 y consta de siete ítems, con un formato de respuesta de tipo politómico (ítem, 1, 2, 3, 5 y 6) y dicotómico (ítems 4 y 7). Se abordan los siguientes elementos: Pérdida del apetito, pérdida de peso, movilidad, enfermedad aguda o situación de estrés psicológico, problemas neuropsicológicos, índice de masa corporal (IMC) y perímetro de pantorrilla. De acuerdo con el puntaje asignado, se realiza la sumatoria de las preguntas en un rango de 0-14 puntos. Para determinar el estado nutricional, se consideran los siguientes puntos de corte: 0 a 7 puntos desnutrido, 8 a 11 puntos riesgo de desnutrición y de 12 a 14 puntos estado nutricional normal. El IMC se calculó mediante la fórmula de Quetelet (Sarmiento *et al.*, 2024) con una báscula de impedancia bioeléctrica y la talla con una báscula clínica con estadímetro, ambos calibrados y estandarizados (NOM-008-SSA3-2017, 2018). Para la medición de la circunferencia de pantorrilla se realizó con una cinta flexible, se consideraron dos puntos de corte: menor a 31 cm (depleción), mayor o igual a 31 cm (normal).

Después de obtener los permisos necesarios de la investigación por el Comité de Ética, se abordó la población de estudio, los procedimientos se llevaron en un área segura, donde se firmó el consentimiento informado y se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden. Se inició con la obtención de los datos sociodemográficos, posteriormente se aplicó el instrumento para detección de fragilidad. Después de obtenido el peso, talla y medición de la circunferencia de pantorrilla, se procedió a la aplicación del MNA-SF para evaluar el estado nutricional. Para el análisis de los datos, se calcularon frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Consideraciones éticas. Esta investigación se realizó con apego a lo que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), se respetó la integridad de las PM, en apego a los principios legales aplicables (Artículo 14o), sin riesgo para las personas participantes (Artículo 17o). Antes de iniciar la aplicación de los instrumentos, se garantizó su confidencialidad y aprobación a través del consentimiento informado (Artículo 21), y se aseguró la protección de datos personales, así como los referentes a los derechos y obligaciones en materia de información, como lo establece la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (2010). Se cumplieron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y justicia (Piscoya-Arbañil, 2019). El protocolo se aprobó por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional con código CEI: 2023-038.



Resultados

Los principales hallazgos de la investigación incluyeron a 41 PM, que cumplieron los criterios de selección. La media de edad fue de 64.8 ± 3.4 años, de los cuales el 56.1 % hombres ($n = 23$). La confiabilidad de ambos instrumentos fue adecuada para el objetivo del estudio (ver [Tabla 1](#)).

Tabla 1. Confiabilidad de los instrumentos.

Instrumento	Número de ítems	Alfa de Cronbach
Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of weight (FRAIL)	5	.90
Valoración mínima nutricional versión corta (MNA-SF)	7	.94

Fuente. Instrumentos de medición. $n = 41$

En la siguiente tabla, se expone la clasificación del peso corporal de las PM, en la que se resalta que el mayor porcentaje tiene un peso normal (ver [Tabla 2](#)).

Tabla 2. Análisis descriptivo.

IMC	<i>f</i>	%
Bajo peso	6	14.63
Normal	21	51.22
Sobrepeso	14	34.15

Fuente. Base de datos. $n = 41$.

Al realizar el análisis de las variables, se encontró que la mayoría agilidad (ver [Tabla 3](#)).

Tabla 3. Análisis de fragilidad .

Variable	<i>f</i>	%
Frágil	11	26.8
Prefrágil	28	68.2
Sin fragilidad	2	4.8

Fuente. Instrumento de medición. *n* = 41.

La siguiente tabla muestra que el mayor porcentaje de las personas mayores tiene un adecuado estado nutricional, seguido de riesgo de desnutrición (ver [Tabla 4](#)).

Tabla 4. Análisis de estado nutricional.

Variable	<i>f</i>	%
Bien nutrido	28	68.2
Riesgo de desnutrición	10	24.3
Desnutrido	3	7.3

Fuente. Instrumento de medición.*n* = 41.

Para describir las posibles interacciones entre la percepción de la fragilidad y estado nutricional de las PM, se consideraron los puntos de corte de cada instrumento para cruzar las asociaciones preliminares (ver [Tabla 5](#)).

Tabla 5. Asociación fragilidad con estado nutricional en personas mayores.

Fragilidad	MNA											
	Bien nutrido				Riesgo de desnutrición				Desnutrido			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sin fragilidad	1	2.4	1	2.4	0	0	0	0	0	0	0	0
Prefrágil	10	24.3	9	21.9	5	12.1	1	2.4	0	0	3	7.3
Fragilidad	4	9.7	3	7.3	3	7.3	1	2.4	0	0	0	0

Fuente. Base de datos del estudio Estado nutricional y nivel de fragilidad *n*=41

Discusión

El presente estudio se trató de una prueba piloto que buscó describir el estado nutricional y el nivel de fragilidad en personas mayores. Los principales hallazgos sociodemográficos indicaron una media de edad de 64.8 ± 3.4 años, en su mayoría hombres; lo que se asemeja con los resultados que reportaron Herrera *et al.* (2023), quienes identificaron que la prevalencia de síndrome de fragilidad es mayor en PM relacionado con la diabetes tipo 2, donde la prevalencia del sexo masculino que presenta fragilidad moderada es mayor que la del femenino y la media de edad fue similar.



Con relación con la frecuencia de fragilidad, los resultados mostraron que la mayoría de las personas mayores se encontraban en estado de prefragilidad. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Preto *et al.* (2017) en su estudio sobre fragilidad, composición corporal y estado nutricional en PM, donde casi la mitad de los participantes fueron clasificados como prefrágiles. Este estado representa una etapa intermedia que aumenta el riesgo de progresar a fragilidad, destaca la importancia de implementar estrategias multidisciplinarias de educación para la salud. Dichas estrategias deben enfocarse en promover la funcionalidad y prevenir la transición hacia la fragilidad, mejorando la calidad de vida de este grupo poblacional.

En cuanto al estado nutricional, la mayoría de las personas mayores fueron identificadas como bien nutridas, seguidas por un grupo en riesgo de desnutrición y, en menor proporción, por aquellos con desnutrición. Estos resultados están en línea con los reportados por Bernui y Delgado-Pérez (2021) en su estudio sobre el estado nutricional en PM en México, que buscó comparar grupos con distinta asistencia social, donde se evidenció una mayor prevalencia de desnutrición en personas hospitalizadas, mientras que, en PM no institucionalizados los porcentajes fueron menores, hallazgos que concuerdan con la población del presente estudio. Estos datos subrayan la influencia de factores como la accesibilidad a alimentos y las redes de apoyo social en el estado nutricional de las personas mayores, lo que resalta la necesidad de fortalecer dichas redes y garantizar el acceso a una alimentación adecuada.

Con relación a la asociación preliminar de las variables fragilidad y estado nutricional, las PM que se perciben prefrágiles son mayoría, de las cuales casi la mitad se encontraban bien nutridas, ello contrasta con el hecho de que las personas bien nutridas se perciben con prefragilidad, lo que coincide con Ugalde y Mora (2020), quienes afirman que la fragilidad y la prefragilidad es progresiva, multifactorial y multisistémica y que el estado nutricional solo es un factor de riesgo. Sin embargo, llama la atención que las PM a pesar de tener una composición corporal aparentemente saludable, se perciben prefrágiles, con riesgo de desarrollar fragilidad.

En los resultados del estudio se encontraron solamente mujeres con desnutrición y prefragilidad, lo que coincide con Menéndez-González *et al.* (2022) quienes mencionaron que existe una mayor prevalencia de fragilidad en la población femenina, dada por los potentes impactos negativos del proceso de senectud en mujeres respecto a hombres, así como a la pérdida de la masa muscular, situaciones que asociadas a la baja actividad física y pobre ingestión de calorías, las hacen más vulnerables al síndrome de fragilidad; cabe mencionar que las PM presentan diversidad de experiencias, prácticas y actitudes, por lo que no todas desarrollan el síndrome.

Limitaciones y sugerencias. Se sugieren realizar un estudio con muestras más grandes para determinar un tamaño de efecto estadístico y representativo que permita realizar análisis inferen-



ciales entre el síndrome de fragilidad y el estado nutricional en PM de diferentes zonas geográficas y grupos sociales.

Conclusiones

La fragilidad en PM continúa siendo un tema de debate activo, especialmente en cuanto a su naturaleza multifactorial y su impacto en las familias y la sociedad. Es crucial generar mayor evidencia científica para comprender mejor los aspectos biológicos, clínicos y sociales de este síndrome, así como para desarrollar estrategias efectivas de prevención. En este sentido, fomentar el uso de centros comunitarios de salud representa una herramienta clave para promover conductas saludables y facilitar un envejecimiento activo.

Es necesario diseñar e implementar intervenciones que alienten a PM de ambos géneros a utilizar estos centros, incorporar sus perspectivas para abordar de manera integral los desafíos del envejecimiento. Los profesionales de la salud desempeñan un papel esencial en la prevención y el manejo de la fragilidad mediante intervenciones basadas en la promoción de la salud y el seguimiento continuo.

Finalmente, una aproximación multidimensional y multidisciplinar que priorice la promoción de la salud es fundamental para responder a las necesidades reales de las personas mayores. Esto no solo permitirá prevenir el síndrome de fragilidad, sino que también contribuirá a mejorar su estado nutricional y calidad de vida, garantizando un cuidado integral y centrado en la persona.

Consideraciones éticas

Protección de personas. No se realizó ningún tipo de experimento o intervención que pudiera dañar a los participantes.

Confidencialidad. No se proporcionan datos que puedan identificar a los sujetos de estudio.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Esta investigación no obtuvo ningún tipo de financiamiento.

Referencias

Acosta-Benito, M. Á. & Martín-Lesende, I. (2022). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Atención Primaria*, 54(9), 102395. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>



- Arias, M.S. & Gutiérrez, Y. (2020). Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(2), 255-275. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v17i2.39979>
- Bernui, I. & Delgado-Pérez, D. (2021). Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria. *Anales de la Facultad de Medicina*, 82(4), 261-268. <https://doi.org/10.15381/anales.v82i4.20799>
- Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., Garzón-Duque, M. O. & Salazar-Quintero, L. M. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor del departamento de Antioquia. *Papeles de población*, 24(97), 9-42. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>
- Cunha, A.N., Zanetti, M.L., Santos, J.L.F. & Rodrigues, R.A.P. (2023). Síndrome de la Fragilidad y sarcopenia en ancianos con y sin diabetes mellitus tipo 2 del Municipio de Sinop, Mato Grosso: un estudio epidemiológico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31(e4077). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6677.4077>
- Estrada-Gómez, O. A., Salcedo-Rocha, A. L. & García de Alba-García, J. E. (2018). Síndrome de fragilidad en el Sistema Universitario del Adulto Mayor. *Sal Jal*, 5(2), 92-97. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82575>
- García-Barrera, A. E., Horta-Roa, L. F., Bautista-Roa, M. A., Ibáñez-Pinilla, E. A. & Cobo-Mejía, E. A. (2022). Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. *Revista Salud Bosque*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.18270/rsb.v12i1.3278>
- Herrera Almeida, S. M., Pacheco Quintana, C. C. & Hidrobo Guzmán, J. F. (2023). Síndrome de fragilidad en adultos mayores relacionado con la diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 9721-9739. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5172
- Kaiser, M.J., Bauer, J.M., Ramsch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., Thomas, D. R., Anthony, P., Charlton, K. E., Maggio, M., Tsa, A. C., Grathwohl, D., Vellas, B., Sieber, C. C. & MNA-International Group. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(9), 782-788. <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0214-7>
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. (2010). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. <https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
- Londoño-Morales, V. A., Bautista-Mier, H., Parra-Saldarriaga, J. & Sánchez-Duque, J. A. (2024). Síndrome de fragilidad en ancianos: enfoque de atención primaria en salud. *Medicina*, (84), 179-182. <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol84-24/n1/179.pdf>



- López, O. E., Méndez, V., Quiroz, L., Ángeles, E. M. & Arce, B. G. (2022). Fragilidad musculo-esquelética asociada al estado nutricional en personas adultas mayores. En P. M. Trejo, R. Arajo & F. E. Molinedo (coords.) *Investigación en Salud, Enfermería y Educación* (143-150). Taberna Libraria Editores.
- Menéndez-González, L., Izaguirre-Riesgo, A., Tranche-Iparraguirre, S., Montero-Rodríguez, Á. & Orts-Cortés, M. I. (2021). Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad. *Atención Primaria*, 53(10), 102128. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102128>
- Piscocoy-Arbañil, J. A. (2019). Principios éticos en la investigación biomédica. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 31(4), 159-64. <http://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/10>
- Preto, L., Conceição, M. D., Figueiredo, T.M., Mata, M. A., Preto, P. & Aguilar, E. M. (2017). Fragilidad, composición corporal y estado nutricional en ancianos no institucionalizados. *Enfermería clínica* (English Edition), 27(6), 339-345. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.06.004>
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. (2014). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Rodríguez, A.M., Romo, R., Noriega, N.J. & Contreras, C.S. (2022). Dieta mediterránea en la modificación y composición corporal de pacientes en CMF ISSSTE. En P. M. Trejo, R. Arajo & F. E. Molinedo (coords.), *Investigación en Salud, Enfermería y Educación* (75-86). Taberna Libraria Editores.
- Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A. & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and ageing*, 35(5), 526-529. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl041>
- Rosas-Carrasco, O., Cruz-Arenas, E., Parra-Rodríguez, L., García-González, A. I., Contreras-González, L. H. & Szlejf, C. (2016). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1094-1098. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.008>
- Sarmiento, V., Prieto, C. F. & Bermúdez, V. (2024). Índice de Masa Corporal: Precisión para el diagnóstico y manejo de la Obesidad. *Tesla Revista Científica*, 4(1), e366, 1-9. <https://doi.org/10.55204/trc.v4i1.e366>
- Secretaría de Bienestar Social de la Ciudad de México. (2021). *Atención a personas mayores*. <https://sebien.cdmx.gob.mx/personas-mayores>
- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad. (2018). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018#gsc.tab=0
- Sepulveda, W.A., Luna, G.A., Ganz, F., González, H. & Suziane Probst, V. (2020). Sarcopenia, definición y diagnóstico: ¿Necesitamos valores de referencia para adultos mayores de Latinoamé-



rica? *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20(2), 259-268. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2020.53583>

Tinajero-Delgado, J., Martínez-Ezquerro, J. D., Moreno-Tamayo, K., Curcio-Borrero, C. L., Arias-Merino, E. D., Sánchez-García, S., Espinel-Bermúdez, M. C. & Valencia-Rico, C. L. (2023). Factores que afectan el estado nutricional en personas mayores mexicanas: Enasem, 2018. *Salud Pública de México*, 65(5), 493-503. <https://doi.org/10.21149/14753>

Ugalde, F. E. & Mora, A. (2020). Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la persona adulta mayor: programas de cuido de la población adulta mayor a cargo de la Asociación Moraviana. *Anales en Gerontología*, 12(12), 1-28. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/45171>

Wanden-Berghe, C. (2022). Evaluación nutricional en mayores. *Hospital a Domicilio*, 6(3), 121-134. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i3.171>

Estilos de vida en estudiantes de odontología del norte de México

Lifestyles of dental students in northern Mexico

Estilos de vida em estudantes de odontologia do norte do México

Hernández-Reyes, Marco Luis  0009-0002-6154-5306

Universidad Autónoma de Durango, Campus Los Mochis, Facultad de Medicina,
Los Mochis, Sinaloa, México. Estudiante de Medicina.
753marco@gmail.com

López-Sánchez, Héctor Emilio  0009-0005-1407-0215

Universidad Autónoma de Durango, Campus Los Mochis, Facultad de Medicina,
Los Mochis, Sinaloa, México. Estudiante de Medicina.
emiliolopsanchez@gmail.com

Félix-Angulo, Gabriela de Jesús  0009-0004-5958-0326

Universidad Autónoma de Durango, Campus Los Mochis, Facultad de Medicina,
Los Mochis, Sinaloa, México. Estudiante de Medicina.
gabrieladejesusfelix95@gmail.com

Romero-Nieblas, Ximena  0009-0008-7776-3192

Universidad Autónoma de Durango, Campus Los Mochis, Facultad de Medicina,
Los Mochis, Sinaloa, México. Estudiante de Medicina.
ximenarnnn@gmail.com

Soto-Montero, Fabiola Elizabeth  0009-0001-3505-5939

Universidad Autónoma de Durango, Campus Los Mochis, Facultad de Medicina,
Los Mochis, Sinaloa, México. Maestría en Ciencias en Salud Pública,
Coordinadora de Investigación. *Autor corresponsal.
fabiolaemontero@gmail.com

Recibido: 30 de noviembre de 2024. **Aceptado:** 10 de mayo de 2025.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



RESUMEN

Introducción. Los estilos de vida saludables son fundamentales para la salud física y mental, especialmente en estudiantes de odontología, quienes enfrentan altos niveles de estrés o demandas académicas. Objetivo. Comparar los estilos de vida en una muestra representativa de estudiantes de odontología de una universidad pública del norte de México, a través de las variables sexo y situación laboral.

Metodología. Estudio descriptivo, transversal y comparativo realizado en 116 estudiantes mediante muestreo no probabilístico. Se empleó la cédula sociodemográfica, así como también, el cuestionario FANTÁSTICO, que mide diez dimensiones del estilo de vida, con un alfa de Cronbach de .78. Las diferencias se analizaron con pruebas estadísticas no paramétricas.

Resultados. El 73.7 % de los participantes fueron mujeres, con una *media* de edad de 19.4 años. La puntuación promedio en FANTÁSTICO fue de 75.53 ($DE=12.32$) indicando un estilo de vida “bueno”. Los hombres presentaron mejores estilos de vida ($U=811.5, p=.004$), actividad física y social ($U=911.5, p=.019$), nutrición ($U=919.5, p=.025$), toxicidad ($U=859.0, p=.007$), sueño y estrés ($U=841.5, p=.005$) comparado con las mujeres. Las personas que laboran presentaron mayor actividad física ($U=547.5, p=.042$), mejor manejo del patrón del sueño y estrés ($U=522.5, p=.027$) y una mejor perspectiva de su propia imagen ($U=483.3, p=.010$) comparado con las personas que no laboran.

Conclusión. Los estilos de vida reflejan la interacción de factores individuales, sociales u académicos. Fomentar estilos de vida saludables mediante estrategias institucionales puede mejorar el desempeño de los estudiantes, enfocándose en combatir el sedentarismo, la mala alimentación y el estrés.

Palabras clave: Estilos de Vida Saludable, Estudiantes de Odontología, México (Decs).

ABSTRACT

Introduction. Healthy lifestyles are essential for physical and mental health, especially among dental students, who face high levels of stress and academic demands. Aim. Compare the lifestyles in a representative sample of dental students from a public university in northern Mexico, through the contrast of the variables sex and employment status.

Methodology. A descriptive, cross-sectional, and comparative study was conducted with 116 students using non-probability sampling. A sociodemographic form and the FANTASTIC questionnaire were used, which assesses ten lifestyle dimensions and has a Cronbach's alpha of .78. Differences were analyzed using non-parametric statistical tests.

Results. Of the participants, 73.7 % were women, with a *mean* age of 19.4 years. The average score on the FANTASTIC questionnaire was 75.53 ($SD=12.32$), indicating a “good”



lifestyle. Men showed healthier lifestyles ($U= 811.5, p= .004$), better physical and social activity ($U= 911.5, p= .019$), nutrition ($U= 919.5, p= .025$), substance use ($U= 859.0, p= .007$), and sleep and stress management ($U= 841.5, p= .005$) compared to women. Those who were employed showed greater physical activity ($U= 547.5, p= .042$), better sleep pattern and stress management ($U= 522.5, p= .027$), and a more positive self-image ($U= 483.3, p= .010$) compared to unemployed participants.

Conclusion. Lifestyles reflect the interaction of individual, social, and academic factors. Promoting healthy lifestyles through institutional strategies may improve students' performance by targeting sedentary behavior, poor nutrition, and stress.

Keywords: Healthy Lifestyles, Dental Students, Mexico (DeCS).

RESUMO

Introdução. Estilos de vida saudáveis são essenciais para a saúde física e mental, especialmente entre estudantes de odontologia, que enfrentam altos níveis de estresse e exigências acadêmicas. Este estudo tem como objetivo comparar os estilos de vida de estudantes de odontologia do norte do México de acordo com o sexo e a situação laboral.

Metodologia. Estudo descritivo, transversal e comparativo realizado com 116 estudantes, utilizando amostragem não probabilística. Foram aplicados um formulário sociodemográfico e o questionário FANTÁSTICO, que avalia dez dimensões do estilo de vida, com alfa de Cronbach de 0,78. As diferenças foram analisadas por meio de testes estatísticos não paramétricos.

Resultados. Do total de participantes, 73.7% eram mulheres, com média de idade de 19.4 anos. A pontuação *média* no questionário FANTÁSTICO foi de 75,53 ($DP= 12,32$), indicando um estilo de vida “bom”. Os homens apresentaram estilos de vida mais saudáveis ($U= 811.5, p= .004$), melhor atividade física e social ($U= 911.5, p= .019$), nutrição ($U= 919.5, p= .025$), menor uso de substâncias ($U= 859.0, p= .007$), e melhor gerenciamento do sono e estresse ($U= 841.5, p= .005$) em comparação com as mulheres. Os estudantes que trabalham apresentaram maior atividade física ($U= 547.5, p= .042$), melhor controle do padrão de sono e estresse ($U= 522.5, p= .027$) e uma visão mais positiva de sua própria imagem ($U= 483.3, p= .010$) em comparação com os que não trabalham.

Conclusão. Os estilos de vida refletem a interação entre fatores individuais, sociais e acadêmicos. Promover estilos de vida saudáveis por meio de estratégias institucionais pode melhorar o desempenho dos estudantes, com foco na redução do sedentarismo, má alimentação e estresse.

Palavras-chave: Estilos de Vida Saudáveis, Estudantes de Odontologia, México (DeCS).



Introducción

Los estilos de vida abarcan diversas dimensiones, tales como la actividad física, la alimentación, las relaciones sociales, los aspectos emocionales y espirituales. Mantener estos elementos en un estado óptimo es esencial para asegurar el desarrollo integral o equilibrado del ser humano (Lizandra, J. & Gregori-Font, M. 2020). Las decisiones individuales en cuanto a los estilos de vida tienen repercusiones tanto a mediano como a largo plazo (Cabrera, 2016). Cuando estas decisiones no son apropiadas desde una perspectiva de salud se genera un riesgo autoinfligido que incrementa la predisposición a enfermedades e incluso puede llevar a desenlaces fatales (Suarez *et al.* 2020). Para quienes promueven y fomentan la salud en la comunidad, como los estudiantes de carreras de la salud, mantener un estilo de vida saludable es de especial importancia (Cedillo-Ramírez *et al.*, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los estilos de vida como “la percepción que un individuo tiene de su contexto personal, familiar, social, cultural y económico” (1998). Este concepto incluye factores como una alimentación balanceada, el consumo o no de sustancias nocivas, la actividad física adecuada, así como también un buen ciclo de sueño, todos los cuales se consideran componentes críticos de un estilo de vida saludable. La falta de ejercicio regular, por ejemplo, representa un factor de riesgo considerable dado que la recomendación para la actividad física es realizar al menos 300 minutos semanales de actividad de intensidad moderada; no alcanzar este umbral aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades (WHO, 2020).

La ausencia de un estilo de vida saludable contribuye significativamente la morbilidad, mortalidad, particularmente en relación con una dieta inadecuada, el sedentarismo, el consumo de alcohol, el tabaco, y la falta de actividades recreativas (Sagnay-Llinin & Ocaña-Noriega, 2024). Esta situación ha despertado la preocupación de diversas instituciones, tanto nacionales como internacionales, que buscan intervenir en la población universitaria para fomentar hábitos de vida saludables (Brito-Suárez *et al.*, 2023). El sedentarismo, la mala alimentación, el consumo de tabaco y otros hábitos no saludables son factores que están impulsando el incremento de enfermedades no transmisibles, tales como la diabetes, la obesidad o las enfermedades cardiovasculares, afectando tanto a países desarrollados como a aquellos en vías de desarrollo (Ramírez *et al.*, 2019).

Otro aspecto clave en la promoción de estilos de vida saludables es crear condiciones que permitan a los miembros de la comunidad conocer, actuar u/o tomar decisiones tanto informadas como asertivas sobre su salud y bienestar (Gómez-Acosta, 2018). Para ello, las intervenciones deben incorporar estrategias que fomenten la autoestima, fortalezcan los valores, desarrollen la espiritualidad y refuercen las relaciones interpersonales, promoviendo así el cambio hacia hábitos más saludables sin perder de vista el respeto por la cultura de cada persona (De la guardia Gutiérrez & Ledezma,



2020). Es fundamental que los sistemas de salud empleen todos los recursos disponibles para formular políticas o estrategias que promuevan estilos de vida saludables, considerando de manera integral los aspectos físicos, mentales y espirituales de cada individuo (Ballinas, 2021).

En general, los hombres tienden a ser más activos en actividades físicas o deportivas, participar en más actividades extracurriculares, tener un mejor descanso nocturno y consumir menos alimentos ricos en azúcar (Canova-Barrios, 2017)). Sin embargo, también muestran una mayor inclinación hacia comportamientos de riesgo, como el consumo frecuente de alcohol, tabaco y conductas sexuales de alto riesgo (Ibarra-Mora *et al.*, 2019). A lo largo de más de tres décadas, se han documentado ampliamente los beneficios para la salud asociados con la práctica regular de ejercicio y actividades aeróbicas, siendo que incluso una actividad física moderada, de aproximadamente 30 minutos diarios la mayoría de los días de la semana puede ofrecer ventajas significativas para la salud, tales como la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2 (Hernández *et al.*, 2024).

La relación entre la situación laboral con los estilos de vida de los trabajadores se ha convertido en un tema de creciente interés en el ámbito de la salud pública. Factores como el estrés laboral, largas jornadas de trabajo, exigencias organizacionales pueden afectar la salud física o mental de los empleados, conduciendo a estilos de vida menos saludables, como una mayor inactividad física, malos hábitos alimenticios y un descanso insuficiente (Ramírez-Angel & Riaño-Casallas, 2022). La presente investigación tuvo como objetivo comparar los estilos de vida de los estudiantes de odontología del norte de México, por sexo y situación laboral.

Metodología

El diseño del estudio es de tipo descriptivo con cohorte transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico (Hernández-Sampieri & Mendoza-Torres, 2023). El tamaño de muestra fue calculado por medio del software “Netquest” con una heterogeneidad del 50 %, un margen de error del 5 % y un nivel de confiabilidad del 95 % dando un total de la muestra calculada de 116 estudiantes universitarios.

Se incluyeron a estudiantes tanto de primero como de segundo año de la carrera de odontología, considerando que en esa etapa se encuentran en proceso de adaptación de cambios en sus condiciones de salud debido a sus nuevos procesos de enseñanza-aprendizaje. Se excluyeron los participantes que no completaron al 100% el llenado de los cuestionarios.

Se utilizó una cédula sociodemográfica considerando, la edad, el sexo, la situación laboral, si presentaban alguna discapacidad o padecían alguna enfermedad crónica. Asimismo, se utilizó el cuestionario FANTÁSTICO para medir los estilos de vida, el cual es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Hamilton, Ontario (Canadá).



El cuestionario FANTÁSTICO busca conocer un panorama general del estilo de vida a través de diez dimensiones: F: familiares y amigos, A: asociatividad y actividad física, N: nutrición, T: toxicidad A: alcohol, S: sueño y estrés, T: tipo de personalidad y actividades, I: imagen interior, C: control de la salud y sexualidad y, finalmente, O: orden. Asimismo, contiene 30 ítems que se integran en 10 dimensiones la adaptación que se hizo presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 120 puntos (Barriga Silva, 2020).). A mayor puntaje de la dimensión, la calificación es más positiva hacia la salud. Un ejemplo de pregunta es: Sin razón me siento molesto/a y/o enojado/a 0= Siempre. 1= Algunas veces. 2= Nunca. El cuestionario ha sido aplicado en diversas investigaciones encontrando Alfa de Cronbach que van de .73 a .78 (Valverde, 2021; Herazo Beltrán *et al.*, 2020). A su vez, el instrumento ha sido aplicado en el contexto mexicano mostraron un alfa de Cronbach de .87 (Hernández-López & De-Blas-Rangel, 2023).

Procedimientos. Se solicitó autorización de las personas directivas de la universidad privada. Posteriormente, se realizaron invitaciones a los grupos de primer y segundo año de la carrera de odontología a participar en la investigación, explicándoles el objetivo del estudio y la importancia de su participación voluntaria y anónima; a su vez, se les solicitó la firma del consentimiento informado para aquellos que aceptaron participar en el estudio. Posteriormente, se les otorgó la cédula de datos sociodemográficas y el cuestionario FANTÁSTICO. Los instrumentos fueron auto aplicados a papel lápiz, con una duración aproximada de 5 a 10 minutos. Al final de la aplicación se colocaron en una caja sellada para cuidar su confidencialidad. Se agradeció su participación en el estudio por su disposición y contribución. El estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). Se contó con la aprobación del Comité de Bioética en Investigación de la Facultad de Medicina con número de registro: CBI-086.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico para el tratamiento descriptivo de las variables a través de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, como medias, medianas, desviación estándar, valores mínimos y máximos. Se analizó la consistencia interna del instrumento a través del alfa de Cronbach. Se utilizó la prueba de Kolmogórov Smirnov para probar la distribución de los datos, en virtud de no haber obtenido una distribución normal, se procedió a utilizar prueba no paramétrica para realizar la comparación de grupos por sexo y situación laboral por medio de la prueba *U* de Mann Whitney. Se calculó un índice para la escala general “FANTÁSTICO” que va de 0-100.

Resultados

La muestra estimó un promedio de edad de 19.40 años ($DE= 1.52$). El 73.7 % de los participantes fueron mujeres. El 86.0 % de los jóvenes mencionaron no tener relación laboral. En la **Tabla 1** se



muestra la descripción de la variable de estilos de vida y sus subescalas. Respecto a la escala general “FANTÁSTICO” se encontró un alfa de Cronbach de .78 con una *media* de 75.53 (*DE*= 12.32). Los valores de medias más bajos fueron en la actividad física y social (*M*= 1.03, *DE*= .968), sexualidad (*M*= 2.97, *DE*= 1.2). Los más altos siendo personalidad y satisfacción (*M*= 5.77, *DE*= 1.2), toxicidad (*M*= 4.72, *DE*= .1.04) y familia y amigos (*M*= 4.55, *DE*= .1.00). En virtud de los resultados obtenidos en la prueba de normalidad de los datos, se optó por utilizar estadística no paramétrica ($p < .01$).

Tabla 1. Descripción del instrumento FANTÁSTICO y sus subescalas.

	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mediana</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Da</i>	<i>p</i>
FANTASTICO	75.53	12.32	75.00	50	108	.091	.019 ^c
Familia y amigos	4.55	1.00	5.0000	2.00	6.00	.199	.000 ^c
Actividad física y social	1.03	.968	1.01	.00	3.00	.237	.000 ^c
Nutrición	4.11	1.49	4.00	1.00	8.00	.211	.000 ^c
Toxicidad	4.72	1.04	5.00	2.00	6.00	.208	.000 ^c
Alcohol	4.09	1.2	4.00	1.00	6.00	.195	.000 ^c
Sueño y estrés	3.97	1.05	4.00	2.00	6.00	.172	.000 ^c
Personalidad y satisfacción	5.77	1.2	6.00	3.00	8.00	.180	.000 ^c
Imagen	3.39	1.2	3.00	.00	6.00	2.16	.000 ^c
Sexualidad	2.97	1.2	3.00	1.00	6.00	.190	.000 ^c
Orden	3.12	.81	3.00	.00	4.00	.227	.000 ^c

Nota. *n*= 116, *Min*=Valor mínimo, *Max*= Valor máximo, *Da*= Estadístico de prueba de normalidad de *K-S* con corrección de Lilliefors, c resultados de significancia.

En la **Tabla 2** se presentan los resultados de las diferencias de los estilos de vida y sus componentes de acuerdo con el sexo, en donde se puede señalar que hubo diferencias significativas entre los estilos de vida y algunas subescalas, en donde se destaca que los hombres presentan mejores estilos de vida ($U= 811.5$, $p=.004$), actividad física y social ($U= 911.5$, $p=.019$), nutrición ($U=919.5$, $p=.025$), toxicidad ($U=859.0$, $p=.007$), sueño y estrés ($U=841.5$, $p=.005$) comparado con las mujeres.

**Tabla 2.** Diferencias de los estilos de vida y sus componentes de acuerdo con el sexo de los estudiantes de odontología.

Variables	Sexo	<i>Mdn</i>	<i>Media</i>	<i>Rango</i> <i>promedio</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Estilos de vida	M	74.00	73.51	4639.50	811.5	.004*
	H	80.00	81.58	2146.50		
Familia y amigos	M	5.0	4.58	5203.00	1148.0	.451
	H	4.0	4.44	1583.00	1148.0	.451
Actividad física y social	M	1.0	0.91	4739.50	911.5	.019*
	H	2.0	1.37	2046.50		
Nutrición	M	4.0	3.93	4747.50	919.5	.025*
	H	5.0	4.65	2038.50		
Toxicidad	M	5.0	4.57	4687.00	859.0	.007*
	H	5.0	5.17	2099.00		
Alcohol	M	4.0	4.10	5132.00	1219.0	.780
	H	4.0	4.06	1654.00		
Sueño y estrés	M	4.0	3.81	4669.50	841.5	.005*
	H	5.0	4.44	2116.50		
Personalidad y satisfacción	M	5.0	5.58	4658.00	830.0	.004*
	H	6.0	6.34	2128.00		
Imagen	M	3.0	3.19	4672.00	844.0	.005*
	H	4.0	4.00	2114.00		
Sexualidad	M	3.0	2.94	5027.50	1199.5	.683
	H	3.0	3.06	1758.50		
Orden	M	3.0	3.10	5037.50	1209.5	.722
	H	3.0	3.20	1748.50		

Nota. $n=116$, H= Hombre, M= Mujer. *Mdn*= mediana, *U*= valor de *U* de Mann-Whitney, *valores significativos.

En la **Tabla 3** se muestran los hallazgos encontrados sobre los estilos de vida de acuerdo con el estado laboral. Se identificaron diferentes significancias en el estado laboral, donde se puede señalar que las personas que laboran presentan mayor actividad física ($U=547.5$, $p=.042$), mejor manejo del patrón del sueño y estrés ($U=522.5$, $p=.027$) y una mejor perspectiva de su propia imagen ($U=483.3$, $p=.010$) comparado con las personas que no laboran. No se encontraron diferencias significativas en la escala general de FANTÁSTICO con las subescalas de familia y amigos, nutrición, toxicidad y alcohol, personalidad y satisfacción, sexualidad y orden.



Tabla 3. Diferencias de los estilos de vida y sus subescalas de acuerdo con el estado laboral de los estudiantes de odontología.

Variables	Situación laboral	Mdn	Media	Rango promedio	U	p
Estilos de vida	L	82.25	79.00	1152.00	552.0	.058
	NL	74.77	74.00	5403.00		
Familia y amigos	L	5.0	4.68	986.50	717.5	.517
	NL	4.5	4.53	5568.50		
Actividad física y social	L	2.0	1.50	1156.50	547.5	.042*
	NL	1.0	0.96	5398.50		
Nutrición	L	4.0	4.37	982.00	722.0	.602
	NL	4.0	4.11	5573.00		
Toxicidad	L	5.0	4.81	969.00	735.0	.677
	NL	5.0	4.71	5586.00		
Alcohol	L	5.0	4.37	1033.50	670.5	.338
	NL	4.0	4.08	5521.50		
Sueño y estrés	L	5.0	4.56	1181.50	522.5	.027*
	NL	4.0	3.90	5373.50		
Personalidad y satisfacción	L	6.0	6.12	1028.00	676.0	.363
	NL	6.0	5.72	5527.00		
Imagen	L	4.0	4.12	1221.00	483.0	.010*
	NL	3.0	3.30	5334.00		
Sexualidad	L	3.0	3.37	1063.00	641.0	.229
	NL	3.0	2.90	5492.00		
Orden	L	3.0	3.18	934.50	769.5	.899
	NL	3.0	3.13	5620.50		

Nota. $n=116$, L= Labora, NL= No Labora. Mdn= mediana, U= valor de U de Mann-Whitney, *valores significativos.

Discusión

La presente investigación tuvo por objetivo comparar los estilos de vida de los estudiantes de odontología del norte de México de acuerdo con el sexo y situación laboral. Los resultados de la presente investigación demostraron que los hombres presentan mejores estilos de vida, actividad física y social, nutrición, toxicidad, sueño y estrés comparado con las mujeres. El resultado de este estudio es congruente con Lara *et al.* (2018) donde encontraron que los hombres tienen mejores estilos



de vida en subescalas de actividad física, estilos de vida, sueño y estrés. Según la investigación de Cansino *et al.* (2009), difiere con lo encontrado en esta investigación, ya que en el estudio demostraron que las mujeres tuvieron ligeramente un mayor puntaje en estilos de vida, sin embargo, no encontraron diferencias significativas. Las mujeres pueden estar más expuestas a factores de estrés o tener menos oportunidades de actividad física debido a responsabilidades familiares o laborales (Yao *et al.*, 2024). Las mujeres enfrentan vulnerabilidades específicas debido a la carga de responsabilidades familiares y laborales, que a menudo limitan su tiempo u oportunidades para realizar actividad física o desarrollar prácticas de autocuidado. Este doble compromiso, tal como el trabajo remunerado y el trabajo doméstico no remunerado, contribuyen a altos niveles de estrés, especialmente en mujeres que intentan equilibrar ambos roles sin un soporte ante las diversas tareas. La necesidad de cumplir con el cuidado familiar, así como también, las responsabilidades del hogar impide que muchas mujeres puedan priorizar actividades personales o de recreación para tener un buen estilo de vida, lo cual aumenta su carga emocional, afecta su bienestar físico u/o mental (Becerra & Santellan, 2018).

Asimismo, el estudio ha demostrado que las personas que laboran presentan mayor actividad física, mejor manejo del patrón del sueño y estrés teniendo una mejor perspectiva de su propia imagen comparado con las personas que no laboran. Sin embargo, el estudio realizado por Pérez (2022) demostró lo contrario, donde menciona que los estudiantes universitarios que no laboran tienen estilos de vida de bueno a excelente. Esto pudiera deberse, a una menor carga de estrés con el trabajo o el tiempo disponible para actividades de autocuidado que contribuyen a los estilos de vida más saludables (Pérez, 2022). La identificación de los estilos de vida en estudiantes de odontología es un aspecto crucial para comprender las dinámicas incluyendo los desafíos que enfrentan en su formación académica o profesional (Morse & Dravo, 2007). Los estilos de vida de estos estudiantes pueden influir significativamente en su rendimiento académico, salud mental y física, en su desarrollo profesional a largo plazo.

También se puede señalar que en la presente investigación demostró resultados de la media del FANTÁSTICO diferente a otros estudios. Por ejemplo el estudio de Canova (2017), reportó una media superior del instrumento FANTÁSTICO en estudiantes de enfermería, lo que sugiere que este grupo tiende a tener un estilo de vida más saludable en comparación con otros grupos académicos, como lo es en el presente estudio que se enfoca en estudiantes de odontología. La diferencia de los valores del instrumento reportada en el presente estudio así como en el de Canova (2017) puede ilustrar una diferencia en cómo estas dos poblaciones académicas, ambas del área de la salud, gestionan su estilo de vida, lo cual está influenciado por la naturaleza de su formación profesional.



Por lo que podemos decir, que por un lado, los estudiantes de enfermería podrían estar mejor preparados para manejar el estrés manteniendo un estilo de vida equilibrado debido a la orientación de su formación. En cambio, los estudiantes de odontología podrían tener dificultades para equilibrar las demandas académicas y/o clínicas con su bienestar personal. Respecto a las subescalas, se evidencia que los valores de medias más bajos fueron en la actividad física, social y sexualidad. En el estudio de Totasig & Díaz (2022) la investigación de la media de sexualidad se mostró baja en la población estudiada, puede explicarse por el hecho de que la sexualidad sigue siendo un tema sensible o “delicado” en muchas culturas. Las personas pueden sentirse incómodas o desinformadas sobre cómo gestionar su salud sexual, lo que se traduce en una baja autogestión de este aspecto de su vida. Asimismo, la educación sexual insuficiente, la falta de recursos/acceso a servicios de salud sexual, las barreras culturales o religiosas podrían contribuir a este fenómeno.

Por otro lado, Totasig & Díaz (2022) menciona que un bajo porcentaje de la población estudiada solo realiza ejercicio de 30 minutos, esto evidencia que existe poca actividad física. el hecho de que solo el 15.3 % de la población estudiada realice al menos 30 minutos de ejercicio diario, según Totasig & Díaz (2022), refleja una realidad común en muchas poblaciones modernas, donde el sedentarismo es una tendencia creciente. Se pueden señalar algunos factores que contribuyen a esto, los cuales pueden incluir estilos de vida ocupados, falta de motivación, el entorno en el que viven y se desarrollan. Por lo que se puede señalar que los resultados de esta investigación coinciden con los resultados de Totasig & Díaz (2022), los cuales podrían deberse a que el sedentarismo, la desinformación sexual y la limitada actividad social son problemas comunes que afectan a poblaciones globales.

A su vez, el presente estudio demostró que la personalidad y satisfacción, la toxicidad y la familia y amigos fueron los puntajes más altos del instrumento FANTÁSTICO. Lo anterior es congruente con la investigación de Lara *et al.* (2018) donde encontraron también promedios altos en las subescalas de satisfacción y amigos toxicidad, lo que indica que este patrón es recurrente. Es probable que el instrumento FANTÁSTICO esté capturando aspectos clave del bienestar que son comunes en diferentes estudios, destacando la importancia de mantener relaciones sociales positivas y un estilo de vida estructurado como componentes centrales de un buen estilo de vida.

Conclusión

Los estilos de vida de los estudiantes universitarios del área de la salud, particularmente los estudiantes de odontología a través de los hallazgos de la presente investigación, pudieran estar reflejados por las interacciones de los diversos factores, tales como los individuales, sociales y académicos. En este estudio se observó que los hombres tienden a presentar mejores estilos de vida en compa-



ración con las mujeres. También se identificó que los estilos de vida de los estudiantes de odontología tienen un impacto significativo en la prevalencia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles. La alta proporción de hábitos poco saludables, como la inactividad física, la alimentación desequilibrada, las afectaciones del sueño y los niveles elevados de estrés que se reflejaron en los hallazgos, podrían reflejarse en la presencia de sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial a largo plazo, condiciones que, si bien pueden pasar inadvertidas en etapas tempranas de la vida como se presenta en esta muestra, predisponen al desarrollo de patologías crónicas con consecuencias clínicas y sociales de relevancia médica en el futuro como lo marca la literatura.

Desde un punto de vista de salud pública, los resultados de este trabajo exponen la importancia de implementar programas de intervención temprana que para la prevención de las enfermedades no transmisibles desde la juventud, particularmente en poblaciones estudiantiles con altos niveles de demanda académica.

Asimismo, se sugiere involucrar a los docentes y familiares de los estudiantes que contribuyan en la promoción de estilos de vida saludables. Su participación puede favorecer a la detección temprana de conductas de riesgo brindando un apoyo emocional, contribuir a que los alumnos expresen sus necesidades para adoptar estrategias para obtener una mejor calidad de vida y un mejor rendimiento académico.

Consideraciones éticas

Protección de personas. No se realizó ningún tipo de experimento o intervención que pudiera dañar a los participantes.

Confidencialidad. No se proporcionan datos que puedan identificar a los sujetos de estudio.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento. Ninguno.



Referencias

- Ballinas, Y. (2021). La importancia de un estilo de vida saludable. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 6(2), 34-35. <https://doi.org/10.26722/rpmi.2021.v6n2.45> antes Suelto
- Barriga Silva, T. A. (2020). Instrumento «Fantástico» para medir el estilo de vida saludable de adolescentes de la comuna de Bulnes. *Revista Reflexión E Investigación Educativa*, 3(1), 61-74. <https://doi.org/10.22320/reined.v3i1.4502>
- Becerra, A. T. & Santellan, P. A. (2017). Mujeres: entre la autonomía y la vida familiar. Noésis. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 27(53), 121-139. <https://doi.org/10.20983/noesis.2018.1.6> antes Romero & Palafox
- Brito-Suárez, J. M., Alpuche, A. & Gutiérrez, C. (2023). Estados emocionales y hábitos en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19: un estudio transversal. *Investigación en Educación Médica*, 12(45), 44-51. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2023.45.22461>
- Cabrera, J. S. (2016). Estilos de vida saludables: un derecho fundamental en la vida del ser humano. *Dehuidela/Revista Latinoamericana de Derechos Humanos* (San José), 26(2), 37. <https://doi.org/10.15359/rldh.26-2.2>
- Canova-Barrios, C. (2017). Estilo de vida de estudiantes universitarios de enfermería de Santa Marta, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 14(12), 23-32. <https://doi.org/10.18270/rce.v14i12.2025>
- Casino, J., Urzua, R. & Ulloa, D. L. (2009). Estilos de vida y nivel de actividad física de los alumnos de kinesiología de la Universidad de las Américas (Chile) durante el primer semestre del año 2008. *Kronos: Revista Universitaria de la Actividad Física y el Deporte*, 8(16), 39-44. <https://abacus.universidadeuropea.es/handle/11268/3223>
- Cedillo-Ramírez, L., Correa-López, L. E., Vela-Ruiz, J. M., Perez-Acuña, L. M., Loayza-Castro, J. A., Cabello-Vela, C. S., Huamán-García, M., Gonzales-Menéndez, M. J. & De la Cruz-Vargas, J. A. (2016). Estilos de vida de estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 16(3), 57-65. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v16.n2.670>
- De la Guardia Gutiérrez, M. A. & Ruvalcaba, J. C.. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/10.19230/jonnpr.3215>
- Gómez-Acosta, C. A. (2018). Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 155-162. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.50676>
- Herazo Beltrán, Y., Nuñez-Bravo, N., Sánchez-Guette, L., Vásquez-Osorio, F., Lozano-Ariza, A., Torres-Herrera, E. & Valdelamar-Villegas, A. (2020). Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes universitarios (Lifestyles related to health in university students). *Retos*, 38, 547-



551. <https://doi.org/10.47197/retos.v38i38.72871> antes solo Beltrán
- Hernández-López, E. A. & De-Blas-Rangel, A. R. (2023). Análisis de confiabilidad y de constructo del instrumento FANTASTIC MEX-A para medir el estilo de vida de adultos mexicanos. Estudio piloto bicéntrico en un cuartel general y una universidad privada. *Revista de sanidad militar*, 77(2), 1-22. <https://doi.org/10.56443/rsm.v77i2.326>
- Hernández Navarro, A., Tamarillas Serrano, L., Malo Gracia, S., Sarasa Lerí, E., Yoldi Bermejo, M. C. & Anglés Gil, V. (18 de abril de 2024). Impacto del ejercicio físico en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2: Revisión integral de la evidencia y recomendaciones para la práctica clínica. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/impacto-del-ejercicio-fisico-en-el-manejo-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-revision-integral-de-la-evidencia-y-recomendaciones-para-la-practica-clinica/>
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education. En cuerpo solo Sampieri
- Ibarra-Mora, J. L., Vall-Llovera, C. V. & Hernández-Mosqueira, C. (2019). Hábitos de vida saludable de actividad física, alimentación, sueño y consumo de tabaco y alcohol, en estudiantes adolescentes chilenos. *Sportis Revista Técnico-Científica del Deporte Escolar, Educación Física y Psicomotricidad*, 5(1), 70-84. <https://doi.org/10.17979/sportis.2019.5.1.3500>
- Lara, Y., Quiroga, C., Jaramillo, A. & Bermeo, M. (2018). Estilo de vida de estudiantes en primer semestre de odontología de una universidad privada, Cali 2016. *Revista Odontológica Mexicana Órgano Oficial de la Facultad de Odontología UNAM*, 22(3), 144-149. <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2018.22.3.68234>
- Lizandra, J. & Gregori-Font, M. (2020). Estudio de los hábitos alimentarios, actividad física, nivel socioeconómico y sedentarismo en adolescentes de la ciudad de Valencia. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(2), 199-211. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.2.1122>
- Morse, Z. & Dravo, U. (2007). Stress levels of dental students at the Fiji School of Medicine. *European Journal of Dental Education*, 11(2), 99-103. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2007.00435.x>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998). *Informe sobre la salud en el mundo 1998 La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos: resumen de orientación*, Ginebra, Suiza. <https://iris.who.int/handle/10665/63886>
- Pérez, M. A. (2022). Promoting Healthy Lifestyle among College Students. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 434-435. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i2.4784>
- Ramírez-Angel, L. M. & Riaño-Casallas, M. I. (2022). Equilibrio trabajo-vida y su relación con la salud mental en trabajadores de diferentes profesiones: una revisión sistemática. *EAN Revista*



- Escuela de Administración de Negocios*, (92), 208-252. <https://doi.org/10.21158/01208160.n92.2022.3335>
- Ramírez, E., Calderón, Z. G., Arias, J., Ruvalcaba, J. C. & Rivera, L. A. (2019). Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(10), 1011-1021. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3068> (antes Moreno et al 2019)
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. (02 de abril de 2014). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Sagnay-Llinin, G. S. & Ocaña-Noriega, J. R. (2024). Análisis de la Alimentación de los Adultos Mayores y su Influencia en las Enfermedades Crónico no Transmisibles. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 8(5), 143-156. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.13285
- Suarez, M. E, Navarro, M. J., Carballo, D. R., López, L. V. & Recalde, A. C. (2020). *Estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular en estudiantes*. *ENE, revista de enfermería*, 14(3), 1-13. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300007&lng=es&tlng=es antes Elisa
- Totasig, D. E. & Díaz, B. P. (2022). Prácticas de vida saludable en los estudiantes de la carrera de enfermería. *Brazilian Journal Of Health Review*, 5(4), 16801-16811. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-233>
- Valverde, M. (2021). Síndrome de burnout y estilos de vida en docentes de la facultad de salud de una universidad privada de Perú en tiempos de pandemia. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 14(1), 19-26. <https://doi.org/10.17162/rccs.v14i1.1478>
- Villar, M., Ballinas, Y., Gutiérrez, C. & Angulo-Bazán, Y. (2016). Análisis de la confiabilidad del test Fantástico para medir Estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el Programa “Reforma de Vida” del Seguro Social de Salud (Essalud). *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 1(2), 17-26. <https://doi.org/10.26722/rpmi.2016.12.15>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Cada movimiento cuenta para mejorar la salud dice la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>
- Yao, X., Wen, S., Song, Z., Wang, J., Shen, Y. & Huang, X. (2024). Work-family conflict categories and support strategies for married female nurses: a latent profile analysis. *Frontiers in Public Health*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1324147>

Calidad de vida en el trabajo, en el personal de enfermería Quality of work life in nursing staff Qualidade de vida no trabalho em trabalhadores de enfermagem

Maya-Fonseca, María Isamar  0009-0003-8716-0292

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Licenciada en Enfermería.
isa_mf2723@hotmail.com

*Gallegos-Torres, Ruth Magdalena  0000-0001-8034-4089

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Doctora en Ciencias de la Salud. *Autor corresponsal.
isisrmgx@gmail.com

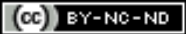
Palomé-Vega, Gabriela  0000-0002-0334-2327

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Doctora en Tecnología Educativa.
gpalome@gmail.com

Milián-Suazo, Feliciano  0000-0003-4893-4868

Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
Doctor en Epidemiología.
feliciano.milian@uaq.mx

Recibido: 13 de febrero de 2025. **Aceptado:** 28 de abril de 2025.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

RESUMEN

Introducción. La calidad de vida laboral es un factor indispensable para un desarrollo fluido y productivo entre el personal de enfermería y su entorno de trabajo.

Objetivo. Medir el nivel de Calidad de Vida Laboral (CVL) en el personal de enfermería y verificar su asociación con variables sociodemográficas.



Método. Estudio transversal, descriptivo. Se aplicó el instrumento CVT-GOHISALO que consta de 7 dimensiones, alfa de Cronbach de .83, en una muestra de 102 sujetos, hombres y mujeres. La información se analizó en el programa SPSS v. 25; se usó estadística descriptiva y prueba de Chi cuadrada para verificar asociaciones. Se cuidaron los principios éticos.

Resultados. La media de edad fue de 35 ± 8.7 años, 81.4 % del sexo femenino, un 50.9 % de nivel licenciatura, 40.2 % con tres a cinco años de antigüedad. La CVL se encontró en un nivel medio; los resultados se asocian con el tener o no pareja $p = .036$ y la antigüedad laboral $p = .001$.

Conclusión. Es importante monitorear este fenómeno en el personal de enfermería debido a que la calidad de vida laboral impacta en la calidad de la atención.

Palabras clave: Calidad de Vida, Personal de Enfermería, Trabajo (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. The quality of work life is an essential factor for smooth and productive development among nursing staff and their work environment. Objective. To measure the level of QWL (Quality of Work Life) in nursing staff and verify the association between sociodemographic variables.

Method. Cross-sectional, descriptive study. The CVT-GOHISALO instrument was applied, consisting of 7 dimensions with a Cronbach's Alpha of 0.83, sample of 102 subjects. Man and woman were considered. The information was processed using SPSS v. 25. with descriptive statistic and Chi square in order to verified associations. Ethical principles were adhered to.

Results. The mean age was 35 ± 8.7 years old, 81.4 % were female, 50.9% had a bachelor's degree, and 40.2 % had three to five years of seniority. The QWL was in a medium level; the results were associated with to have or not a partner $p = .036$ and with job seniority $p = .001$.

Conclusion. It is important to study the phenomenon in nursing staff because quality of work life is related with the quality of the attention.

Keywords: (MeSH). Quality of Life, Nursing Staff, Work.

RESUMO

Introdução. A qualidade de vida no trabalho é um fator essencial para um desenvolvimento fluido e produtivo entre a equipe de enfermagem e seu ambiente de trabalho.

Objetivo. Mensurar o nível de Qualidade de Vida no Trabalho (QV) em trabalhadores de enfermagem e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas.

Método. Estudo transversal, descritivo. O instrumento CVT-GOHISALO composto por 7 dimensões, alfa de Cronbach de 0,83, foi aplicado a uma amostra de 102 sujeitos, homens e mulheres. As informações analisadas no programa SPSS v. 25; estatística descritiva e



teste Qui-quadrado foram utilizados para verificar associações. Os princípios éticos foram atendidos.

Resultados. A média de idade foi de 35 ± 8.7 anos, 81,4% do sexo feminino, 50,9 % de bacharelado, 40,2 % com três a cinco anos de antiguidade. A CVL estava em um nível médio; Os resultados estão associados a ter ou não companheiro $p = .036$ e tempo de trabalho $p = .001$.

Conclusão. É importante monitorar esse fenômeno no pessoal de enfermagem, pois a qualidade de vida no trabalho impacta na qualidade da assistência.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Equipe de Enfermagem, Trabalho (DeCS).

Introducción

La calidad de vida laboral (CVL) fue definida por Chiavenato como un proceso influenciado por diversas variables, que muestra el nivel de satisfacción o bienestar de las personas que trabajan, durante su jornada laboral (Cerdeira-Sanchez *et al.*, 2023). Así, la pertenencia o identidad laboral recae en los roles de trabajo y está estrechamente vinculada con las personas y la organización donde se labora, lo que implica que el trabajador se identifique perteneciente a su organización y a su entorno laboral; este entorno laboral puede ser cambiante de negativo a positivo (Moreno-Hurtado *et al.*, 2018).

La CVL se centra en cuestiones de percepción que expresan los trabajadores de una organización o institución ante su ambiente laboral, relacionado con su nivel de satisfacción o insatisfacción en su medio (Cruz Velazco, 2018). Los componentes pueden considerar el contexto laboral, posibilidad de crecimiento profesional, reconocimiento, contar con la justa remuneración y la sensación de contar con un trabajo estable (Leitão *et al.*, 2019; Mosadeghrad, 2013).

Así mismo, la CVL toma en cuenta condiciones y riesgos psicosociales del trabajo, a su vez considera metas de las organizaciones y el hecho de que al mejorar el bienestar biopsicosocial y salud del personal los estándares de calidad institucional aumentan, siendo un valor agregado para los servicios prestados a los usuarios, sobre todo si se trata de áreas de la salud, debido a que los empleados, al sentirse apoyados por su organización, supervisores o compañeros de trabajo tienden a corresponder a través de un sentimiento de compromiso (Vidal-Blanco *et al.*, 2018).

Una CVL favorable puede influir en el desenvolvimiento psicológico o emocional, que a su vez repercute en la motivación, adaptación al entorno y a los cambios, creatividad, entre otros. De manera desfavorable, puede promover la insatisfacción, ausentismo, estrés, errores en el desempeño y más (Herrera Sánchez & Cassals Villa, 2005).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2014) señaló que hay cinco dimensiones a considerar para contar con un trabajo “decente” en equilibrio con la vida de cada persona, dentro



de lo que se consideran las horas de trabajo que ayuden a promover la salud, seguridad e igualdad de género, fomentar la productividad de empresas y la competitividad, favorecer las opciones de los trabajadores y ejercer influencia sobre las horas de trabajo.

Para el personal de enfermería que labora en las instituciones hospitalarias, además de las situaciones ya señaladas, se consideran aspectos como deficiencias en las condiciones de los contratos de trabajo (por renovación periódica o definitivo), falta de recursos para la realización de los procedimientos, sobrecarga laboral por el número de pacientes, tiempo de descanso, beneficios extras, entre otros (dos Santos Ribeiro *et al.*, 2021).

Una desfavorable CVL puede promover la presencia de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, reflejado en la presencia de patologías, estrés o lesiones (Castro *et al.*, 2018). Los factores que pueden alterar la calidad de vida del trabajador se denominan factores de riesgo psicosocial y están definidos como aquellos fenómenos, situaciones o acciones dadas por la interacción con otros en el medio político, social, laboral y cultural, que puede afectar la salud física y mental (Montero Vizcaíno *et al.*, 2020).

El indagar en aquellos factores que pueden afectar la calidad de vida en el trabajo, se puede contar con información precisa de los elementos que contribuyen a la vulnerabilidad o satisfacción de las personas, con la finalidad de contar con un referente que permita promover un clima laboral satisfactorio, que, en el caso de enfermería, impactará en la atención de excelencia de los pacientes, al ser este personal un elemento fundamental del sistema sanitario (Cueva Pila *et al.*, 2023).

Relacionado con lo anterior, se reconoce que son escasos o nulos los estudios en América Latina que aborden el fenómeno de la CVL en el personal de enfermería; en México la situación no es diferente, especialmente en el centro de este país (Cueva Pila *et al.*, 2022). Además de que implica diversas complicaciones para el acceso al personal de las instituciones de salud y participación del mismo por diversas cuestiones (como saturación de actividades).

En un estudio realizado en tres hospitales de Quito, Ecuador (Cueva Pila *et al.*, 2023), se realizó un muestreo proporcional para tener una muestra de 217 enfermeros. Se aplicó el cuestionario CVT-GOHISALO de Calidad de Vida en el Trabajo. De los participantes, el 95 % fueron mujeres. Los resultados arrojaron que la CVL se encontraba en un nivel bajo con un 61.3 % de prevalencia, seguido del nivel medio con 30 %. Las dimensiones que se ubicaron con un nivel medio fueron Soporte institucional y Seguridad en el trabajo; tuvieron un nivel bajo las dimensiones Integración al puesto de trabajo, Satisfacción por el trabajo y Desarrollo personal.

En otro estudio similar, se valoró la CVL en 48 enfermeros de un hospital público de Perú, aplicando el “Cuestionario de vida laboral en hospitales públicos (CVL.HP)” conformado por 12 ítems.



95.8 % de los enfermeros eran mujeres, 54.2 % sin una especialidad. Se encontró una alta CVL, la cual estuvo relacionada con el compromiso con el trabajo (Cerdeira-Sanchez *et al.*, 2023).

Una investigación realizada en personal de enfermería de la ciudad de Zacatecas, México, en 111 enfermeros y enfermeras (Trejo Ortiz *et al.*, 2023), con la finalidad de verificar la asociación entre calidad de vida laboral y estilo de vida, reportó que, de los participantes, 77.5 % fueron mujeres. Se aplicó el cuestionario CVP-35 para medir la variable de CVL. El nivel de CVL global fue medio, donde la percepción del apoyo directivo estuvo por arriba de la media en puntaje (53), igualmente la demanda de trabajo (58.64). De los participantes, el 47.7 % eran licenciados en enfermería.

En la Ciudad de México, un estudio consideró a 345 miembros de personal de enfermería de los tres niveles de atención de siete instituciones de salud de tipo público para aplicar el cuestionario CVT-GOHISALO de Calidad de Vida en el Trabajo. Se encontró que 79.4 % eran mujeres, donde el mayor porcentaje (34.5%) tenía entre 19 y 29 años y 41.4 % tenía una antigüedad laboral de entre 1 y 5 años. Tuvieron una baja CVL 24.3 % del personal de primer nivel, 34 % del segundo y 20.8 % del tercero (Quintana-Zavala *et al.*, 2015).

De igual manera, en un estudio realizado en San Luis Potosí en 235 enfermeras del segundo nivel de atención, que manejó el mismo instrumento que la investigación anterior, reportó que hubo áreas con una baja CVL, como la administración del tiempo libre y otras altas, como el Desarrollo Personal (Cheverría Rivera, 2021).

Dado que no se encontró evidencia del fenómeno de estudio en otros estados de México, el objetivo de este estudio fue medir el nivel de Calidad de Vida Laboral en el personal de enfermería de un hospital público de la ciudad de Querétaro, así como verificar su asociación con variables sociodemográficas.

Metodología

Estudio cuantitativo, de corte transversal, descriptivo y de asociación. La institución cuenta con una plantilla de personal de enfermería de 663. Con base en la fórmula para poblaciones finitas, manejando un nivel de confianza del 95%, se determinó que el tamaño de muestra necesario era de 102 enfermeros/as.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, dado que se trataba de una muestra previamente conocida. Se consideró personal de diversos; de ambos sexos, que tuvieran contrato laboral vigente al momento de la recolección de los datos, de cualquier nivel de formación. Se consideró la eliminación de aquellos documentos que estuvieran incompletos.



Se administró el cuestionario CVT GOHISALO (Pando Moreno *et al.*, 2018), el cual consta de 31 ítems con 7 dimensiones a evaluar, las cuales se muestran en la **Tabla 1**. Cuenta con un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach general de .83.

Tabla 1. Dimensiones y reactivos correspondientes, del cuestionario.

Ítems	Dimensión
3, 11, 15, 20, 21, 22	1. Soporte institucional para el trabajo
2, 4, 5, 6, 16	2. Seguridad en el trabajo
10, 17, 19	3. Integración al puesto de trabajo
1, 7, 8, 9, 12, 13	4. Satisfacción por el trabajo
14, 18, 25, 26, 27, 31	5. Bienestar logrado a través del trabajo
28, 29, 30	6. Desarrollo personal del trabajo
23, 24	7. Administración del tiempo libre

Fuente. Cuestionario CVT GOHISALO, 2017.

Para evaluar el cuestionario, se obtienen rangos derivados de la suma total de puntos, donde las respuestas a cada pregunta presentan una escala tipo Likert de 0 a 4, donde 0 es nada satisfecho y 4 total satisfacción. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 124, por lo que se obtienen 3 puntos de corte de los valores. El primer rango de 82 a 124 puntos, que corresponde a un nivel alto, segundo rango de 41 a 81 puntos para un nivel medio y el tercer rango de 0 a 40 puntos con un nivel bajo (Cueva Pila *et al.*, 2023; Pando Moreno *et al.*, 2018).

El protocolo se evaluó y aprobó por el Subcomité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, con número de registro 550/FE-SI-01-05-23. Posteriormente fue aprobado por el Comité de Bioética de la misma institución. Para acceder a la institución hospitalaria, el trabajo se presentó al comité de investigación del mismo, el cual lo aprobó para su implementación.

El consentimiento informado se integró en la sección inicial del cuestionario, junto con la posibilidad de aceptar o rechazar participar en el estudio. Se aclararon los aspectos de la confidencialidad de la información y no hacer mal uso de los datos (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, 2014).

Se realizó una prueba piloto con un cuestionario físico administrado a 10 profesionales de enfermería de la misma institución de salud, en quienes su contrato estaba previo a vencer, de manera tal que, al momento de la recolección definitiva de datos no se encontraban laborando. Se hicieron ajustes a las preguntas sociodemográficas.

La recolección definitiva de datos se llevó a cabo vía plataforma de red social WhatsApp®, ya que, con la finalidad de no interrumpir la jornada laboral, se pidió al personal que contestara el cuestionario en cuanto tuviera oportunidad. Se envió la liga del formulario (elaborado mediante los formularios de Google), más la imagen del memorándum de aprobación de recolección de datos, a las jefas y jefes de cada servicio para que a su vez se difundiera en sus propios grupos con el personal; alcanzado el número de muestra necesario se cerró el formulario.



Dentro de las variables sociodemográficas se consideraron edad, sexo, estado civil, si cuentan o no con hijos, servicio dentro de la institución, turno, antigüedad laboral y tipo de contratación. Los datos fueron procesados mediante un programa estadístico de computo, donde se trataron con medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, con promedios y desviación estándar. Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias absolutas y porcentajes. Se verificó la asociación del resultado de CVL con variables sociodemográficas mediante prueba de Chi cuadrada (χ^2), con un valor de significancia de $p < .05$, IC 95 %.

Resultados

Respecto a los datos sociodemográficos, de los 102 enfermeros, 81.4 % eran mujeres, el promedio de edad fue de 35.2 ± 8.7 años, mínima de 23 y máxima de 60 años. Con respecto al estado civil, el 53.9 % de los participantes refirieron estar solter(a)o y 31.4 % casada(o), 49 % no tiene hijos y 41 % tiene entre 1 y 2.

Con relación al grado de estudios, 50.9 % presentaron licenciatura y 25.5 % maestría. El turno laboral y servicio donde se encuentran ubicados los participantes, se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Servicio y turno del personal encuestado.

Turno	f	%	Servicio	f	%
Matutino	25	24.5	Urgencias	35	34.3
Vespertino	37	36.3	Cirugía general	5	4.9
Nocturno A	12	11.8	Medicina Interna	5	4.9
Nocturno B	8	7.8	Traumatología	6	5.9
Especial diurno	13	12.7	UCIA	16	15.7
Especial nocturno	7	6.9	CEYE	5	4.9
			Quirófano	6	5.9
			UTI	7	6.9
			Quimioterapia	3	2.9
			Hemodinamia	1	1.0
			Cirugía ambulatoria	2	2.0
			Clínica de catéter	1	1.0
			Clínica de heridas	1	1.0
			Consulta externa	3	2.9
			Movible	3	2.9
			Jefatura de Enfermería	3	2.9

Fuente. Base de datos.

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje, n=102.

Con respecto a la antigüedad laboral, 40.2 % del personal tiene de 3 a 5 años, 17.6 % tiene de 11 a 15 años de antigüedad y 17.6 %, 15 años o más. El 68.6 % tiene contratación eventual estatal y 18.6 % federal.

Los resultados del nivel de CVL por dimensión, se aprecian en la [Tabla 3](#).

Tabla 3. Frecuencia de niveles de CVL por dimensión.

	Bajo	Medio	Alto
Soporte institucional para el trabajo	42.2 %	54.9 %	2.9 %
Seguridad en el trabajo	19.6 %	70.6 %	9.8 %
Integración al puesto de trabajo	8.8 %	64.7 %	26.5 %
Satisfacción por el trabajo	12.7 %	74.5 %	12.7 %
Bienestar logrado a través del trabajo	5.9 %	69.6 %	24.5 %
Desarrollo personal del trabajo	8.8 %	56.9 %	34.3 %
Administración del tiempo libre	36.3 %	49 %	14.7 %

Fuente. Base de datos, n=102.

Con respecto al nivel de CVL, el 68.6 % se ubicó en un nivel medio y 31.4 %, alto. Se revisó la asociación entre la CVL con variables sociodemográficas, lo cual se observa en la [Tabla 4](#).

Tabla 4. Resultado de la asociación entre la Calidad de Vida Laboral con variables sociodemográficas.

Variable		Nivel	%	X ²	p
Sexo	Mujer	Medio	71 %	1.249	.264
		Alto	29 %		
	Hombre	Medio	58 %		
		Alto	42 %		
Pareja	Sin pareja	Medio	76.6 %	4.374	.036
		Alto	23.3 %		
	Con pareja	Medio	57.14 %		
		Alto	42.8 %		
Antigüedad	Hasta 5 años	Medio	82.14 %	10.53	.001
		Alto	17.85 %		
	6 años y más	Medio	52.17 %		
		Alto	47.82 %		
Hijos	Sin hijos	Medio	73.46 %	1.027	.311
		Alto	26.53 %		
	Con hijos	Medio	64.15 %		
		Alto	35.84 %		

Fuente. Base de datos.

Nota. X²= Chi cuadrada, p= valor significativo (<.05). Sin pareja (solteros, viudos, divorciados); con pareja (casados, unión libre).



Discusión

El objetivo de este trabajo buscó medir el nivel de CVL en el personal de enfermería y verificar su asociación con variables sociodemográficas. Los principales hallazgos se discuten a continuación. Como suele suceder con el personal de enfermería, la mayoría del personal es del sexo femenino, igual como se aprecia en una investigación realizada en 235 profesionales de San Luis Potosí, México, donde se midió la percepción de este sobre la CVL. El 73.6 % eran mujeres, 56.1 % casadas y un promedio de edad de 39 años (Cheverría Rivera, 2021). En este sentido, los datos son similares a lo reportado en esta investigación, exceptuando el estado civil, donde la mayoría de los participantes estaban solteros.

Con respecto a la antigüedad laboral, en una investigación que también buscó valorar la CVL en personal de enfermería de una ciudad de Brasil, que trabajó con 78 enfermeros, se encontró que las prevalencias más altas estaban en 3 a 5 años y 5 a 10 años, con 33.3 % y 30.8 % respectivamente (dos Santos Ribeiro *et al.*, 2021). Estos datos son similares a los encontrados en esta investigación en relación a que la antigüedad laboral de 3 a 5 años tiene la mayor prevalencia.

Con relación al nivel de estudios, en el trabajo realizado en 111 enfermeras de Zacatecas (México) con la finalidad de verificar la CVL; se reportó que predominaron los licenciados con 47.7 % (Trejo Ortíz *et al.*, 2023). Dichos Hallazgos fueron similares a los encontrados en los trabajadores de esta investigación.

Con respecto a los valores reflejados en cada dimensión de la CVL, utilizando el cuestionario GOHISALO, en el estudio de Cheverría (2021) mostraron dimensiones en un nivel bajo, el soporte institucional (51.8 %), integración al puesto del trabajo (44.7 %), satisfacción por el trabajo (40.6 %), bienestar logrado a través del trabajo (45 %) y administración del tiempo libre (57.4 %). Sólo la dimensión de seguridad en el trabajo estuvo en un nivel alto (46 %). No obstante, con relación al presente estudio, los datos difieren a lo señalado por Cheverría, dado que el nivel medio de CVL es la que más prevalece en cada una de las dimensiones, con promedios que, van del 49 % al 74.5 %. Estos datos son consistentes con el reporte de Chile, donde se observó que en 217 enfermeros, se obtuvo en su mayoría el nivel medio en cada dimensión del mismo instrumento (Cueva Pila *et al.*, 2023).

Los estudios que abordan la variable de CVL, usando el GOHISALO reportan niveles globales bajos (61.3 % de 217 sujetos) (Cueva Pila *et al.*, 2023); medio para el caso de la investigación que trabajó con personal de San Luis Potosí (44.6 % de 235 participantes) (Cheverría Rivera, 2021). De esta manera, los resultados presentados son similares a los hallazgos de este estudio al estar situados en el nivel medio de CVL; aunque en los estudios ya señalados, sí se obtuvieron datos en los niveles alto y bajo, cosa que no sucedió en esta investigación.



En investigaciones similares que utilizaron otros instrumentos, como el CVP-35, encontraron un nivel medio en la CVL (Trejo Ortiz *et al.*, 2023), o el TQWL-42, quien también reflejó niveles medios en esta variable (dos Santos Ribeiro *et al.*, 2021).

Conclusiones

Como otros autores ya lo han señalado, el estudio de la Calidad de Vida Laboral es complejo, ya que cada institución de salud tiene lineamientos contractuales distintos, y de la misma manera, las variables a abordar del personal de enfermería pueden ser inmensas.

A pesar de lo anterior, se cumplió con el objetivo planteado y se cuenta con un panorama del fenómeno en una institución de salud pública relevante para el estado de Querétaro (México).

Dado que las condiciones sociales y laborales han sido muy cambiantes (tipos de contratación, reglas con respecto a la rotación, entre otros), así como mayor la demanda de usuarios al interior de las instituciones, es que se ha considerado estudiar fenómenos como la Calidad de Vida Laboral, de manera tal que se implementen acciones diversas que ayuden a favorecer la satisfacción de los trabajadores en la labor que desempeñan, y por ende, la calidad de la atención.

En este sentido, como puntos de mejora de este trabajo, se sugiere aumentar el tamaño de la muestra y procurar un muestreo aleatorio; procurar que la muestra también cuente con más puntos de vista de enfermeros del sexo masculino y de todos los turnos laborales.

Referencias

- Castro, P., Cruz, E., Hernández, J., Vargas, R., Luis, K. & Tepal, I. (2018). Una Perspectiva de la Calidad de Vida Laboral. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 5(6), 118-128. <https://www.reibci.org/publicados/2018/dic/3200115.pdf>
- Cerda-Sanchez, Ma., Fernandez-Giusti, A., Barja-Ore, J., Silva Ramos, J. & González Blanco, M. (2023). Calidad de vida laboral y compromiso con el trabajo en el personal de enfermería. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 52(1), 1-12. <https://search.bvsalud.org/gim/resource/fr/biblio-1521973>
- Cheverría Rivera, S. (2021). Capítulo 3. Calidad de vida laboral desde la percepción del personal de enfermería. En V. Azuara Pugliese, A. Sánchez Macías & J. A. Alcalá Jáuregui (coords.), *La responsabilidad empresarial en la era digital ante los retos de la contingencia sanitaria* (pp. 25-40). Universidad



Autónoma de San Luis Potosí. https://www.researchgate.net/publication/350412426_La_responsabilidad_empresarial_en_la_era_digital_ante_los_retos_de_la_contingencia_sanitaria

- Cruz Velazco, J. E. (2018). La calidad de vida laboral y el estudio del recurso humano: una reflexión sobre su relación con las variables organizacionales. *Revista científica Pensamiento y Gestión*, (45), 58–81. <https://doi.org/10.14482/PEGE.45.10617>
- Cueva Pila, G. C., Valenzuela Suazo, S. V. & Hidalgo Ortiz, J. P. (2023). Calidad de vida en el trabajo y síntomas de estrés laboral en enfermeras/os en Ecuador. *Revista San Gregorio*, 1(55), 46–64. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i55.2292>
- Cueva Pila, G., Valenzuela Suazo, S., Alvarado Alvarado, A. L. & Hidalgo Ortiz, J. P. (2022). Revisión integrativa de la calidad de vida en el trabajo de enfermeras latinoamericanas. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2), e2905, 1-18. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2905>
- dos Santos Ribeiro, E., Vieira da Silva, E. K., de Albuquerque Jatobá, L., Nogueira Andrade, W. & Nogueira Miranda, L. (2021). Calidad de vida en el trabajo de enfermeros de instituciones hospitalarias de la red pública. *Enfermería Global*, 20(3), 461–501. <https://doi.org/10.6018/eglobal.456911>
- Herrera Sánchez, R. & Cassals Villa, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Leitão, J., Pereira, D. & Gonçalves, Â. (2019). Quality of work life and organizational performance: workers' feelings of contributing, or not, to the organization's productivity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203803>
- López-Martínez, B. E., Aragón-Castillo, J. M., Muñoz-Palomeque, M., Madrid-Tovilla, S. & Tornell-Castillo, I. (2021). Calidad de vida laboral y desempeño laboral en médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social de Bienestar, en el estado de Chiapas. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 316–325. <https://doi.org/10.25176/RFMH.V21I2.3706>
- Montero Vizcaíno, Y. Y., Vizcaíno Alonso, M. C. & Montero Vizcaíno, Y. (2020). Factores involucrados en la calidad de vida laboral para el ejercicio de la enfermería. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(2), 364–374. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000200014
- Moreno-Hurtado, M. A., Torres-Arévalo, N., Martínez-Patiño, K. V., Martínez-Beltrán, K. G. & Vesga-Rodríguez, J. J. (2018). Identidad laboral: Análisis del concepto en el contexto actual del mundo del trabajo. *Revista de Salud y Administración*, 5(14), 59–67. <https://revista.unsis>



edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/24

- Mosadeghrad, A. M. (2013). Quality of working life: An antecedent to employee turnover intention. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(1), 43-50. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3937940/>
- Olga Quintana-Zavala, M. O., Paravic-Klijn, T. & Sáez-Carrillo, K. (2015). Calidad de vida en el trabajo percibida según niveles de atención y categorías de enfermeras. *Ciencia y Enfermería*, 21(3), 49–62. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300005
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2014). *Educación Obrera para el Trabajo Decente*. OIT Argentina. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40americas/%40ro-lima/%40ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_249875.pdf
- Pando Moreno, M., González Baltazar, R., Aranda Beltrán, C. & Elizalde Núñez, F. (2018). Fiabilidad y validez factorial del instrumento para medir calidad de vida en el trabajo “CVT-Gohisalo” (versión breve). *Salud Uninorte*, 34(1), 68-75. <https://doi.org/10.14482/sun.34.1.9711>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (2014). *Diario Oficial de la Federación*. Secretaría de Gobernación [SEGOB]. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Trejo Ortiz, P. M., Esparza Flores, E., Zorrilla Martínez, L. B., Valdéz Esparza, G. & Calderón Ibarra, A. (2023). Asociación entre calidad de vida laboral y estilo de vida en personal de enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 5598–5612. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5742
- Vidal-Blanco, G., Oliver, A., Galiana, L. & Sansó, N. (2018). Calidad de vida laboral y autocuidado en enfermeras asistenciales con alta demanda emocional. *Enfermería Clínica*, 29(3), 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.06.004>

**Nivel de conocimientos sobre la técnica de autoexamen mamario
mediante intervención educativa**
**Level of knowledge of breast self-examination technique
through educational intervention**
**Nível de conhecimento sobre a técnica de autoexame das mamas
por meio de intervenção educativa**

Escamilla-Zacarías, Rocío  <https://orcid.org/0009-0000-9654-6662>

Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Licenciatura en Enfermería, Ciudad de México, México.
rescamillaz1700@egresado.ipn.mx

Padilla-Alcocer, Itzel Andrea  <https://orcid.org/0009-0006-1112-6065>

Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Licenciatura en Enfermería, Ciudad de México, México.
ipadillaa1500@egresado.ipn.mx

Licerio-Gutiérrez, Gerardo  <https://orcid.org/0000-0003-0716-5150>

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Maestría en Ciencias Quimicobiológicas.
*Autor de correspondencia.
glicerio@ipn.mx

González-Moreno, Rosa  <https://orcid.org/0000-0002-2572-9207>

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública.
rgonzalezm@ipn.mx

Maya-Morales, Andrés  <https://orcid.org/0000-0002-8905-1538>

Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia,
Ciudad de México, México. Maestría en Ciencias de Enfermería.
amayam@ipn.mx

Recibido: 31 de enero de 2025. **Aceptado:** 08 de marzo de 2025.



RESUMEN

Introducción. El cáncer de mama representa la principal causa de muerte por tumores malignos, principalmente en mujeres. En México, en 2022 se registraron 23,790 casos nuevos de cáncer de mama entre la población de 20 años y más. La revisión de la literatura, no muestra intervenciones educativas recientes para mejorar el nivel de conocimientos en autoexamen mamario en el centro de México.

Objetivo. Determinar el efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre la técnica del autoexamen mamario en mujeres de una población urbana de la Ciudad de México.

Metodología. Diseño pre-experimental, comparativo y de alcance longitudinal. La muestra consistió en 49 mujeres de 20 a 60 años, de una zona urbana de la Ciudad de México, que aceptaron participar con consentimiento informado.

Resultados. De manera general el nivel de conocimientos pre y pos-intervención fue de 35.71 % y 64.62 % respectivamente, lo cual mostró un incremento positivo del 28.91 %.

Conclusiones. Se determinó un mayor porcentaje en el nivel de conocimientos deficiente pre-intervención educativa; así mismo, se demostró la eficiencia de la intervención, al registrar un aumento considerable pos-intervención en un nivel de conocimientos bueno, así mismo se identificó la influencia negativa de diferentes determinantes sociales. Es importante recalcar que la educación para la salud es y seguirá siendo un método efectivo con el apoyo de herramientas digitales y didácticas de acuerdo al tipo de población, ya que sirven de gran apoyo para la detección oportuna de enfermedades como el cáncer de mama.

Palabras clave: conocimiento, autoexamen, intervención educativa, cáncer de mama y enfermería.

ABSTRACT

Introduction. Breast cancer represents the leading cause of death from malignant tumors, mainly in women. In Mexico, in 2022, there were 23,790 new cases of breast cancer registered among the population aged 20 years and older. The literature review does not show recent educational interventions to improve the level of knowledge in breast self-examination in central Mexico.

Objective. To determine the effect of an educational intervention on the level of knowledge about the breast self-examination technique in women from an urban population of Mexico City.

Methodology. Pre-experimental, comparative and longitudinal design. The sample consisted of 49 women aged 20 to 60 years, from an urban area of Mexico City, who agreed to participate with informed consent.

Results. In general, the level of pre-knowledge was 35.71 % and post-intervention knowledge was 64.62 % showing a positive increase of 28.91 %.



Conclusions. The level of knowledge before the educational intervention was deficient; likewise, the efficiency of the educational intervention was demonstrated, by registering a considerable post-intervention level of knowledge as good. It was also identified the negative influence of different social determinants. It is important to emphasize that health education is an effective method with the support of digital tools according to the type of population to increase the level knowledge. As it was mentioned before, the educational interventions increase knowledge in women giving them competencies the detect breast cancer on early stages.

Keywords: knowledge, self-examination, educational intervention, breast cancer and nursing.

RESUMO

Introdução. O câncer de mama é a principal causa de morte por tumores malignos, especialmente em mulheres. No México, 23.790 novos casos de câncer de mama foram relatados em 2022 entre a população com 20 anos ou mais. A revisão da literatura não revela nenhuma intervenção educacional recente para melhorar o nível de conhecimento sobre o autoexame das mamas no centro do México.

Mirar. Determinar o efeito de uma intervenção educativa no nível de conhecimento sobre a técnica de autoexame das mamas em mulheres de uma população urbana da Cidade do México. Metodologia. Desenho pré-experimental, comparativo e longitudinal. A amostra foi composta por 49 mulheres com idades entre 20 e 60 anos, de uma área urbana da Cidade do México, que concordaram em participar mediante consentimento informado.

Resultados. No geral, o nível de conhecimento pré e pós-intervenção foi de 35,71 % e 64,62 %, respectivamente, o que mostrou um aumento positivo de 28,91 %.

Conclusões. Maior percentual foi determinado no nível de conhecimento deficiente na intervenção pré-educacional; Da mesma forma, demonstrou-se a eficácia da intervenção, registrando-se um aumento considerável no nível de conhecimento pós-intervenção e identificando-se a influência negativa de diferentes determinantes sociais. É importante ressaltar que a educação em saúde é e continuará sendo um método eficaz, apoiado por ferramentas digitais e educacionais adequadas à população, pois auxiliam muito na detecção precoce de doenças como o câncer de mama.

Palavras chave: conhecimento, autoexame, intervenção educacional, câncer de mama e enfermagem.



Introducción

El Cáncer de Mama (CaMa) es uno de los tipos de cáncer más prevalentes a nivel mundial, representa el segundo lugar con 2.3 millones de casos y 670,000 fallecimientos, principalmente en población femenina (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). En América Latina y el Caribe, las mujeres menores a 50 años, son afectadas por esta enfermedad en un 32 %, cifra superior al registrado en América del Norte (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). En México, durante el 2023 se registraron 89,633 fallecimientos debidos a tumores malignos en personas de 20 años y más; de estos 8,034 (9 %) fueron por CaMa. Por cada 100 mil mujeres de 20 años y más, la tasa de mortalidad por CaMa fue de 17.90; la entidad federativa que registró la tasa más alta fue Sonora con 27.5, mientras que la tasa más baja la registró Campeche con 9.90. La tasa de mortalidad en la Ciudad de México (CDMX) para el año 2023 fue de 19.40 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2024).

El mayor número de defunciones por CaMa se presenta en mujeres de 60 a 74 años; a medida que aumenta la edad, también se incrementa la mortalidad. Así mismo, existen diversos factores desencadenantes de CaMa, tales como la raza, factores genéticos, ambientales, obesidad, edad, factores hormonales, estilos de vida y exposición a radiación (Chilán *et al.*, 2024).

Otras características que presentaron las mujeres que fallecieron a causa de esta enfermedad es una baja formación académica; en el año 2023, el 33.50 % de las mujeres fallecidas tenían estudios de primaria, mientras que el 6 % no tenían escolaridad. Así mismo, se observó que el 40.40 % de las mujeres, son casadas seguido por solteras con un 24.20 % (INEGI, 2024).

De acuerdo con los datos epidemiológicos, el CaMa es una patología que se presenta en cualquier población, independientemente de su origen, ideología, cultura y grupo socioeconómico, reconocidos como factores de riesgo no modificables (Palmero *et al.*, 2021). Sin embargo, las mujeres más afectadas por este padecimiento y con desventaja respecto a las oportunidades, son aquellas en edad avanzada, que habitan en zonas urbanas marginales e indígenas (Angulo *et al.*, 2024).

Desde el punto de vista epidemiológico, este tipo de cáncer se considera prevenible, con acciones de los profesionales del equipo multidisciplinario de la salud, principalmente el profesional de enfermería, quien regularmente tienen interacción con la población para favorecer la salutogénesis y promoción para la salud (Colunga & Moya, 2023). El conocimiento y la confianza sobre el autoexamen mamario mediante la implementación de intervenciones educativas por el equipo multidisciplinario, empoderan a las mujeres a crear conciencia y asumir un papel activo en la vigilancia de su propia salud. Además contribuye a la detección oportuna del CaMa y reduce el tiempo para el diagnóstico, lo que mejora las perspectivas de tratamiento y supervivencia (González *et al.*, 2020; Martínez *et al.*, 2022).



El pronóstico de mujeres diagnosticadas con CaMa ha mejorado considerablemente en países desarrollados, donde se registra una disminución del 40 % en la mortalidad (OPS, 2023); no obstante, en países en vías de desarrollo como en México, se requieren mayores esfuerzos para la detección oportuna y el acceso al tratamiento efectivo (INEGI, 2024).

El cáncer es una enfermedad que se asocia a los factores determinantes de la salud-riesgo: genes, estilos de vida, ambiente y alimentación (Chilán *et al.*, 2024). En su conjunto, la presencia de estos factores puede incrementar la incidencia de la enfermedad (Ceballos *et al.*, 2024). Así mismo, existen factores de protección que retrasan la aparición de la enfermedad, entre ellos la activación física y el consumo de alimentos saludables (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020). Para el caso del CaMa, el autoexamen de la glándula es una medida esencial para la oportuna atención y limitación del daño. En este sentido, los profesionales de enfermería tienen una valiosa participación al brindar educación para la salud, promover las medidas de protección y la técnica correcta del Autoexamen Mamario (AEM), que de forma periódica deben realizar todas las mujeres.

Actualmente esta enfermedad se ha convertido en un reto para los profesionales de la salud, porque a través de intervenciones educativas, las personas pueden mejorar la realización del AEM (Barrios, 2022). Diversos estudios muestran que, a pesar de que el AEM es la primera medida para la detección oportuna, —además de ser gratuita y fácil de realizarse—, su práctica no es llevada a cabo principalmente por la falta de información y falsas creencias (Gotzsche, 2021; Ceballos *et al.*, 2024; Torres-Agüero *et al.*, 2020). Por ello, es crucial que este conocimiento sea transmitido por profesionales de la salud capacitados (Martínez *et al.*, 2022), que deben intervenir de manera constante y desde diversas dimensiones para contribuir a la reducción de la mortalidad asociada (González *et al.*, 2020).

Por lo anterior, se planteó el siguiente objetivo: Determinar el efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre la técnica del autoexamen mamario en mujeres de una población urbana de la Ciudad de México.

Metodología

Diseño pre-experimental, comparativo y de alcance longitudinal, mediante un modelo estadístico test, re-test. La población proviene de una zona urbana de la CDMX. Se trató de un muestreo censal donde participaron 49 mujeres, de 20 a 60 años de edad que aceptaron participar por voluntad propia y contaron con disponibilidad de tiempo. Se excluyeron aquellas mujeres que refirieron antecedentes personales de CaMa o tratamiento del mismo. Fue eliminada la participación de aquellas mujeres que no asistieron o abandonaron la intervención educativa; así mismo, aquellos instrumentos incompletos o con dos o más respuestas por pregunta.



Se diseñó a priori un instrumento que pudiera evaluar el nivel de conocimientos sobre la técnica del AEM, concepto definido como la técnica de detección oportuna llevada a cabo por la misma mujer, recomendada a partir de los 20 años de edad, con base en la observación y palpación. El instrumento tiene como objetivo identificar el conocimiento sobre la AEM de las glándulas mamarias para sensibilizar a la mujer sobre el CaMa y mejorar la atención médica oportuna (Secretaría de Salud [SS], 2011).

El instrumento consta de 12 preguntas, que indagan sobre métodos de palpación y posición para el AEM; reconocer alteraciones anatómicas de las glándulas mamarias; así como edad, frecuencia y momento para llevar a cabo el autoexamen. Se utilizó un formato de respuesta de opción múltiple, a las respuestas correctas se les asignó un valor de 4 puntos y a las incorrectas de 1 punto. Para determinar el nivel de conocimiento, los valores se transforman a índices de 0 a 100 puntos, con los siguientes cortes: Deficiente de 0 a 33, Regular de 34 a 66, y Bueno de 67 a 100.

El instrumento fue validado por 4 jueces del área de la salud con las siguientes especialidades: dos médicos oncólogos, una ginecoobstetra y un maestro en Ciencias de Enfermería. Fueron seleccionados por sus competencias académicas y experiencia en el área práctica ($\bar{x} = 22.7 \pm 3.3$ y $\bar{x} = 23.2 \pm 11.1$ años respectivamente), los jueces tuvieron la oportunidad de realizar observaciones cualitativas a la estructura semántica de las 12 preguntas para mejorar la comprensión por las usuarias, que resultó en una confiabilidad preliminar determinada por el coeficiente alfa de Cronbach de .702 (ver suplemento 1).

Procedimientos. Posterior a la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de una institución educativa de la CDMX y autoridades correspondientes, se convocó a participar a las mujeres, previa explicación del objetivo y consentimiento informado. Primero se requisitó la cédula de datos sociodemográficos y el llenado del instrumento. Segundo, se realizó la intervención educativa para medir el nivel de conocimientos en la técnica del AEM; los contenidos de la intervención se basaron en la Guía de Práctica Clínica (GPC) *Para la prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención* (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2024) y de la NOM-041-SSA2-2011 *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama* (SS, 2011). Tercero, se aplicó el instrumento antes y después de dos semanas de haber realizado la intervención para poder realizar las contrastaciones estadísticas bajo un modelo test, re-test.

La intervención consistió en cuatro sesiones con una duración de dos horas cada una, con un intervalo de una semana entre cada sesión se conformaron grupos pequeños integrados por 12 y 13, quienes fueron seleccionadas en función de los criterios de inclusión previamente establecidos y la disponibilidad de tiempo de las participantes con la finalidad de garantizar el aprendizaje de los temas. Se brindó información sobre: anatomía de glándula mamaria, factores modificables y no



modificables, medidas diagnósticas de prevención y autoexamen mamario; se llevó a cabo en una institución educativa y áreas comunitarias acondicionadas con fines de capacitación. Las sesiones educativas estuvieron a cargo de las Licenciadas en Enfermería: Escamilla Zacarías Rocío y Padilla Alcocer Itzel Andrea.

Finalmente, para el tratamiento estadístico, se utilizaron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central para las variables nominales y ordinales. Para medir el nivel de conocimientos sobre la técnica del AEM, se determinó la normalidad en la distribución de los datos con el estadístico *K-S*. En virtud de los resultados ($p > .05$), se utilizó estadística paramétrica a través de una *t* de Student para muestras pareadas.

Consideraciones éticas. Para llevar a cabo esta investigación se cumplió con los lineamientos establecidos por los artículos; 14°, 17°, 20°, 21°, 22° y 29° del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Reglamento de la Ley Federal de Protección y de Datos Personales en Posesión de los Particulares y principios bioéticos (2024). Se cumplieron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y justicia; se respetó la integridad de las participantes, se garantizó su confidencialidad y aprobación a través del consentimiento informado. El protocolo fue avalado por el Comité de Ética e Investigación, emitido por una Escuela de nivel Superior de la CDMX (registro 4321).

Resultados

Las características sociodemográficas del grupo de estudio fueron: La edad presentó la siguiente distribución, el 24.43 % tienen de 20 a 29 años, el 24.4 % de 30 a 39, el 22.3 % de 40 a 49 y el 28.3 % de 50 a 60. Respecto a la escolaridad, la mayoría tiene estudios de secundaria en un 34.7%, seguida de primaria con 26.5 %, universidad con el 16.3 % y preparatoria con el 10.2 %, carrera técnica con el 8.2 % y sin grado escolar el 4.1 %.

Al considerar la frecuencia del AEM, se obtuvo que el 22.4 % lo realizó, pero solo el 12.2 % lo realiza en la frecuencia recomendada por la NOM-041-SSA2-2011. Del 77.6 % de las mujeres que no realizan la técnica, la principal causa es no tener conocimiento, la cual representa 60.4 %. El 39.5 % no lo realiza por otras razones (ver [Tabla 1](#)).

**Tabla 1.** Causas de no realizar el Autoexamen Mamario.

Causa	%
No tener conocimiento	60.4
No tener tiempo	5.3
No tener interés	2.5
Olvidar realizarlo	18.4
Miedo a identificar la enfermedad	13.1
Total	100

Fuente. ENCAEM. Ciudad de México, 2024.

De acuerdo con los resultados pre-intervención el 14.3 % de las mujeres poseían un nivel de conocimientos bueno, posterior a la intervención aumentó a un 61.2 %; así mismo, las participantes con un conocimiento regular antes de la intervención representaban un 36.7 %, el cual disminuyó a 18.4 % posterior a la intervención. De manera descriptiva disminuyó el porcentaje de las participantes con conocimiento deficiente, al modificarse de un 49 % antes de la intervención, a un 20.4 % pos-intervención. Al comparar la diferencia del porcentaje de conocimiento, se observó que la intervención fue eficaz al incrementar en 46.90 % el nivel de conocimiento bueno (ver [Tabla 2](#)).

Tabla 2. Nivel de Conocimientos sobre Autoexamen Mamario.

Nivel de Conocimientos	Pre-Intervención	Pos-Intervención	Diferencia del Nivel de Conocimientos
Deficiente	49.0 %	20.4 %	- 28.6 %
Regular	36.7 %	18.4 %	- 18.3 %
Bueno	14.3 %	61.2 %	+ 46.9 %

Fuente. ENCAEM. Ciudad de México, 2024.

De manera general el nivel de conocimientos pre y pos-intervención fue de 35.71 % a 64.62 %, lo cual mostró un incremento del 28.91 %.



Con relación al objetivo del presente estudio, se observó que el nivel de conocimientos sobre el AEM en la pos-intervención tuvo cambios desde el punto de vista descriptivo, dado el incremento de los promedios aritméticos. Asimismo, desde el punto de vista estadístico a través de la *t* de Student para muestras pareadas el incremento en la media de conocimientos del AEM fue significativo ($p < .05$), (ver **Tabla 3**).

Tabla 3. Contraste del Nivel de Conocimientos del Autoexamen Mamario.

Autoexamen mamario		
Tipo de Aplicación	Media del Grupo de Estudio	<i>t</i> Student para muestras pareadas
Test	$\bar{X} = 35.71 \pm 3.17$	$t = -7.253$ $gl = 48 \quad p = .001$
Re-Test	$\bar{X} = 64.62 \pm 4.59$	

Fuente. Elaboración propia.

Nota. $\bar{X}$ = media, $\pm$ = Desviación estándar, *gl* = grados de libertad, p = Significancia $< .05$, $n = 49$.

Se llevó a cabo un análisis adicional para comparar los resultados pre y pos-intervención, donde se realizaron contrastaciones descriptivas. Debido a que se separaron los grupos de acuerdo a sus características sociodemográficas, se restringieron los grados de libertad y no se consideraron las contrastaciones estadísticas. Con relación al estado civil, las mujeres en unión libre y las solteras, son quienes registraron el mayor incremento en el nivel de conocimientos pos-intervención sobre el AEM, con el 68.45 % y 70.07 % respectivamente. En cuanto a la escolaridad, fueron las mujeres con carrera técnica, quienes alcanzaron un nivel de conocimientos del 91.66 %, con preparatoria el 83.33 % y con universidad el 80.20 %. Respecto a la edad, fueron las mujeres de 20 a 29 años y de 30 a 39 años, quienes obtuvieron un mayor incremento (76.38 % y 81.94 % respectivamente), en comparación con las mujeres de 40 a 60 años, quienes no presentaron cambios significativos.

Discusión

En la presente investigación se buscó determinar el efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre la técnica del autoexamen mamario, en mujeres de una población urbana de la Ciudad de México. La frecuencia con la que realizan el AEM pre-intervención fue mínima, mismo que coincide con Gotzsche (2021), aunque el rango de edad fue menor en comparación del presente estudio.



El nivel de conocimientos pre-intervención en la realización del AEM es deficiente lo cual concuerda con lo observado por Torres-Agüero et al. (2020), quienes determinaron que antes de la intervención, las mujeres tenían bajo conocimiento acerca del AEM, considerando lo siguiente: su práctica, frecuencia e importancia, el cual incrementó posterior a la intervención; así mismo, en el presente estudio, el nivel de conocimientos aumentó significativamente. De igual forma, Barrios (2022) reportó en un estudio en mujeres con edad similar, un incremento notorio en el nivel de conocimientos pre y pos-intervención.

Al considerar las causas por las que no se realizan el AEM se identificaron las siguientes: falta de conocimiento, olvido, falta de tiempo, falta de interés y miedo a identificar la enfermedad; se coincide con lo reportado con Gotzsche (2021), quien refiere que la falta de conocimientos es una de las principales causas; es importante comentar que incluyó otros motivos para no realizar el AEM, como el temor a tener algo anormal, porque el personal de la salud no orienta y por miedo a que la pareja le abandone, esto último se considera relacionado a la edad del grupo de estudio.

Suárez *et al.* (2023) reportan un elevado nivel de conocimiento pre-intervención, lo cual difiere de lo identificado en la presente investigación, donde se reportó un bajo nivel de conocimientos sobre el AEM, esta diferencia obedece a que se trata de una población cautiva que asiste a la clínica de salud y coincide al haber un aumento en el nivel de conocimientos pos-intervención.

En concordancia con lo expuesto por González, et al. (2020) se confirma la importancia de la intervención educativa para incidir positivamente en la identificación temprana de alteraciones. Se sugiere continuar con programas de educación para la salud a temprana edad de la mujer, para aumentar el conocimiento sobre prevención y control del cáncer de mama; resaltar la importancia del autocuidado, ya que la identificación de los cambios topográficos en las mamas, es una de las formas más efectivas y de bajo costo para la el diagnóstico temprano y tratamiento médico oportuno.

Limitaciones del estudio. No obstante, los resultados de este estudio deben tomarse con reserva, dado que la muestra es pequeña y el instrumento es de reciente creación, lo cual puede significar que en una muestra más grande los resultados pueden variar. Sin embargo, se considera que los procedimientos fueron controlados para el tipo de diseño del estudio, con lo que se garantiza la disminución de sesgos en esta muestra en específico.

Recomendaciones. Las intervenciones educativas para la salud requieren del uso de las tecnologías de la información, que apoyen la difusión de medidas preventivas y seguimiento de casos nuevos de cáncer de mama. Se requiere mayor presencia del personal multidisciplinario de la salud en comunidades marginadas y grupos vulnerables y mejorar el sistema de contrarreferencia de los casos sospechosos. Así mismo, es importante influir en el cambio de actitud y empoderamiento de la



mujer para resignificar el valor de su autocuidado, con acciones oportunas en favor de su salud y bienestar, para incidir en la disminución de la mortalidad por causa de esta enfermedad.

Finalmente, se recomienda que el instrumento utilizado en esta investigación, pueda ser replicado en otros contextos para mejorar la validación preliminar que se obtuvo en esta muestra y probar la factibilidad en otras poblaciones.

Conclusiones

Se determinó que la intervención educativa tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre el nivel de conocimientos del autoexamen mamario. Se identificó un mayor porcentaje en el nivel de conocimientos deficiente pre-intervención educativa; así mismo, se mostró la eficiencia de la intervención en la pos-intervención al mejorar el nivel de conocimientos bueno. De la misma manera, se identificó la influencia negativa de diferentes determinantes sociales que afectan en la adquisición de conocimientos y realización del autoexamen mamario.

Por lo anterior, se reconoce la importancia de la participación del equipo multidisciplinario de salud con acciones de educación para la salud, encaminadas a mejorar la prevención del cáncer de mama; así mismo, es importante recalcar que la educación para la salud es y seguirá siendo un método efectivo con el uso de herramientas digitales y didácticas de acuerdo al tipo de población, mismas que servirán de apoyo para la detección oportuna de enfermedades como el cáncer de mama.

Consideraciones éticas

Protección de personas. No se realizó ningún tipo de experimento o intervención que pudiera dañar a los participantes.

Confidencialidad. No se proporcionan datos que puedan identificar a los sujetos de estudio.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento.

El estudio fue financiado con recursos propios de los investigadores; se estiman gastos de \$20,000.00 M. N.



Referencias

- Barrios, C.H. (2022). Global challenges in breast cancer detection and treatment. *The Breast*, 62(suppl 1), S3-S6. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.02.003>
- Ceballos, G. L., Soto, L. M. & Villa, V. (2024). *Cáncer de Mamá: Experiencias de mujeres frente al diagnóstico, tratamiento y cambios en su vida sexual* [Tesis]. Fundación Universitaria del Areandina, Pereira, Colombia. <https://digitk.areandina.edu.co/entities/publication/dcb86cb5-8787-444f-8e05-e7172d9df28d>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR]. (2024). *Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama en México*. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/952441/Lineamiento_T_cnico_PDTCVE_CaMa_en_M_xico.pdf
- Chilán, C. I., Loor, M. A., Loor, C. J., García, A.M., García, C.D. & López, A. N. (2024). Cáncer de Mama: prevalencia, factores de riesgo y signos en la población. *Revista INVECOM*, 4(2), 1-15. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10612175>
- Colunga, S. & Moya, J. L. (2023). Salutogénesis, sanación y curación. *Revista Humanidades Médicas*, 23(1), 1-21. <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2512>
- González, G., Peralta, O. & De la Rosa, D. J. (2019). Impacto de una intervención educativa en el conocimiento del cáncer de mama en mujeres colombianas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), e1157, 1-15. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1157>
- Gotzsche, P. (2021). *Mammography Screening. Truth, Lies and Controversy* [Mamografía de detección: verdad, mentiras y controversia] (1a. ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781846198410>
- Hernández, M., Llamas, I. S. & Campos, A. A. C. (coords.). (2022). *La labor del académico universitario en el fomento de la salud física y emocional* (pp. 339-344). Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2020). *Cáncer de mama una prioridad para la salud de las mexicanas*. Gobierno de México. <https://www.insp.mx/avisos/5090-octubre-cancer-ma-ma-19.html>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (16 de octubre de 2024). *Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el cáncer de mama* [Comunicado de prensa núm. 599/24]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_LuchaC-Mama24.pdf
- Martínez, A., Martín, R., Arasanz, L., Fernández, M. M. & Cachero, J. (2022). Efectividad de una intervención educativa para la prevención del cáncer de mama mediante una web-app. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica*, 24(1), 8-25. <https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncolologica/article/view/4311/6794>



- NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (2011). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011#gsc.tab=0
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). *Cáncer de mama*. [https://www.paho.org/es/temas/cancemama#:~:text=Las%20Am%C3%A9ricas%20representaron%20casi%20una,Am%C3%A9rica%20del%20Norte%20\(19%25\)](https://www.paho.org/es/temas/cancemama#:~:text=Las%20Am%C3%A9ricas%20representaron%20casi%20una,Am%C3%A9rica%20del%20Norte%20(19%25))
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). *Cáncer de mama*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=Magnitud%20del%20problema,48%20morir%C3%A1%20por%20esa%20enfermedad>.
- Palmero, J., Lassard, J., Juárez, L.A. & Medina, C. A. (2021). Cáncer de mama: una visión general. *Acta Médica Grupo Angeles*, 19(3), 354–360. <https://doi.org/10.35366/101727>
- Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud. (04 de abril de 2014). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Suárez, C., Pérez, L.M. & Téllez, I. (2023). Impacto de una intervención educativa en el nivel de conocimientos y autoeficacia en autoexploración mamaria. *South Florida Journal of Development*, 4(6), 2370-2380. <https://doi.org/10.46932/sfjdv4n6-013>
- Torres-Agüero, N. C., López-Catá, F. J., Loret de Mola, E. J. P. & Agüero Betancourt, C. M. (2021). Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres de 20 a 40 años. *Universidad Médica Pinareña*, 17(1), e485, 1-10. <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/485>

(Suplemento 1 Instrumento de Evaluación; CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXPLORACION MAMARIA; Escamilla Zacarías Rocío y Padilla Alcocer Itzel Andrea; 2024)

Folio

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Con apego a los principios éticos y científicos que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, los participantes en el estudio fueron orientados sobre el propósito y alcance de la investigación. Así mismo, dan su consentimiento para el uso confidencial y anónima de la información derivada del estudio, mismo que pueden retirar en el momento que así lo consideren conveniente a sus intereses.

Instrucciones: Encierre en un círculo el inciso que considere correcto para cada pregunta. Los [] son de uso exclusivo de los investigadores.

1. ¿Qué es la autoexploración de mamas?

[]

a) Técnica de detección basada en la revisión de las mamas por la misma mujer con la finalidad de identificar si existen cambios anormales en la mama y en la axila.

b) Es un examen que realiza el profesional de salud a hombres y mujeres para la detección temprana de cáncer de mama.

c) Procedimiento que nos permite identificar la madurez de las mamas en edades tempranas.

d) Desconozco la respuesta.
2. La autoexploración se realiza a través de:

[]

a) A través de la observación.

b) A través de la observación y palpación.

c) A través de la palpación.

d) Desconozco la respuesta.
3. ¿A partir de qué edad se recomienda la autoexploración de mamas?

[]

a) A partir de los 35 años.

b) A partir de los 20 años

c) Al cumplir los 18 años.

d) Desconozco la respuesta.
4. ¿Cuál es el mejor momento para efectuar la autoexploración mamaria?

[]

a) 10 días posteriores a la menstruación

b) Cualquier día del mes

c) De 5 a 7 días después del término de la menstruación.

d) Desconozco la respuesta.
5. ¿Cuál es el momento oportuno para realizar la autoexploración de mamas en mujeres que ya no presentan ciclo menstrual (Menopausia)?

[]

a) El primer día de cada mes.

b) En un día específico de cada mes.

c) Al término de cada mes.

d) Desconozco la respuesta.
6. ¿Con qué frecuencia debes realizar la autoexploración de mamas?

[]

a) 1 vez al mes

b) 1 vez a la semana



c) Cada 2 meses.

d) Desconozco la respuesta.

7. De las siguientes opciones. ¿Cuál o cuáles son las posiciones correctas para llevar a cabo la técnica de autoexploración mamaria? []

a) 1, 2, 4 y 5.

b) 1,3 y 6

c) Todas son correctas.

d) Desconozco la respuesta.

8. ¿Con qué dedos de la mano se debe de realizar la palpación? []

a) Con el 2°, 3° y 4°dedo de la mano ligeramente flexionados

b) Con el 2° y 3° dedo de la mano ligeramente flexionados

c) Con la palma de la mano.

d) Desconozco la respuesta.

9. ¿Cuáles son las zonas específicas en donde se debe efectuar la palpación? []

a) Mamas, axilas y zona clavicular.

b) Únicamente mamas.

c) Mamas, axilas y cuello.

d) Desconozco la respuesta.

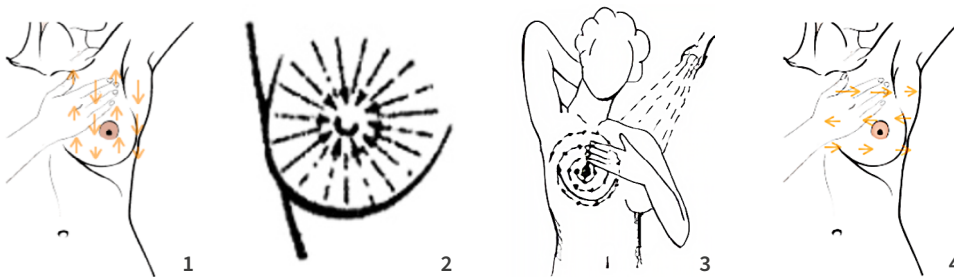
10. De las siguientes opciones ¿Cuáles son los métodos correctos de palpación para llevar a cabo la autoexploración mamaria? []

a) Ninguna es correcta.

b) 1 y 2

c) Todas son correctas.

d) Desconozco la respuesta.



11. ¿Cuál es el último paso de la autoexploración? []

a) Presión suave del pezón

b) Presión suave en toda la mama.

c) Palpar zonas axilares y el cuello.

d) Desconozco la respuesta.

12. ¿Cuáles son los signos de alarma que se deben de detectar durante la autoexploración? []

a) Bulto, pezón hundido, hoyuelo, secreción anormal por el pezón, área rojiza, piel de naranja, endurecimiento e hinchazón de las mamas, cambio en el tamaño o forma de la mama, dolor y venas muy visibles.

b) Inflamación, dolor, sensibilidad y coloración amarillenta de los senos.

c) Endurecimiento, salida de secreción con mal olor, piel de naranja y senos pequeños.

d) Desconozco la respuesta.

Aplicó _____

**Tratamiento eficaz con pomada enzimática elaborada a base de
plantas naturales para curación de heridas**
**Effective treatment with enzymatic ointment made from
natural plants for wound healing**
**Tratamento eficaz com pomada enzimática feita a partir de
uma pomada natural à base de plantas para a cicatrização de feridas**

Esquivel-Gámez, Carolina  **0009-0009-1739-2067**

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 6,
Jefatura de Enfermería, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Licenciada en Enfermería.
karoesquivel.g@gmail.com

García-Pedroza, Noé  **0009-0003-2727-6015**

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona No. 6,
Jefatura de Enfermería, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Licenciado en Enfermería.
noegarciapdz@hotmail.com

Villanueva-Romero, Martha Leticia  **0009-0004-1577-2211**

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 6.
Jefatura de Enfermería, Ciudad Juárez, Chihuahua, México.
Maestra en Administración de Instituciones de Salud.
maleviro2000@yahoo.com.mx

Pérez-Acosta, Isela  **0009-0007-9691-7225**

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 56,
Jefe de servicio de Educación e Investigación en salud, Ciudad Juárez, Chihuahua, México.
Maestra en Docencia Biomédica.
dr.iselaperez@hotmail.com

***Flores-Padilla, Luis**  **0000-0002-8462-9855**

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Sociales y Administración,
Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Profesor Investigador,
Doctor en Ciencias de la Salud Pública. *Autor corresponsal.
lflopa@yahoo.com.mx

Recibido: 09 de diciembre de 2024. **Aceptado:** 05 de mayo de 2025.



RESUMEN

Introducción. Los problemas en cicatrización de heridas son inflamación, infección y tejido necrótico. Existen componentes naturales y tecnología enzimática, que ofrecen una limpieza profunda y sostenida, que presentan alta resistencia a tratamientos convencionales.

Objetivo. Analizar el efecto de la pomada CD3 sobre la cicatrización de las heridas.

Metodología. Estudio cuasiexperimental en 15 derechohabientes con heridas ≤ 4 cm. Se utilizó jabón neutro y pomada CD-3. Se humedeció la herida y aplicó 0.25 ml de jabón por cada 4 cm de herida, se aplicó pomada usando 1.25 gramos por cada 5 cm de herida.

Resultados. La herida en su primera curación y a la décima curación. En la primera curación, el 52.8 % de las heridas midieron entre 3.1 a 4 cm, el 27.4 % midieron de 2.1 a 3 cm y el 19.8 % midieron de 1 a 2 cm. Al valorar las heridas en la décima curación el 33 % tuvo cierre de la herida mientras que las otras heridas tuvieron una reducción satisfactoria en comparación de su llegada, 33 % redujo a menos de 1cm, el 26.4 % redujo entre 2.1 a 3 cm y el 6.6 % midió de 3.1 a 4 cm.

Conclusiones. El empleo de jabón neutro líquido CD-1J y pomada enzimática CD-3, puede ser una alternativa al tratamiento eficaz para la curación de las heridas. Se identificó que impulsa la granulación y disminuye el riesgo de infección por las propiedades de la pomada enzimática CD-3, representan otra opción para tratar heridas, infectadas o no.

Palabras clave: Heridas, Curación, Cicatrización de heridas, Jabón, Pomadas (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. The problems in wound healing are inflammation, infection and necrotic tissue. There are natural components and enzymatic technology, which offer deep and sustained cleaning, which are highly resistant to conventional treatments.

Objective. Analyze the effect of CD3 ointment in wound healing

Methodology. Quasi-experimental study in 15 patients with wounds ≤ 4 cm. neutral soap and CD-3 ointment were used. The wound was moistened, and 0.25 ml of soap was applied for every 4 cm of wound, ointment was applied using 1.25 grams for every 5 cm of wound.

Results. The wound at first healing and at tenth healing. At first healing, 52.8 % of the wounds measured between 3.1 to 4 cm, 27.4% measured between 2.1 to 3 cm and 19.8 % measured between 1 to 2 cm. When assessing the wounds in the tenth healing 33 % had wound closure while the other wounds had a satisfactory reduction compared to their arrival, 33 % reduced to less than 1 cm, 26.4 % reduced between 2.1 to 3 cm and 6.6 % measured 3.1 to 4 cm.

Keywords: Wounds, Healing, Wound Healing, Soap, Ointments (MeSH).



RESUMO

Introdução. Os problemas na cicatrização de feridas são a inflamação, a infecção e o tecido necrótico. Existem componentes naturais e tecnologia enzimática que oferecem uma limpeza profunda e sustentada, que são altamente resistentes aos tratamentos convencionais.

Objetivo. Analisar o efeito da pomada CD3 na cicatrização de ferida

Metodologia. Estudo quasi-experimental em 15 doentes com feridas ≤ 4 cm. Foi utilizado sabão neutro e pomada CD-3. A ferida foi humedecida e foi aplicado 0,25 ml de sabão por cada 4 cm de ferida, a pomada foi aplicada com 1,25 gramas por cada 5 cm de ferida.

Resultados. A ferida na primeira cicatrização e na décima cicatrização. Na primeira cicatrização, 52,8 % das feridas mediam entre 3,1 a 4 cm, 27,4 % mediam 2,1 a 3 cm e 19,8 % mediam 1 a 2 cm. Ao avaliar as feridas na décima cicatrização, 33 % apresentavam fechamento da ferida, enquanto as demais feridas apresentavam redução satisfatória em relação à sua chegada, 33% reduziram para menos de 1 cm, 26,40 % reduziram entre 2,1 a 3 cm e 6,6 % mediam 3,1 a 4 cm.

Conclusões. O uso do sabonete líquido neutro CD-1J e da pomada enzimática CD-3 pode ser uma alternativa de tratamento eficaz para a cicatrização de feridas. Foi identificado que promove a granulação e diminui o risco de infecção pelas propriedades da pomada enzimática CD-3, sendo mais uma opção para o tratamento de feridas, infectadas ou não.

Palavras chave: Feridas, Cura, Cicatrização Sabão, Pomadas.

Introducción

Desde tiempos remotos, la curación de heridas ha sido una práctica constante. En el antiguo Egipto, se utilizaban sustancias como el aceite de ricino y el pan fermentado para tratar heridas y zonas irritadas. Ambrosio Paré, considerado el padre de la cirugía moderna, contribuyó al enfoque actual de mantener las heridas limpias y cubiertas para una mejor cicatrización. Hoy en día, se cuenta con una variedad de materiales y tecnologías para tratar heridas de manera óptima, aunque aún se debe de aprender a utilizarlos adecuadamente (Domínguez & Hernández, 2021). Cuando se produce una herida, se desencadena un conjunto de procesos fisiológicos que utiliza el organismo para recuperar su integridad y arquitectura, que se conocen como proceso de cicatrización. El proceso de cicatrización es un fenómeno local del cual participan factores ambientales y fisiológicos, que intervienen y ejercen influencia en la calidad de la cicatriz (Lozada-Méndez *et al.*, 2020). La cicatrización comienza en el mismo momento que se produce la lesión de la herida (Perdomo *et al.*, 2020). Por lo que, el adecuado empleo y limpieza de una herida es importante, así como la restauración de la integridad de la piel (Castillo, 2024). El cuidado de heridas se ha convertido en un amplio campo



de innovación y avance dentro de la medicina (Mengarelli *et al.*, 2024). El tratamiento de las heridas es gravoso, y puede ocasionar estadías en el hospital y demandando atención multidisciplinaria para el control y manejo por parte del personal de salud (Goyo *et al.*, 2020). Existen diferentes métodos y técnicas avanzadas incluyen el desbridamiento autolítico, quirúrgico y mecánico que pueden emplearse para el control bacteriano local de la herida para fomentar la cicatrización (Vásquez *et al.*, 2021; Triana *et al.*, 2022).

Las intervenciones más frecuentemente utilizadas para tratar las heridas incluyen tanto métodos tradicionales como avanzados. Entre los tradicionales se encuentran la limpieza con solución salina y la aplicación de productos naturales como miel, caña de azúcar y vaselina entre otras hierbas. Estos tratamientos presentan una composición variada y pueden contener hierbas, materiales de origen natural o una combinación de preparaciones para su uso (Aguirre, 2022). En los últimos años se ha identificado a los efectos curativos de la miel para la cicatrización de heridas, quemaduras o úlceras entre otras afecciones (Ibáñez, 2023). La centella asiática ha sido identificada en la regeneración tisular, la migración celular en el proceso de reparación de heridas con la liberación de activos antimicrobianos antiinflamatorios y cicatrizantes para el control de las heridas (Leite-Diniz *et al.*, 2023). El tepezcohuite tiene actividades farmacológicas con efectos antimicrobianos, antiinflamatorios, antiparasitarios y antioxidantes que contribuyen a la regeneración de la piel, contribuye a la cicatrización de las heridas y otras enfermedades de la piel (De Oliveira-Silva *et al.*, 2024).

El árnica contribuye a mejorar las heridas y quemaduras en la piel, esta planta medicinal tiene propiedades antiinflamatorias, antimicrobianas y antioxidantes. Actualmente existe un tratamiento innovador para acelerar la curación de heridas cutáneas, la cual está diseñada específicamente para abordar problemas comunes en la cicatrización de heridas, tales como inflamación, infección y tejido necrótico. Su formulación es a través de una combinación de componentes naturales y tecnología enzimática, se trata de una pomada enzimática denominada CD-3 y se posiciona como una solución efectiva y avanzada en el ámbito médico. Ofrece una limpieza profunda y sostenida, crucial para heridas que presentan alta resistencia a tratamientos convencionales. Los componentes antisépticos y antimicrobianos previenen la proliferación de bacterias, reduce las posibilidades de infección y mejora la eficacia de otros tratamientos aplicados sobre la herida al preparar adecuadamente la piel (Ruiz, 2024). Dado que la literatura es escasa sobre los efectos de CD-3 sobre problemas comunes en la cicatrización de heridas, tales como inflamación, infección y tejido necrótico, se plantea el siguiente objetivo: Analizar el efecto de la pomada CD3 sobre la cicatrización de las heridas.



Metodología

Estudio cuasiexperimental, de alcance longitudinal de mediciones repetidas, con un grupo de 15 derechohabientes ambulatorios, seleccionados de forma intencionada de un servicio de clínica de heridas de un hospital público de Ciudad Juárez, México. Se incluyeron a derechohabientes con heridas no mayor a 4 cm. Las variables recolectadas se clasificaron en sociodemográficas y fisiológicas. Para las primeras se consideraron la edad, sexo, escolaridad y ocupación. Para las segundas se consideraron la glicemia capilar, deambulación, toma de cultivo de la secreción de la herida, toma de antibiótico. Asimismo, se clasificó la herida de acuerdo con aspecto macroscópico (limpias y contaminada), grado de complejidad (simples o complejas), profundidad (superficiales y profundas) y agente traumático (punzante, incisa, cortante, contusa, abrasión o avulsión) (Arribas Blanco, J.M *et al.*, 2002). Además, se observó localización, profundidad de la herida, tejido necrótico, grado y tamaño, color de la herida, si tenía o no presencia de exudado en la herida, tipo de exudado, olor de la herida, presencia de dolor en la herida, inflamación alrededor de la herida.

Procedimientos. Para el inicio de la curación; se utilizó jabón líquido neutro (compuesto por ingredientes naturales como la caléndula, centella asiática, tepezcohuite, toronjil, hamemalis, miel grado médico, tomillo, cocobetaina, glicerina vegetal, xantana y sorbato de potasio), y pomada (centella asiática, toronjil melissa officinalis, árnica, alginato, tepezcohuite, caléndula y sangre de drago).

Las curaciones iniciales se realizaron cada 3 días, y posteriores se humedeció la herida con solución fisiológica y se aplicó 0.25 ml de jabón por cada 4 cm de herida. Se distribuyó el jabón uniformemente con una gasa estéril humedecida, cubriendo toda el área afectada, se deja actuar durante 5 a 10 segundos y luego se enjuaga la herida. Tras lavar la herida con el jabón líquido neutro, se aplicó pomada usando 1.25 grs por cada 4 cm de herida, se aplicó la pomada de manera uniforme en toda el área afectada cubriéndose con gasa estéril. Se revisó la evolución de la herida cada 3 a 5 días para verificar la reducción de la herida o la resolución. Los datos se analizaron con un programa estadístico para un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, características de las heridas y evolución.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. En esta investigación no se realizaron experimentos con personas o animales. Se obtuvo la autorización del Comité Local de Investigación en Salud 801 del IMSS el cual cuenta con la autorización de la Secretaría de Salud para el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación en seres humanos para la salud indicando que prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, autorización R-2024-802-112.



Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento. Los autores declaran no recibieron financiamiento.

Confidencialidad de los datos. En esta investigación no aparecen datos personales que permitan identificar a los participantes, a quienes se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información.

Resultados

Se analizaron a 15 pacientes con una edad media de 47.6 años, el 60 % fueron masculinos con un rango de edad de 20 a 80 años. El 80 % de los pacientes se clasificó entre los de 31 a 70 años. En las variables sociodemográficas; la escolaridad de básica y media fue 93.3 %, el 53.3 % mencionó tener empleo, 93.4 % de los pacientes deambula sin complicación. Con relación a las comorbilidades el 46.7 % tenía diabetes tipo 2 (ver [Tabla 1](#)).

Tabla 1. Características de los pacientes con heridas.

Variable		n	%
Sexo	Femenino	6	40.0
	Masculino	9	60.0
Edad	20 a 30	1	6.6
	31-40	4	26.7
	41-50	4	26.7
	51-60	4	26.7
	61-70	1	6.6
	71-80	1	6.6
Escolaridad	Educación Básica	7	46.7
	Educación Media	7	46.7
	Educación Superior	1	6.6
Ocupación	Si trabaja	8	53.3
	No trabaja	7	46.7
Deambulaci3n	Si	14	93.4
	No	1	6.6
Comorbilidades	Ninguna	5	33.3
	Diabetes Mellitus	7	46.7
	Diabetes Mellitus m3s Hipertensi3n	3	20.0
Glucosa	Normal	5	33.3
	Diab3tico	10	66.7

Fuente. Elaboraci3n propia.



Respecto a los datos clínicos de las heridas el 66.8 % de las heridas se localizan en los miembros pélvicos, Por clasificación de las heridas, el 46.7 % fue de tipo contusa y el tipo de herida es contaminada 86.7 % (ver **Tabla 2**).

Tabla 2. Características de las heridas.

Variable		<i>n</i>	%
Localización de la herida	Miembro pélvico	10	66.8
	Miembro torácico	3	20.0
	Abdomen	1	6.6
	Mama	1	6.6
Clasificación de la herida	Cortante	6	40.0
	Contusa	7	46.7
	Abrasión	2	13.3
Tipo de herida	Limpia – Contaminada	2	13.3
	Contaminada	13	86.7

Fuente. Elaboración propia.

En la evaluación de las heridas el 53.3 % midieron de 3.1 a 4 cm. La profundidad fue del 60 % y el color de las heridas predominó la de color amarillo con fibrina con un 73.3 %, algunas heridas tuvieron exudados en la valoración destacando que el 60 % de las heridas presentaron poco exudado. Las heridas no presentan olor el 93.3 %. El 53.3 % refirió leve dolor y el 73.4 % presentó leves datos de inflamación en la herida (ver **Tabla 3**).



Tabla 3. Evaluación de las heridas.

Variable		n	%
Tamaño de la herida	1 a 2 cm	3	20.0
	2.1 a 3cm	4	26.7
	3.1 a 4 cm	8	53.3
Profundidad de la herida	Superficial	4	26.7
	Parcial	9	60.0
	Completa	2	13.3
Presencia de exudado	Color de la herida		
	Amarilla	11	73.3
	Mixta	4	26.7
	Ninguno	1	6.7
	Poco	9	60.0
	Moderado	4	26.7
	Abundante	1	6.7
	Tipo de exudado		
	Ninguno	1	6.7
	Claro	8	53.3
Olor de la herida	Amarillo	5	33.3
	Sanguinolento	1	6.7
	Sin olor	14	93.3
Dolor en la herida	Leve	1	6.7
	Sin dolor	3	20.0
	Leve	8	53.3
	Moderado	3	20.0
	Intenso	1	6.7
	Inflamación en la herida	11	73.4
	Moderado	2	13.3
	Intenso	2	13.3

Fuente. Elaboración propia.

Comparación de la herida a la llegada del derechohabiente con la aplicación de la pomada CD3 y la primera curación y a la décima curación. En la primera curación el tamaño de la herida fue de 1 a 4 cm el 100 %.

Al valorar las heridas en la decima curación el 33.5 % tuvo cierre de la herida, y 33.5 % de las otras heridas redujo a menos de 1 cm (Tabla 4).

**Tabla 4.** Evolucion de las heridas.

	Tamaño	n	%		Tamaño	n	%
Primera curación	Menos 1 cm	0	0.0	Ultima curación	Menos 1 cm	5	33.5
	1 a 2 cm	3	19.8		1 a 2 cm	0	0.0
	2.1 a 3 cm	4	26.4		2.1 a 3 cm	4	26.4
	3.1 a 4 cm	8	53.8		3.1 a 4 cm	1	6.6
					Cierre herida	5	33.5

Fuente. Elaboración propia.

Discusión

El presente estudio determinó que la curación de heridas con jabón líquido neutro y pomada enzimática cd-3 tuvieron una eficacia satisfactoria en la recuperación de las heridas. En el inicio de tratamiento al valorar la primera curación y hasta el termino de las mismas se obtuvo un tercio en la cicatrización en el cierre total de la piel; mientras que el doble tuvo una reducción de tamaño de la herida satisfactoria. En la actualidad, existen diversos estudios sobre los tratamientos de heridas; uno de ellos identificó el uso tópico en crema con centella asiática aplicada 2 veces al día durante 16 semanas la herida redujo un 60.7 % (Mejía *et al.*, 2023). Además, Hernández *et al.* (2024) identificó a la centella asiática las propiedades que promueven, protegen y aceleran la cicatrización actuando en la piel. Así mismo Évili da Silva *et al.* (2024), señala el uso de gel con extracto de centella es eficaz en el tiempo de reepitalización y en el tiempo de cicatrización total. Otro elemento utilizado es el tepezcohuite que se utiliza en el tratamiento en heridas y quemaduras del tegumento que tiene cualidades de cicatrización en la piel (López *et al.*, 2022). También la caléndula officinalis tiene propiedades; analgésica, antiinflamatoria, cicatrizante, astringente, fungicida y antibacteriana contra *Pseudomona aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, y hongos patógenos incluyendo: *Candida Albicans* (Bosch *et al.*, 2022; Soto *et al.*, 2021). Otro de los componentes es la miel grado médico ha sido estudiada y tiene una eficacia del 80 % en las úlceras tratadas, fomenta la cicatrización la regeneración celular y la síntesis de colágeno (Alarcón-Burneo, 2024). Así mismo la Vitamina E, tiene propiedades antioxidantes y capacidad para promover la salud de la piel (Bellés *et al.*, 2023). Estos hallazgos fueron éxitos con un solo compo-



nente; no obstante, en este estudio se utilizaron los componentes de la pomada enzimática CD-3 en combinación con otros componentes naturales, lo que aumentó el efecto de cicatrización de las heridas, facilitando la eliminación de tejido muerto o dañado, mejorando el entorno para la regeneración de tejido nuevo. Estos componentes ofrecen una limpieza profunda y sostenida, crucial para heridas que presentan alta resistencia a tratamientos convencionales.

Los componentes antisépticos y antimicrobianos previenen la proliferación de bacterias, reduciendo las posibilidades de infección, por lo que, en el estudio ninguna herida se infectó durante el proceso de curación y que aquellas heridas que tuvieron signos de infección fueron tratadas con jabón neutro líquido y la pomada enzimática CD-3 sin complicaciones o síntomas clínicos, que favoreció el proceso de cicatrizaron.

Limitaciones del estudio

La muestra de estudio fue pequeña, el tiempo de observación y seguimiento fue limitado, por lo que se recomienda continuar con estudios de mayor control, con grupos aleatorizados y cegados, para identificar con mayor precisión las bondades del tratamiento combinado con elementos herbolarios como una alternativa clínica en la recuperación de los diferentes tipos de heridas en la cicatrización de la piel. Sin embargo, los procedimientos en este estudio, los hallazgos muestran la mejoría clínica y eficacia en la cicatrización de heridas.

Conclusiones

El Sistema de Salud Público, tiene un cuadro básico limitado de medicamentos y formulas, lo que disminuye las posibilidades de acceder a un tratamiento más efectivo y de vanguardia, en particular en la curación de heridas. Por lo que el empleo de jabón neutro líquido CD-1J y pomada enzimática CD-3, puede ser una alternativa al tratamiento eficaz para la curación de las heridas. Se identificó que impulsa la granulación y disminuye el riesgo de infección por las propiedades del jabón neutro líquido cd-1j y la pomada enzimática CD-3, son otra opción para tratar heridas, infectadas o no, disminuye gastos de internación para las personas que acuden de forma ambulatoria a la clínica de heridas del hospital.



Referencias

- Aguirre Villa, M.A. (2022). *Derecho de proteccion a la propiedad intelectual de la medicina tradicional de los pueblos y comunidades indigenas en México*. [Tesis de Maestría]. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, México. <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/2760>
- Alarcón Burneo, F. R. (2024). La miel de abeja como alternativa natural de cicatrización en el pie diabético. *Revista Social Fronteriza*, 4(2), 1-11. [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(2\)227](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(2)227)
- Arribas Blanco, J.M., Castelló Fortet, J.R., Rodríguez Pata, N., Sánchez Olasso, A. & Antequera Pérez, A. (2002). Cirugía menor en heridas (laceraciones). Heridas en cara y manos. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 28(5), 249-264. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(02\)74066-5](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(02)74066-5)
- Bellés Andreu, S., Sepúlveda Gallardo, C. & Arroyo Huidobro, M. (2024). El impacto de la nutrición en la curación de las úlceras por presión. *MPG Journal*, 4(64), 1-8. <https://mpgjournal.mpg.es/index.php/journal/article/view/822>
- Castillo-Cermeño, E. V. (2024). Conocimiento sobre curación de heridas quirúrgicas. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 8(2), 1-15. <https://doi.org/10.36314/cunori.v8i2.278>
- De Oliveira-Silva, E., Lôbo de Souza, M., Ferreira de Melo, D., Gonzaga da Costa, L. A., de Lima Arruda Holanda, B. A., Vicente Nishimura, R. H & Rolim Neto, P. J. (2024). Phytopharmacological aspects of *Mimosa tenuiflora* (Willd.) poir: a systematic review of preclinical data. *Phytochemistry Reviews*, 23, 1183-1203. <https://doi.org/10.1007/s11101-024-09919-x>
- Dominguez-Saavedra, G. & Hernandez-Galván, J. M. (2021). Actualización en el manejo de heridas. *Cirugía Plástica*, 31(3), 124-136. <https://dx.doi.org/10.35366/103715>
- Hernández Piñeyro, A. M., Landero Rendón, R. G., Martínez Vázquez, N. K. & Uribe Flores, M. M. (2024). Secretos de la naturaleza: Descubre cómo los extractos naturales mejoran la cicatrización de heridas. +Ciencia. *Revista de la Facultad de Ingeniería*, (36), 39-41. <https://revistas.anahuac.mx/index.php/masciencia/article/view/2595>
- Évili da Silva, T., Germano Cidrack do Vale, C. M., Silva de Brito, T. (2024). Evidências clínicas do uso de plantas medicinais e fitoterápicos na cicatrização de feridas cutâneas: uma revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*, 10(1), 1-21. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2024v10n1ID35109>
- Goyo, B., Lanzotti, M., Torrealba, A. & De Felice, L. G. (2020). Aplicación de terapia de presión negativa en el manejo de pacientes con heridas complejas. *Journal of Negative & No Positive Results*, 5(12), 1490-1503. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3827>
- Ibáñez Perelló, A. (2024). *Propiedades de la miel como alternativa al tratamiento de heridas*. [Tesis de Maestría]. Universitat de les Illes Balears, Palma, Illes Balears. <http://hdl.handle.net/11201/165143>
- Leite Diniz, L. R., Luiz Calado, L., Sucupira Duarte, A. B. & Pergentino de Sousa, D. (2023). *Centella*



- asiatica* and Its Metabolite Asiatic Acid: Wound Healing Effects and Therapeutic Potential. *Metabolites*, 13(2), 276, 1-16. <https://doi.org/10.3390/metabo13020276>
- López-Villarreal, S. M., Chávez Montes, A., Leos-Rivas, C., Rodríguez-Luis, O., Castro-Ríos, R. & Pérez-Hernández, R. (2022). Evaluación antimicrobiana y coagulante de extractos de cinco vegetales de interés etnobotánico. *Horizonte sanitario*, 21(3), 397-402. <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/5001>
- Lozada Méndez, M. A., Campos Guzman, N. R. & Martínez Delgado, L.(2020). Tratamientos no convencionales utilizados en la curación de las heridas. *Paradigmas Socio-Humanísticos*, (2)2, 45-61. <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v2i2.520>
- Mengarelli, R. H., Sarmiento, A., Mercado, V. & Pérez, L. (2024). Evaluación del rendimiento de un servicio especializado en Heridas en un hospital de alta complejidad. *Heridas y Cicatrización*, 14(1), 6-9. https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2024/4_Original_SEHER14.1.pdf
- Mejía-Benavidez, J. E. & Jiménez-García, S. N. (2023). Extractos de plantas como tratamientos complementarios en el proceso de cicatrización de heridas de pie diabético. *ACC CIETNA: Para el cuidado de la salud*, 10(1), 214-221. <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/931>
- Perdomo Pérez, E., Soldevilla Agreda, J. & García Fernández, F. P. (2020). Relación entre calidad de vida y proceso de cicatrización de heridas crónicas complicadas. *Gerokomos*, 31(3), 166-172. <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2020/10/31-3-2020-166.pdf>
- Ruiz Rodas, M. A. (2024). *Pomada enzimática* [MX. Patente No. 010088]. Instituto Mexicano de la propiedad Industrial, Gobierno de México. <https://siga.impi.gob.mx/>
- Soto-Ojeda, G. A, Cortés-Pomares, P. C. & Villanueva-Lendecky, M. A. (2021). Formulación de un gel a base del extracto etanólico de *Verbena persicifolia* y *Caléndula officinalis* para su evaluación antimicrobiana y cicatrizante. *RINDERESU*, 6(1-2), 1-17. <http://rinderesu.com/index.php/rinderesu/article/view/113>
- Triana-Ricci, R., Martínez-de-Jesus, F., Aragón-Carreño, M. P., Saurral, R., Tamayo-Acosta, C. A., García-Puerta, M., Bernal, P. V., Silva-Quñones, K., Feijo, D. F., Reyes, C. & Herrera-Arbeláez, J. M. (2021). Recomendaciones de manejo del paciente con pie diabético. Curso de instrucción. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*, 35(4), 303-329. <https://doi.org/10.1016/j.rccot.2021.12.001>
- Vásquez-Hernández, S. M., Rico-Ardila, D. L., Gómez-Camargo, L. N. & Álvarez-Quintero, L. M. (2021). Costo-efectividad de las intervenciones de enfermería para el manejo de úlceras por pie diabético: revisión sistemática. *MedUNAB*, 24(1), 13-26. <https://doi.org/10.29375/01237047.3832>

**Transversalizar la perspectiva de género y derechos humanos
en las Licenciaturas en Enfermería**
**Transversalizing the gender and human rights perspective
in nursing degrees**
**Transversalização da perspectiva de género e dos direitos humanos
nos graus acadêmicos de enfermagem**

Villa-Rueda, Alma Angélica  0000-0002-2501-2820

Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Enfermería, Baja California, México.
alma.villa@uabc.edu.mx

Recibido: 18 de marzo de 2025. **Aceptado:** 10 de mayo de 2025.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



RESUMEN

Objetivo. Analizar la pertinencia e impacto de la transversalización de la perspectiva de derechos humanos y el género como categorías críticas en las Licenciaturas en Enfermería, tomando como proxy las mallas curriculares y/o unidades de aprendizajes disciplinares.

Síntesis. El género y los derechos humanos cobran visibilidad como categorías críticas y prácticas a partir de la Agenda 2030 de los ODS, donde se hace tangible su relevancia en los procesos de salud y reducción de inequidades. Estas categorías generalmente no están transversalizadas en los programas de Licenciaturas de Enfermería y prevalece enfoques biomédicos y conductuales. Esto tendrá repercusiones tanto para estudiantes, como para las poblaciones que acceden al cuidado de enfermería.

Conclusión. Los programas educativos y docentes en enfermería, son enclaves transformadores para abonar a la justicia social y cultura de paz. El cuidado de enfermería tendría que ser incluyente e interseccional, con conciencia de clase y raza; debe reconocer desde lo práctico y discursivo, la diversidad de las sociedades en un marco de derechos, y desde la perspectiva de género, para no borrar las diferencias asumiendo que una acción en salud es igual para todas las personas.

Palabras clave: Enfermería, Perspectiva de Género, Derechos Humanos, Universidad (DeCS).



ABSTRACT

Aim. Analyze the relevance and impact of cross-cutting the human rights perspective and gender as critical categories in nursing programs, taking as a proxy the curricula and/or disciplinary learning units.

Summary of content. Gender and human rights gain visibility as critical and practical categories since the 2030 Agenda of the SDGs, where their relevance in the processes of health and reduction of inequalities becomes evident. These categories are generally not transversalized in nursing degree programs and biomedical and behavioral approaches prevail. This will have repercussions for both students and the populations accessing nursing care.

Conclusion. Nursing education programs and teachers are transformative enclaves to contribute to social justice and a culture of peace. Nursing care should be inclusive and intersectional, with awareness of class and race and should recognize in practice and discursively the diversity of societies in a framework of rights and from a gender perspective, in order not to erase the differences assuming that an action in health is the same for all people.

Keywords: Nursing, Gender Perspective, Human Rights, University (MeSH).

RESUMO

Objetivo. Analisar a relevância e o impacto da integração da perspectiva dos direitos humanos e do gênero como categorias críticas nas Licenciaturas em Enfermagem, tendo como proxy os currículos e/ou unidades de aprendizagem disciplinares.

Síntese do conteúdo. O gênero e os direitos humanos ganharam visibilidade como categorias críticas e práticas a partir da Agenda 2030 dos ODS, onde a sua relevância nos processos de saúde e redução das desigualdades se tornou tangível. Estas categorias não são geralmente integradas nos programas de licenciatura em enfermagem, prevalecendo as abordagens biomédicas e comportamentais. Este facto terá repercussões tanto para os estudantes quanto para as populações que têm acesso aos cuidados de enfermagem.

Conclusão. Os programas de ensino de enfermagem e educadores de enfermagem são enclaves transformadores para a justiça social e uma cultura de paz. Os cuidados de enfermagem devem ser inclusivos e interseccionais, com consciência de classe e raça, e devem reconhecer na prática e no discurso a diversidade das sociedades num quadro de direitos e numa perspectiva de gênero, de modo a não apagar as diferenças assumindo que a ação de saúde é igual para todas as pessoas.

Palavras Chave: Enfermagem, Perspectiva de Gênero, Direitos Humanos, Universidade (DeCS).



Introducción

En este ensayo crítico se pretende analizar la pertinencia e impacto de la transversalización de la perspectiva de derechos humanos y el género como categorías críticas en las Licenciaturas en Enfermería, tomando como *proxy* las mallas curriculares y/o unidades de aprendizajes disciplinares. Al mismo tiempo que, se plantea la relevancia de construir un piso ético y político desde los programas educativos de Enfermería, partiendo de la idea de que estos a su vez, son posicionamientos colectivos y transformadores para reducir/eliminar las inequidades sociales y de salud que se construyen a través de la práctica de enfermería en entornos reales. Se irá gestando un texto imbricado con reflexiones personales que parten de un lugar de enunciamiento como enfermera-latina-feminista-interseccional-académica-activista; que pretende, además hablar sobre los impactos que podría o no tener dicha transversalización en los procesos reales de salud en los que interviene la enfermería en sus diferentes ámbitos. Este texto no tiene como fin dar respuestas lineales o absolutas, pero sí, producir sentires-pensares, cuestionamientos e incomodidades entre las personas lectoras; de esas que te invitan a seguir averiguando. Culmino el texto aportando algunas recomendaciones para la acción y compartiendo una definición de cuidado de Enfermería como resultado de este análisis que, aunque considero personal, espero que también sea colectivo y político. A partir de esto, es necesario primero discutir sobre quién es la Enfermería y cómo se ha transformado, cuáles son sus objetivos medulares, cómo se presenta la perspectiva de derechos humanos y de género y finalmente, cuáles son las áreas de oportunidad y primeras propuestas para lograr su transversalización en los programas educativos de Licenciatura en Enfermería.

Contenido

La Enfermería ha sido definida de muchas formas a lo largo de la historia, no siempre como una profesión y/o disciplina. En sus inicios se le reconoció como oficio, después transitó a grado técnico y profesión. La historia en México da cuenta que sus primeros indicios dentro de la educación formal empezaron en 1831 con las Escuelas de Partería (Zepeda, 2024). La Enfermería en el país es relativamente una profesión joven, y no se logró su reconocimiento como Licenciatura hasta 2002 en el periodo presidencial de Vicente Fox Quezada ¡171 años después de la instalación de la primera Escuela de Partería! Mientras que, en contextos del norte global ya se le reconocía como Licenciatura y se ofertaban adicionalmente, maestrías y doctorados. No fue hasta el año 2023 que se da la firma histórica entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social para reconocerla como Licenciatura, ya que hasta ese momento, las personas con el grado académico de Licenciatura, eran independientemente reconocidas como técnicas en enfermería (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2023).



Lo que si es cierto es que, mientras que las primeras etapas de la Enfermería estuvieron orientadas más al cuidado asistencial, la llegada de la Licenciatura fue empujando-obligando a la Enfermería a crear un cuerpo propio de conocimientos mediante la investigación para la toma de decisiones en el ámbito clínico, administrativo, docente, comunitario y de gestión. También es importante reconocer que, estas transiciones están atravesadas por los contextos socio-temporales, históricos, geográficos y políticos que obligaron a resignificar a la Enfermería en una simbiosis desde adentro y afuera. Desde ahí, (re)definir a quienes encarnamos la profesión y quienes desde afuera construyen una percepción sobre quiénes somos la Enfermería y/o como deberíamos de ser, a qué deberíamos de tener acceso, a qué deberíamos de dar respuesta y qué merecemos; eso también incluye el valor que tienen las actividades que realizamos, tanto a nivel simbólico como remunerado.

Al considerar este camino histórico de idas y venidas —demasiado abreviado por cierto, me salté a las revolucionarias, las monjas y muy a propósito a Nightingale porque merece un ensayo desarmador propio desde la clase y la raza— hay un concepto que se reconoce como central desde el nacimiento académico de la Enfermería, independientemente del contexto y temporalidad, *el cuidado*. Este concepto se ha transformado a partir de las transiciones históricas-políticas e inevitablemente con relación a las agendas de políticas públicas globales, de las modificaciones al propio concepto de salud, e implicando un cuidado cada vez más especializado y diversificado, pero no por ello, menos precarizado. Al mismo tiempo, esas transformaciones han dictado el rumbo de la Enfermería siendo evidente en las creaciones-modificaciones de los planes de estudios y que se basan usualmente en el panorama epidemiológico, político y social.

En ese sentido, muchos esfuerzos se han puesto en definir y redefinir conceptualmente a la Enfermería y el cuidado, porque ha quedado claro en este intento de caracterizar y asignar atributos diferenciadores a la profesión, que es imprescindible demarcarla de otras profesiones de la salud, identificar su contribución específica a los procesos de salud, su campo propio de acción, construir un cuerpo de conocimientos, y gestar estudiantes de Enfermería competentes; y con ello, justificar su independencia profesional y actuación multidisciplinar. Entonces, la persona que culmina la carrera en Enfermería debe ser, en teoría, competente para desarrollar actividades de Enfermería comunitaria, docente, administrativa, de gestión, asistencial, de investigación, y ahora también de emprendimiento.

Estas competencias frecuentemente entran en crisis, la más reciente a partir de la Agenda de Objetivos de Desarrollo del Milenio, donde se visibilizó la necesidad de incorporar una agenda común entre los Estados-Nación que partiera desde los derechos humanos y ampliar la visión de salud pública. Dicha estrategia, se renovó en 2015 mediante la Agenda 2030 con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sumando 9 objetivos más, y con un llamado urgente a adoptar perspectivas de derechos en las políticas públicas de los Estados-Nación y a transversalizar el género como una categoría



crítica para dar cuenta de las desigualdades político-sociales que se entretajan en las comunidades (Organización de las Naciones Unidas, [ONU], 2015).

De tal forma que, el Modelo de Determinantes Sociales y de Salud nace a partir de esta “nueva” visión (Organización Panamericana de la Salud, s. f.) y desde este punto en México, los Planes Nacionales de Desarrollo, los Programas Sectoriales de Salud (federal y estatales) y los Programas de Acción Específica, han incorporado en sus indicadores la perspectiva de género (Plan Nacional de Desarrollo, 2019; Programa Sectorial de Salud, 2020; Secretaría de Salud, 2020). Aquí, se hace más evidente el salto del género como elemento teórico a herramienta práctica, metodológica y política, y también que la perspectiva de género deviene a su vez de una mirada de derechos humanos.

En virtud de lo anterior, algo que ha caracterizado a las universidades públicas desde su autonomía jurídica y constitucional -esperemos que así siga-, es el cumplimiento en el rol educativo para coadyuvar al logro de las agendas de política pública nacional y locales, mediante la formación de profesionales competentes. Una salud que sería complicada de alcanzar, más de lo que ya es, sin los esfuerzos que implica dar respuesta a las necesidades cambiantes de las sociedades a partir de los programas educativos. En ese sentido, se ha visto un incremento-visibilización de las narrativas universitarias sobre la transversalización de la perspectiva de derechos humanos y género en sus planes de desarrollo y acciones, incorporándose la cultura de paz y no violencia como uno de los resultados finales.

Y así, con la Agenda 2030 pisándonos los talones y en compañía del Modelo de Determinantes Sociales y de Salud, se apela a una visión donde la enfermedad ya no solo es un proceso antecedido/construido únicamente de las conductas de salud ejercidas (o no), lo que se conoce como el enfoque biomédico-conductual o de riesgo; sino que se entiende, que los procesos de salud se construyen a partir de la intersección de múltiples determinantes de salud, como la economía del país, el financiamiento para programas de salud, el propio sistema de salud donde ejercemos y al que accedemos en calidad de personas usuarias, el cambio climático, la violencia, el acceso a energías no contaminantes, la equidad de género (el género como sistema de opresión), la justicia y principalmente la clase y la raza que van a impactar el acceso a todo lo anterior.

Este marco, dentro del contexto latinoamericano, permite reflexionar que, la salud es un proceso dialéctico, pero no causal entre el derecho y el acceso a la salud, así como la responsabilidad del Estado para garantizarlo. Es justo en este escenario que, también se ha puesto a crítica y bajo la lupa, los papeles que jugamos las personas profesionales de Enfermería en la construcción de los procesos de salud como parte clave del sistema sanitario y como poseedoras de poder en la toma de decisiones y su acceso o no de las sociedades-comunidades, y cómo lo estamos haciendo, desde dónde construimos este marco ético-epistémico para la práctica: ¿desde la educación?



Entonces inevitablemente y a propósito, el género y las agendas basadas en derechos, traen consigo una perspectiva de raza y clase, como dice Dahlia de la Cerda (2024): “Los derechos son derechos, eso nadie lo discute, pero para acceder a ellos se necesitan privilegios de clase y raza” (p. 19). Esta premisa, no quiere decir otra cosa que la salud involucra procesos y experiencias determinadas por el poder adquisitivo de las personas y su estatus racial en la sociedad —y todo lo que significa— a pesar de ser un derecho humano. Si hacemos un análisis de las poblaciones menos favorecidas en temas de salud, justicia, economía, etc., hay una probabilidad alta de encontrar a personas pobres, indígenas, racializadas, viviendo en áreas rurales y al sur geográfico.

Estos cambios a los que nos obliga pensar el género y los derechos humanos, aún no están integrados en la mayoría de los programas educativos en Enfermería. Prevalece un enfoque biomédico y conductual, que ya desde la antropología y sociología de la salud han hecho saber sus costos, como acrecentar las brechas e inequidades a partir de detonar procesos de estigma y discriminación en poblaciones con conductas de salud que se consideran “de riesgo”, y a partir de aquí decidir qué vidas valen más, que vidas merecen inversión y acción en salud. Por ejemplo, es incongruente pensar que vivir con el VIH, diabetes, consumir drogas, son problemas de salud producto de decisiones únicamente individuales y “que le hagan como puedan”, “que le echen ganitas”.

El ejemplo del consumo de drogas es ideal para profundizar en este punto, porque llega justo en una crisis humanitaria y de derechos humanos que ha detonado el nuevo gobierno de Estados Unidos de América (EE. UU.) y que ha impacto de forma directa al contexto latinoamericano. El consumo de drogas ha cobrado visibilidad a partir de la aparición-incremento del consumo de fentanilo en la frontera norte de México, específicamente en Baja California y Chihuahua. Así como de los efectos del trasiego de drogas; a pesar de la complejidad del fenómeno, el enfoque recae en prevenir el consumo, en el prohibicionismo —como si eso resolviera algo— en las consecuencias penales y de salud, pero no se habla de trabajar sobre los determinantes que construyen el fenómeno de consumo de drogas, visibilizando la responsabilidad de los Estados-Nación, de las propias instituciones y de las nuestras como profesionales en Enfermería.

En ese discurso falta hablar de los derechos de las personas que consumen. ¡Sí!, las personas que consumen drogas tienen derechos, tienen un discurso propio y una postura que no se anula por el hecho de consumir sustancias. Esos derechos incluyen el acceso a salas de inyección e inhalación segura, Narcan y Naloxona, intercambio de jeringas, que por cierto tienen bastante evidencia científica que las respalda como acciones de reducción de daños y que existen profesionales en Enfermería liderando dichas estrategias en Canadá y en EE. UU. Además, en México y Colombia se han encaminado en la apertura de dichas salas (Harm Reduction Nurses Association, 2025). Si hay demanda, oferta y consumo de drogas, entonces es un problema de salud pública y no un tema individual,



y eso lleva a replantear las preguntas y el lugar desde dónde estamos formulando los programas educativos en Enfermería y cómo estamos dando respuesta a las necesidades sociales más allá de lo conductual.

A partir de ahí se puede decir que los contenidos de algunas asignaturas, especialmente el de las Enfermería, se encuentran desfasadas de las agendas de política pública y la vida cotidiana de la población, pero sobre todo de los derechos humanos y el género como categorías, sí teóricas, pero también críticas y prácticas. Estos sesgos se pueden palpar; por ejemplo, en las asignaturas de Enfermería dirigidas a la salud pública, niñeces y adolescencias, donde prevalece un enfoque adulto-centrista que perpetúa la visión de la imposibilidad e incapacidad de las niñeces y adolescencias de tomar decisiones desde su autonomía reproductiva, que si bien es progresiva, se debe respetar. Se habla generalmente de adolescencias heteronormadas y neurotípicas, y se borra a las neurodivergentes, a las sexualmente diversas, a las denominadas minorías.

En este sentido, en el contexto mexicano la NOM-046-SSA2-2005 (2016) y NOM-047-SSA2-2015 (2015) son normas oficiales de observancia para todo el territorio nacional y de conocimiento obligado para todas las personas que ejercen alguna profesión en salud, aquí se resalta el Interés Superior de las Niñas, Niños y Adolescencias para la toma de decisiones en materia de acceso a servicios de salud y aborto. Pero por alguna razón, se piensa que la normativa sobre aborto no se debe enseñar en clase, ni siquiera integrarla en una unidad de aprendizaje y se declara objeción de conciencia, cuando ya la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha recalcado mediante una Acción de Inconstitucionalidad que la objeción sí es un derecho, pero solo para las personas que van a realizar el procedimiento de aborto y tiene límites, por cierto (Expediente 54/2018 Acción de Inconstitucionalidad, 2021). No se objeta conciencia en consulta de Enfermería, ni en los espacios formativos.

Estas situaciones hacen que se vuelva radical la idea de que las adolescencias pueden decidir usar, solicitar y exigir el acceso a métodos anticonceptivos, abortar, y vacunarse contra el VPH sin consentimiento de sus madres y padres. Las adolescencias diversas también son personas y por ende son sujetas de derechos, y eso quiere decir que también deben ser nombradas en nuestros programas educativos. Antes de acabar este párrafo, me gustaría poner sobre la mesa que las personas docentes también vamos a introducir sesgos, tanto en cómo se formulan los programas educativos, el contenido de las unidades de aprendizaje y lo que se decide enseñar en clase, porque finalmente quien materializa la asignatura es la persona docente. La pregunta es ¿cómo hacemos para que docentes enseñen/ formulen discursos basados en derechos humanos y perspectiva de género?

Otro ejemplo que evidencia un área de oportunidad para la transversalización del género y derechos humanos se da en las Enfermería de mujer y personas mayores. Estas categorías críticas van a traer consigo la visibilización de grupos y comunidades vulneradas, como pueden ser las comunidades



LGBTTTIQ, indígenas, migrantes, que entretejen procesos diferenciados y que devienen de las propias identidades sociales de las personas, mismos que se consideran per se, determinantes sociales y de salud. La asignaturas suelen asumir, por ejemplo, asume que las únicas personas con capacidad de parir son mujeres cisgénero heterosexuales, mientras que en la práctica se hace evidente que hay mujeres lesbianas, personas no binarias, queer o de género fluido, así como la posibilidad de que lleguen hombres trans a parir, nos guste o no. Similar pasa en el caso de Enfermería de personas adultas mayores, perpetúan los enfoques patologizantes y se asume que no hay diversidades en esa etapa.

Estas expectativas van a generar complicaciones en la práctica porque el contenido de las unidades no integra esa diversidad de experiencias. Lo que no se nombra no existe. Y justo ahí violentamos el derecho humano de las personas de existir, de acceder a la salud con dignidad y respeto. Esta invisibilización en los programas educativos va creando brechas e inequidades y se crean complicaciones para crear grupos vulnerados o perpetuar su vulneración.

Voy cerrando esta reflexión, reiterando que nos encontramos en una crisis-convulsión de derechos humanos en Latinoamérica y el mundo. El contexto actual en el norte global y en algunos países de América del Sur, nos enseña que no hay que dar por sentado nada y que el retroceso en derechos humanos puede llegar en cualquier momento. Las universidades, los programas educativos, las aulas de clase, estudiantes y docentes, podemos ser la resistencia, ahí también hay espacio para la revolución.

Aquí hay algunas propuestas para seguir reflexionando y accionando en miras de transversalizar la perspectiva de género y los derechos humanos:

- Actualización de los programas educativos transversalizando la perspectiva de género y derechos humanos, a partir de conceptos legales prácticos, como el interés superior de niñas, niños y adolescentes, principio pro persona, principio de no discriminación, principio de igualdad.
- Involucrar a la sociedad civil en la actualización de los programas educativos, ya que representan la primera línea en la defensa de derechos humanos en las realidades comunitarias. Así como a personas académicas expertas en derechos humanos y género.
- Ejercicios personales y grupales para identificar las preconcepciones que como profesionales de enfermería y docentes tenemos en cuanto al género y derechos humanos aterrizados en ejemplos concretos como el acceso a salud de mujeres y hombres trans y otras poblaciones LGBIQ+, aborto, educación sexual, entre otras. Ya que son estas preconcepciones y creencias, las principales barreras para lograr la transversalización del género



y derechos humanos como categorías críticas en las Licenciaturas en Enfermería.

- Desromantizar la profesión de Enfermería y las instituciones de salud, poniendo a crítica-discusión los propios sesgos, límites y tensiones que, como personas en una sociedad dada, construimos desde nuestras experiencias de vida.

Aquí, apuesto a los programas educativos y docentes como enclaves transformadores para abonar a la justicia social y la cultura de paz. Resalto que, en el aula de clase, en la docencia, en los programas educativos, en la universidad, también se construye un discurso político, también se hace incidencia, también se encuentra activismo y también hay resistencia política, o no. De forma consciente, o no, con un riesgo de sesgo altísimo porque queda en manos de lo que las personas que tomamos decisiones consideramos “mejor”.

Conclusión

Concluyo este análisis con una propuesta de una definición del cuidado de enfermería; si bien se habla del cuidado y ahora más recientemente del cuidado humanizado, este cuidado entonces también tendría que ser incluyente e interseccional, con conciencia de clase y raza. El cuidado de enfermería reconoce en lo práctico y discursivo la diversidad de las sociedades en un marco de derechos humanos y desde la perspectiva de género. En ese marco de diversidad, las actividades de cuidado se adecuan a las experiencias de las personas y comunidades, y no borra las diferencias asumiendo que una acción en salud es igual para todas las personas.

Asimismo, estas definiciones de cuidado también deben reflexionar sobre las personas que ejercemos la enfermería, nuestras diversidades y sesgos, porque somos estas personas quienes convertimos lo teórico en real, y entonces la transversalización del género y los derechos humanos nos tiene que atravesar también.

Un cuidado humanizado incluyente, interseccional, con conciencia de raza y clase, va a permitir nombrar a todas las personas frente a mí y diferentes a mí, este de acuerdo o no, sin tratar de imponer mi propia experiencia sobre ellas, reconociendo los privilegios y poder que tengo sobre sus experiencias accediendo a servicios de salud. Este cuidado humanizado y científico, también debe tener consciencia de clase y raza para dejar de decir que la salud es una cuestión de “echarle ganitas”. Este cuidado de Enfermería tiene barrio, porque nace del acompañamiento comunitario y de saber de cara qué es lo que las comunidades-poblaciones tienen que atravesar para acceder a un servicio de salud, o de por qué no llegan o por qué no acceden.



Referencias

- De la Cerda, D. (2024). *Medea me cantó un corrido*. Sexto Piso.
- Harm Reduction Nurses Association [HRNA/AIIRM]. (2025). *HRNA/AIIRM sitio web*. <https://www.hr-na-aiirm.ca/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2023). *Firma histórica entre IMSS y SNTSS para reconocimiento de Licenciatura en Enfermería*. Gobierno de México [Nota de prensa]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202401/006>
- NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. (12 de agosto de 2015). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0
- NORMA Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. (24 de marzo de 2016). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016#gsc.tab=0
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (s. f.). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 23 de octubre de 2023 de: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. (12 de julio de 2019). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Secretaría de Gobernación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0
- PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. (17 de agosto de 2020). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Gobierno de México. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud. (2020). *Programas de Acción Específicos 2020 2024* [Documentos]. Gobierno de México. <http://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>
- Expediente 54/2018 Acción de Inconstitucionalidad. (2021). Suprema Corte de Justicia de la Nación, sesionado el 21 de septiembre de 2021, Ciudad de México, México. <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=238286>
- Zepeda Arias, F. M. (15 de enero de 2024). Reconocimiento a la Licenciatura en Enfermería, una oportunidad del IMSS para mejorar la atención. *Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]*, Gobierno de México [Blog]. <http://www.gob.mx/imss/articulos/reconocimiento-a-la-licenciatura-en-enfermeria-una-oportunidad-del-imss-para-mejorar-la-atencion?idiom=es>