

13

Cuidado Multidisciplinario de la Salud **BUAP**®

Año 7, Número 13 • Diciembre 2025 - Mayo 2026
ISSN: 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

BUAP®



Cuidado multidisciplinario de la salud **BUAP**

Año 7 • Número 13 • Diciembre 2025 a Mayo 2026
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 7, N° 13, Diciembre 2025 a Mayo 2026, 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, Noviembre 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 7 • Número 13 • Diciembre 2025 a Mayo 2026
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 7, N° 13, Diciembre 2025 a Mayo 2026, 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, Noviembre 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 7 • Número 13 • Diciembre 2025 a Mayo 2026
ISSN 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

EDITORIAL

- 5** **Análisis jurídico sobre el acuerdo para la prescripción de medicamentos por profesionales de Enfermería**
Verónica Miriam Barrón-Pérez

INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

- 11** **Escala de envejecimiento activo en personas mayores: adaptación y validación en el contexto mexicano**
Laura Berenice Zorrilla-Martínez, Ana Gabriela Flores-Romo

- 29** **Sobrecarga y depresión del cuidador primario de personas mayores**
Óscar Velázquez-Estévez, Perla Yaneli, Ruiz-Montes,
Ivette Janeth Reveles-Manríquez, Luis Flores-Padilla

- 45** **Vocación del servicio para el cuidado humano en estudiantes de enfermería de una universidad de Puebla, México**
Juan Daniel Suárez-Máximo, Flavio César Esparza-Guajardo, Miriam Cortes-Anaya

EVIDENCIA CIENTÍFICA

- 59** **Intervención de enfermería en terapias de reemplazo renal continuo con tecnologías avanzadas: Revisión Sistemática**
JGomez-Landeros, Jonathan, Nicolás Gómez, Blanca Estela, Sánchez Vargas,
Marcela Marlene, Nicolas Cruz, Erika Jazmín, Taxis Taxis Irma Gloria

ESTUDIO DE CASO Y PROCESO

- 79** **Experiencias de una mujer con cáncer de páncreas: una visión desde enfermería quirúrgica humanizada**
José Luis Loaiza-Guzmán, Estefanía Duarte, Félix Gerardo Buichia-Sombra

COMUNICACIÓN CIENTÍFICA

- 96** **Desafíos legislativos en materia laboral para la Enfermería en México**
Román Vázquez-Ovando

Editorial

Análisis jurídico sobre el acuerdo para la prescripción de medicamentos por profesionales de Enfermería

Barrón-Pérez Verónica Miriam  0009-0008-0526-3308

Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

Doctora en Educación, Licenciada en Derecho, Licenciada en Enfermería.

vbarron_consejeriajuridica@hotmail.com

Recibido: 04 de octubre de 2025. **Aceptado:** 05 de noviembre de 2025.

Introducción

La evolución normativa de la enfermería mexicana ha sido un proceso gradual de profesionalización que responde a las necesidades del sistema de salud y al reconocimiento de las competencias científicas y técnicas del personal de enfermería. El artículo 28 Bis de la Ley General de Salud mediante decreto de fecha cinco de marzo del 2012 formalmente adiciona la facultad de prescripción enfermera como una atribución legítima de quienes cuenten con título y cédula profesional, bajo la regulación de la Secretaría de Salud. Así entonces la prescripción enfermera dejó de ser una práctica implícita o delegada, para convertirse en un acto propio del ejercicio profesional, respaldado por la ley y sujeto a control normativo.

La publicación del Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación el 21 de octubre de 2025 actualizó lineamientos sobre la reglamentación de esta facultad, estableciendo los procedimientos, alcances y responsabilidades asociadas. Este cambio marca un precedente trascendental en el derecho sanitario mexicano: la enfermería asume un rol más activo en la gestión terapéutica, pero también adquiere mayor responsabilidad por los efectos de sus decisiones clínicas. Esta normativa tiene muchas aristas para ser analizada, y los puntos de vista son diversos, pero las implicaciones legales deben ser consideradas, porque se marca históricamente, la admisión en un documento legal del rol ampliado y de la práctica avanzada de enfermería que deben de ser protegidas. Ante este panorama, se presenta el siguiente objetivo: examinar los fundamentos jurídicos, las responsa-

**Cuidado
Multidisciplinario
de la Salud BUAP**



bilidades profesionales y la legitimidad normativa de la prescripción enfermera en México a partir de la entrada en vigor del Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de octubre de 2025, que regula esta facultad. Se busca determinar el alcance jurídico de dicho instrumento, identificar las responsabilidades que emergen de su aplicación y destacar la formación continua como elemento esencial de la seguridad jurídica y técnica en la práctica enfermera.

Análisis jurídico

El derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, fundamenta la creación de políticas públicas y normas que regulan la prestación de servicios sanitarios de calidad. En ese contexto, el artículo 73, otorga al Congreso de la Unión, la facultad para legislar en materia de salubridad general, de donde deriva la emisión de la Ley General de Salud.

El artículo 28 Bis de dicha ley (consultar texto oficial) reconoce la capacidad de las personas licenciadas en enfermería así como los pasantes de enfermería en servicio social para prescribir medicamentos cuando presten su servicio a establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud que brinden servicios de atención primaria, siempre que los insumos estén incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud y se cumpla con los lineamientos expedidos por la Secretaría de Salud. El Acuerdo del 21 de octubre de 2025, publicado en el Diario Oficial de la Federación, se constituye como el instrumento reglamentario que operacionaliza dicha disposición, adquiriendo carácter obligatorio conforme a los artículos 2 y 6 de la Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales, y a los artículos 3 al 9 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, que confieren validez a las disposiciones administrativas de observancia general.

Desde una perspectiva jurídica, este acuerdo no crea nuevos derechos, sino que precisa los alcances y obligaciones de una facultad ya prevista en la Ley General de Salud. En consecuencia, su incumplimiento puede dar lugar a responsabilidades de diversa índole.

En el ámbito civil, los artículos 1910 y 1913 del Código Civil Federal establecen que toda persona que cause daño a otra está obligada a repararlo, sea por dolo, culpa o negligencia. En el contexto sanitario, la prescripción errónea o inadecuada de un medicamento puede generar la obligación de indemnizar los perjuicios ocasionados al paciente o usuario.

En el ámbito penal, los artículos 228 y 229 del Código Penal Federal sancionan la negligencia, imprudencia o impericia en el ejercicio profesional que cause daño a la salud. Si la prescripción enfermera deriva en lesiones o perjuicio grave, el profesional podría ser responsable penalmente, con sanciones que van desde multas hasta privación de libertad, según la gravedad del resultado.



Finalmente, en el ámbito administrativo, la Ley General de Responsabilidades Administrativas dispone en sus artículos 49 a 53 y 78 que constituye falta grave el incumplimiento de las normas que rigen el servicio público, incluye la negligencia, el abuso de funciones y la falta de observancia de disposiciones reglamentarias. En el caso del profesional de enfermería que labora en instituciones públicas, el incumplimiento de los lineamientos del Acuerdo puede derivar en sanciones disciplinarias o inhabilitación temporal.

En conjunto, estas tres dimensiones de responsabilidad —civil, penal y administrativa—, reafirman que el ejercicio de la prescripción enfermera es una facultad legítima, pero también una obligación profesional que debe realizarse dentro de los límites normativos, éticos y técnicos. La formación y actualización permanente son, por tanto, componentes esenciales de la diligencia exigida al profesional de enfermería, para garantizar la protección del paciente y la integridad de la práctica sanitaria.

Rol Ampliado y Enfermería de Práctica avanzada

La actualización de la prescripción enfermera en México, mediante el Acuerdo del 21 de octubre de 2025, representa un hito jurídico en la consolidación de la autonomía profesional de la enfermería. Este avance otorga certeza normativa al ejercicio de una facultad que históricamente se realizaba de manera limitada o indirecta, y fortalece el papel de la enfermería dentro del sistema de salud nacional. Es importante señalar que, en dicho acuerdo en sus disposiciones generales establece de manera clara que las licenciadas en enfermería podrán prescribir medicamentos cuando presten su servicio a establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud que brinden servicios de atención primaria de salud, incluyendo unidades móviles, brigadas, programas sociales y comunitarios. Podrán prescribir medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud de acuerdo con la modalidad de prescripción establecida; además, incluye la incorporación de los nuevos perfiles profesionales en enfermería, la Enfermería de Rol Ampliado (ERA) y la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), que representan una estrategia progresiva y jurídicamente fundamentada para fortalecer el primer nivel de atención dentro del Sistema Nacional de Salud. Por un lado, el perfil de la ERA tiene como propósito inmediato ampliar el acceso y la cobertura en la atención primaria, especialmente en contextos comunitarios y de continuidad de cuidados que son ejercidas por las enfermeras con licenciatura. Por otro lado, la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) se erige con atribuciones clínicas, diagnósticas y prescriptivas sustentadas en competencias altamente especializadas y que son ejercidas por enfermeras con posgrado. La implementación de estas dos connotaciones no sólo transforma el modelo de atención hacia un enfoque más resolutivo y centrado



en la comunidad, sino que responde a compromisos internacionales asumidos por el Estado Mexicano, tales como los postulados del Convenio 149 de la Organización Internacional del Trabajo y los principios rectores de la Atención Primaria de Salud de la OMS, mismos que se asumen en la EPA de los EE. UU. Desde hace más de 50 años, que bien podrían retomarse como una enfermería comparada para fortalecer desde lo legal la práctica independiente que representa tanto la ERA como la EPA. Ambos perfiles no sólo refuerzan el principio de progresividad de los derechos laborales y profesionales de las enfermeras, sino que permiten avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, accesible y eficiente, con base en estándares internacionales, principios constitucionales y el mandato de transformación del modelo de atención en México.

No obstante, esta legitimidad normativa conlleva una mayor responsabilidad profesional. El cumplimiento estricto de las leyes y lineamientos que regulan la prescripción es indispensable para evitar consecuencias jurídicas adversas. El ejercicio responsable, sustentado en la ética, en evidencia científica, así como capacitación continua constituye la base de la confianza pública y del fortalecimiento de la enfermería mexicana.

Consideraciones finales

La prescripción enfermera surge de la necesidad de salud pública desde hace más de doce años. De este modo, la evolución normativa que hoy consagra la prescripción y los perfiles como la ERA y la EPA es una respuesta jurídica y técnica a una demanda de salud pública existente que prioriza el cuidado salutogénico sobre lo patogénico; es decir, se retoma realmente la prevención sobre la curación y la rehabilitación para mejorar el primer nivel de atención y desaturar la hospitalización. Sin embargo, es imperativo que el profesional de enfermería esté consciente que no solo puede, sino que tiene la obligación de prescribir medicamentos, y que debe de ser una herramienta más, que no obnuble la prescripción cuidados, que es la base de la profesión que no está exenta de las exigencias civiles, penales y administrativas.

La actualización al artículo, representa la integración de los determinantes sociales, en donde se reconoce que la salud, no solo depende de la atención médica tradicional, sino también de un enfoque integral y preventivo que las nuevas figuras de enfermería pueden implementar con sustento legal; es así que, más de 170 mil enfermeras que pueden ejercer un rol ampliado y más de 35 mil la práctica avanzada de acuerdo a los datos del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería (SIARHE), fuerza laboral que fortalece el sistema de salud mexicano. En definitiva, no sólo se moderniza el sistema de salud, sino que también lo armoniza con los principios de equidad, justicia social y el derecho a la salud establecido en el cuarto constitucional.



Conclusión

La prescripción enfermera es un acto jurídico que fue actualizado y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de octubre de 2025; por lo tanto, es válido, autónomo, regulado y obligatorio para ejercer conforme a criterios científicos, técnicos y éticos, y como efecto jurídico, aumenta la responsabilidad legal y la exigibilidad jurídica. Ante este panorama, podemos afirmar que, a mayor reconocimiento normativo para enfermería, mayor exigencia profesional, premisa que revolucionará las diversas mallas curriculares de enfermería en las instituciones de educación superior del país para consolidar el empoderamiento en la prescripción farmacológica, normativa que se espera, no minimice la prescripción de los cuidados, todas estas situaciones del ejercicio profesional conllevan obligaciones y derechos, que no los exime de las sanciones civil, penal y administrativa.

Referencias

- Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establece la clasificación y prescripción de los productos farmacéuticos veterinarios por el nivel de riesgo de sus ingredientes activos (05 de marzo de 2012). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/211450/ACUERDO_por_el_que_se_modifica_el_diverso_por_el_que_se_establece_la_clasificaci_n_y_prescripci_n_de_los_productos_farmac_uticos_veterinarios_por_el_nivel_de_riesgo_de_sus_ingredientes_activos.pdf
- ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos que determinan el procedimiento y los criterios para la prescripción de medicamentos por personal de enfermería. (25 de octubre de 2025). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5770458&fecha=21/10/2025#gsc.tab=0
- Código Civil Federal. (2024). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2_010924.pdf
- Código Penal Federal. (2024). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_010924.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2025). Diario Oficial de la Federación [DOF]. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- DECRETO por el que se adiciona un artículo 28 Bis a la Ley General de Salud. (05 de marzo de 2012). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/decreto_adicion_art28bis.pdf



- Fernández-Sánchez, H., Landeros-Olvera, E., Flores-Melgarejo, C., Zapién-Vázquez, M. A. (2025). Recomendaciones para la formación de profesionales en enfermería de práctica avanzada en México. *Revista Enfermería Universitaria*, 20(1). <https://doi.org/10.22201/feno.23958421e.2023.1.1481>
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo. (2024). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/106_210623.pdf
- Ley General de Responsabilidades Administrativas. (2024). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGRA.pdf>
- Ley General de Salud. (2024). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de noviembre de 2023.). *Atención primaria de salud* [nota descriptiva]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. (Noviembre de 2025). *Registro nacional de datos por nivel académico México*. Gobierno de México. http://apps.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recursos&_Id=3

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/>



**Escala de envejecimiento activo en personas mayores:
adaptación y validación en el contexto mexicano
Active aging scale in older adults:
adaptation and validation in the mexican context
Escala de envelhecimento ativo em idosos:
adaptação e validação no contexto mexicano**

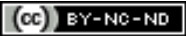
***Zorrilla-Martínez, Laura Berenice**  0003-1322-2326

Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas”,
Zacatecas, México. Doctora en Bioética. *Autor corresponsal.
berenice_zorrilla@uaz.edu.mx

Flores-Romo, Ana Gabriela  0002-4865-4519

Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas”,
Zacatecas, México. Doctora en Bioética, especialista en Gerontología.
floresromo.ag@uaz.edu.mx

Recibido: 17 de marzo de 2025. **Aceptado:** 17 de octubre 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 escala de envejecimiento activo ha demostrado niveles adecuados de validez y factibilidad en España, la revisión de literatura en México no muestra instrumentos que evalúen el constructo en el país.

Objetivo. Adaptar y validar la Escala de envejecimiento activo en personas mayores mexicanas.

Metodología. Estudio de proceso con seis etapas de validación, muestreo por conveniencia, se seleccionaron 300 personas mayores que acudían a una clínica de primer nivel de atención pública en Zacatecas, México.



Resultados. La versión final de la escala se encuentra constituida por cuatro factores distribuidos en 23 ítems (Apoyo Afectivo y Bienestar Personal y Emocional, Control de la Salud y Autonomía Personal, Seguridad Económica y Actitud Prosocial) con una consistencia global alfa de Cronbach de .87. El análisis factorial exploratorio mostró una estructura de los cuatro factores $KMO > .7$, Bartlett = .83, el análisis factorial confirmatorio mostró ajuste adecuado de los datos a la estructura propuesta en cuatro factores: $\omega = .73$, $\omega = .80$, $\omega = .72$ y $\omega = .73$ respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre los cuatro factores contrario al instrumento original, se encontró el factor de seguridad económica con media mayor y el factor actitud prosocial con media menor, al comparar los cuatro factores por edad, estado civil y escolaridad los participantes reportaron medias mayores.

Conclusión. El instrumento mostró una consistencia interna adecuada en los cuatro factores y confiabilidad aceptable para medir el envejecimiento activo en personas mayores mexicanas.

Palabras clave: Persona mayor; Envejecimiento Activo; Estudio de Validación (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. The active aging scale has demonstrated adequate levels of validity and feasibility in Spain; a literature review in Mexico reveals no instruments that assess the construct in the country.

Objective. To adapt and validate the active aging scale in Mexican seniors.

Methodology. Process study with six stages of validation, convenience sampling, 300 elderly people who attended a first-level public care clinic in Zacatecas, Mexico were selected.

Results. The final version of the scale is made up of four factors distributed in 23 items (Affective Support and Personal and Emotional Well-being, Health Control and Personal Autonomy, Economic Security and Prosocial Attitude) with a global consistency Cronbach's alpha of .87. Exploratory factor analysis showed a 4-factor structure $KMO > .7$, Bartlett = .83, confirmatory factor analysis showed adequate fit of the data to the proposed structure in four factors: $\omega = .73$, $\omega = .80$, $\omega = .72$, and $\omega = .73$ respectively. No significant differences were found between the four factors contrary to the original instrument, the economic security factor was found with a higher mean and the prosocial attitude factor with a lower mean, when comparing the four factors by age, marital status and education, participants reported higher means.

Conclusion. The instrument showed adequate internal consistency in the four factors and acceptable reliability to measure active aging in Mexican older people.

Keywords: Elderly Person; Active Aging; Validation Study (MeSH).



RESUMO

Introdução. A Escala de Envelhecimento Ativo demonstrou níveis adequados de validade e viabilidade na Espanha; uma revisão de literatura no México não revela instrumentos que avaliem o construto no país.

Objetivo. Adaptar e validar a Escala de Envelhecimento Ativo em pessoa idosa.

Metodologia. Estudo de processo com seis etapas de validação, amostragem por conveniência, foram selecionados 300 pessoa idosa atendidos em uma clínica pública de atenção primária em Zacatecas, México.

Resultados. A versão final da escala é composta por quatro fatores distribuídos em 23 itens (Apoio Afetivo e Bem-estar Pessoal e Emocional, Controle da Saúde e Autonomia Pessoal, Segurança Económica e Atitude Pró-social) com consistência global alfa de Cronbach de .87. A análise fatorial exploratória mostrou uma estrutura de quatro fatores $KMO > .7$, Bartlett = .83, a análise fatorial confirmatória mostrou ajuste adequado dos dados à estrutura proposta em 4 fatores: $\omega = .73$, $\omega = .80$, $\omega = .72$ e $\omega = .73$, respectivamente, não foram encontradas diferenças significativas entre os quatro fatores, ao contrário do instrumento original, o fator segurança econômica foi encontrado com uma média maior e o fator atitude pró-social com uma média menor, ao comparar os quatro fatores por idade, estado civil e educação, os participantes relataram médias mais altas.

Conclusão. O instrumento apresentou consistência interna adequada nos quatro fatores e confiabilidade aceitável para medir o envelhecimento ativo em idosos mexicanos.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Envelhecimento Ativo; Estudo de Validação (DeCS).

Introducción

Debido a la transición demográfica y el incremento de la esperanza de vida, la población de personas mayores mexicanas (60 o más años) ha aumentado considerablemente (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2024), según cifras del Instituto Nacional de Personas Mayores (INAPAM, 2024) dicho grupo etario representa el 12 % de la población del país.

De acuerdo con Favela y Castro (2024), el envejecimiento es un proceso gradual e irreversible que inicia desde la concepción, se transforma de acuerdo a los sucesos históricos, culturales y condiciones socioeconómicas, genera cambios en el individuo y se asocia a pérdidas sociales, económicas y de salud. En este proceso, las personas mayores cuentan con derechos y puede ser capaz de participar en procesos de organización comunitaria aplicando sus saberes en proyectos sociales (Aldana y García, 2022) al mantener un envejecimiento activo (EA), situación que representa un reto



de salud pública, dado que, las personas mayores pueden desarrollar estrategias efectivas para prevenir o retrasar el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas y discapacidades físicas (Palacios, 2024).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) propone al EA como una política de inclusión y participación para atender las necesidades de la población, con el fin de mejorar la calidad de vida al considerar factores personales, ambientales y sociales. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) propone cuatro líneas de acción para lograr un EA: 1. Cambiar la forma en que la sociedad percibe, siente y actúa respecto al envejecimiento, 2. Asegurar la participación comunitaria, 3. Fomentar la capacidad funcional de los adultos mayores, y 4. Ofrecer atención integral a dicho sector poblacional; bajo estas líneas, las personas mayores tienen una participación activa (Martin-Quintana *et al.*, 2020).

De acuerdo con los hallazgos de la literatura en Latinoamérica, en las bases de datos se encontró una incipiente producción científica sobre el EA en comparación al continente europeo. Algunos estudios sugieren la necesidad de utilizar métodos mixtos, la necesidad de llevar a cabo estudios longitudinales acompañados de la perspectiva del curso de vida de las personas mayores, así como el desarrollo de instrumentos de medición del concepto EA (Favela y Castro, 2024).

Asimismo, los estudios revisados se enfocan en las transiciones laborales (Maza y Fernández, 2025), la necesidad de espacios culturales y sociales para la senectud y un cambio de paradigma de la vejez, de ahí la necesidad de introducir el término de EA, el cual denota identificar a la vejez como una etapa de crecimiento personal más que una etapa de deterioro (Hernández y Toney, 2020; Vergara, *et al.*, 2024). En el contexto mexicano, la situación no es diferente, se denota que el estudio del EA ha sido insuficiente (Brown y Nava, 2024; Góngora y Sánchez, 2022; Hernández y Toney, 2020; Maza y Fernández, 2025; Vergara, *et al.*, 2024; Zárate y Caldera, 2021).

La mayoría de las investigaciones se enfocan en la importancia de actividad física, autocuidado en hombres y alimentación digna; en ese sentido, sobresale la profesión de enfermería, disciplina que se caracteriza por ofrecer cuidados enfocados en la persona como un ser bio-psico-social, por lo que es importante fomentar el autocuidado en personas mayores para modificar la concepción de envejecimiento como un proceso gradual de pérdidas irreversibles. Sin embargo, en el contexto mexicano, no se utiliza ninguna escala de medición de EA. solo se mencionan factores relacionados al envejecimiento de manera general, por lo cual se consideró que existe un vacío de conocimientos. Por lo antes descrito el objetivo del presente estudio fue adaptar y validar la escala de envejecimiento activo en personas mayores mexicanas.



Metodología

El diseño metodológico fue de proceso, adaptado en seis etapas, de acuerdo a la propuesta de Landeros *et al.* (2023): adaptación semántica, validez facial por técnica de jueces, corrección de estilo, prueba piloto, propiedades psicométricas y prueba final. El estudio contó con aprobación del Comité de Investigación (COFEPRIS-19-CI-32-056-045) de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas” con el no. de registro CI-UAE-13-2024 y con el dictamen aprobatorio del Comité de Ética en investigación (CONBIOETICA-32-CEI-002-20220328) con no. de registro CEI-UAMHyCS-19-2024.

Resultados

Primera etapa. Adaptación semántica (primera versión de la escala): Se solicitó autorización a los autores de la escala original española de Martín-Quintana *et al.* (2020) para someterla al proceso de adaptación y validación en el contexto mexicano de acuerdo a las recomendaciones de Hernández *et al.* (2020) y Landeros *et al.* (2023). Dado que el instrumento original se encontraba en idioma español, no hubo necesidad de realizar una traducción; sin embargo, la escala fue adaptada para el contexto de población española, se revisó la congruencia al contexto cultural mexicano.

Como resultado para mejorar la comprensión de las personas mayores mexicanas, se realizaron modificaciones en los siguientes reactivos: la frase “en qué medida” se cambió por “en las últimas semanas” en los reactivos 1, 8, 10, en los reactivos 2 y 17 se omitió la frase “en qué medida” por “usted cuenta con”, en el reactivo 9 se omitió la frase en “qué medida” por “con qué frecuencia”, en el reactivo 12 se omitió la frase “con que regularidad” por la frase “con qué frecuencia”, además se colocó la puntuación en escala Tipo Likert en las opciones de respuesta para ser visibles por el aplicador del instrumento. En la **Tabla 1** se muestra los ítems modificados de la versión original aplicada en población española y la adaptación cultural, después del análisis de los jueces expertos y la corrección de estilo.

Segunda etapa. Validez facial por técnica de jueces (segunda versión de la escala): Se sometió a evaluación y juicio por cuatro expertos en áreas de conocimiento de: gerontología, ciencias de enfermería, psicología y un experto lingüista, seleccionados por su conocimiento teórico y práctico, quienes evaluaron la calidad, pertinencia y claridad de los ítems, se llevaron a cabo dos fases. En la primera fase denominada fase cuantitativa, se colocó escala tipo Likert a cada ítem para ser evaluado de manera individual desde 0 = no existe relación, 1 = indeciso, 2 = baja relación, 3 = ítem relacionado, pero requiere revisión, 4 = alta relación. Los jueces emitieron un dictamen y se calculó de acuerdo con Landeros *et al.*, (2023) el Índice de Validez por ítem (IV_{VI} = 3.6), Criterio de Validez (CV = 15.65 %) e índice de Validez de Contenido (IVC = 6.78). Con el fin de mejorar la comprensión y eliminar ambigüedades de cada ítem, en la segunda fase llamada cualitativa se revisaron y discutieron las sugerencias de cada juez por los autores del estudio, considerando la literatura revisada en el contexto



de la población donde sería aplicada la escala.

Tercera etapa. Corrección de estilo (tercera versión de la escala): Los dictámenes de los expertos fueron revisados por un experto lingüista certificado en el idioma español, quien verificó la sintaxis y sentido de cada ítem y se realizaron las modificaciones correspondientes en la redacción de 9 ítems (2, 3, 8, 9, 10, 12, 14, 15 y 16) las cuales se detallan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Adaptación lingüística y por expertos de los ítems de la escala de envejecimiento activo en contexto mexicano.

Ítems	Versión española	Adaptación lingüística y por expertos de reactivos en personas mayores mexicanas
2	En qué medida cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede	Usted cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede
3	Se siente satisfecho/a con la manera en que está viviendo su jubilación	Si se encuentra jubilado: se siente satisfecho/a con la manera en que está viviendo su jubilación
8	En qué medida sigue exactamente las indicaciones del médico acerca del uso de la medicación	En las dos últimas semanas ha seguido exactamente las indicaciones del médico acerca del manejo de sus medicamentos
9	En qué medida el transporte que utiliza está disponible, accesible y es adecuado	Con que frecuencia el transporte que utiliza está disponible, accesible y es adecuado
10	En qué medida se siente solo/a	En las dos últimas semanas se ha sentido solo/a
12	Con qué regularidad acude a las visitas establecidas por el médico	Con que frecuencia acude a las visitas establecidas por el médico
14	En qué medida tiene la posibilidad de hablar con alguien sobre sus problemas	Con qué frecuencia tiene la posibilidad de hablar con alguien sobre sus problemas
15	En qué medida recibe muestras de amor y afecto	Con qué frecuencia recibe muestras de amor y afecto
16	En qué medida siente que tiene una buena seguridad económica	Con qué frecuencia considera que tiene una buena seguridad económica

Fuente. Autores versión española: Martin-Quintana et al., (2020).

Cuarta etapa. Prueba piloto. La escala fue autoadministrada en una prueba piloto de 50 personas mayores de 60 a 90 años, sin discapacidades cognitivas o sensoriales que les impidiera contestar adecuadamente. El tiempo de respuesta en esta etapa fue aproximadamente de 20 minutos y no hubo dudas en la comprensión de los ítems, por lo cual no se consideraron modificaciones a la tercera versión de la escala.

Quinta etapa. Propiedades psicométricas (cuarta versión del instrumento): Para validar la escala se realizaron diferentes análisis estadísticos, se determinó la normalidad de la distribución de los datos mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, posteriormente se realizó análisis factorial exploratorio y confirmatorio del instrumento, luego se analizó la fiabilidad de la escala y factores por medio el alfa de Cronbach y finalmente se analizaron diferencias significativas entre los factores de la escala y variables sociodemográficas. Las propiedades psicométricas se presentan a continuación (ver **Tabla 2**).

Tabla 2. Propiedades psicométricas de la Escala de envejecimiento activo.

Concepto psicométrico	Descripción del instrumento
Número total de reactivos	23 ítems
Formato de respuesta	Escala tipo Likert en: 1= Nunca, 2= A veces, 3= Casi siempre, 4= Siempre.
Factores	Cuatro factores: 1. Apoyo Afectivo y Bienestar Personal y Emocional (AABP y E). 2. Control de la Salud Autonomía Personal (CS y AP). 3. Seguridad Económica (SE). 4. Actitud Prosocial (AP).
Valores mínimo y máximo	Global. Valor mínimo 23 puntos, valor máximo 92 puntos. 1. AABP y E. Valor mínimo 7 puntos, valor máximo 28 puntos. 2. CS y AP. Valor mínimo 8 puntos, valor máximo 32 puntos. 3. SE. Valor mínimo 2 puntos, valor máximo 8 puntos. 4. AP. Valor mínimo 6 puntos, máximo 24 puntos.
Puntos de corte	0. Global. -Bajo envejecimiento activo, de 23 a 46 puntos. -Medio envejecimiento activo, de 47 a 69 puntos. -Alto envejecimiento activo, de 70 a 92 puntos. 1. AABP y E. -Bajo envejecimiento activo, de 7 a 14 puntos. -Medio envejecimiento activo, de 15 a 21 puntos. -Alto envejecimiento activo, de 22 a 28 puntos. 2. CS y AP. -Bajo envejecimiento activo, de 8 a 16 puntos. -Medio envejecimiento activo, de 17 a 24 puntos. -Alto envejecimiento activo, de 25 a 32 puntos. 3. SE. -Bajo envejecimiento activo, de 2 a 4 puntos. -Medio envejecimiento activo, de 5 a 6 puntos. -Alto envejecimiento activo, de 7 a 8 puntos. 4. AP -Bajo envejecimiento activo, de 6 a 12 puntos. -Medio envejecimiento activo, de 13 a 18 puntos -Alto envejecimiento activo, de 19 a 24 puntos
Ítems por dimensión	1. AABP y E (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7 y 15) 2. CS y AP (ítems 4, 8, 9, 12, 13, 18, 21 y 23) 3. SE (ítems 11 y 16) 4. AP (ítems 10, 14, 17, 19, 20 y 22)
Alfa de Cronbach	Global (.87) -Factor 1: AABP y E (.74) -Factor 2: CS y AP (.70) -Factor 3:SE (.64) -Factor 4: AP (.68)

Fuente. Autores versión española: Martin-Quintana *et al.*, (2020), autores versión mexicana: Zorrilla-Martínez y Flores-Romo (2025).



Sexta etapa. Prueba final (versión final del instrumento): Para probar las propiedades psicométricas y la estructura interna del del instrumento, se reclutaron a 325 personas mayores de en una institución del sector salud del Estado de Zacatecas, México, bajo un muestreo no aleatorio, por conveniencia, dado que se trataba de una población derechohabiente que acudió a consulta general y de control a una clínica de primer nivel de atención. Se incluyeron personas mayores, que cumplieron con los criterios de selección, se consideró el rango de edad a partir de 60 años y más de acuerdo a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México (14 de junio de 2024). Se seleccionaron personas mayores de ambos sexos, se excluyeron aquellas con discapacidades cognitivas o sensoriales, las que no otorgaran el consentimiento informado. Asimismo, se eliminaron los instrumentos incompletos en su llenado, los contestados por los cuidadores y la participación de personas mayores que ya no quisieron continuar o que tuvieron que interrumpir por el llamado a su consulta programada.

La muestra final fue de 300 personas mayores, el promedio de edad fue $=72.74 \pm 7.48$ años. Como características generales, el 52.8 % de las personas mayores fueron hombres, 63.5 % jubilados, 43.5 % casados, 45.2 % vivían con su cónyuge, 59 % tenían vivienda propia y 53.4 % dependían económicamente de familiares.

Con la muestra recabada, se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de la escala de envejecimiento activo en personas mayores mexicanas, en la cual se mostró un índice KMO de .83 y valores significativos en la prueba de Bartlett ($Chi^2 = 3816.873$, $gl = 253$, $p < .01$), lo cual indica que la escala de envejecimiento activo es factible para continuar con la AFE.

Se extrajeron cuatro factores: 1. Apoyo Afectivo y Bienestar Personal y Emocional (AABPyE), 2. Control de Salud y Autonomía Personal (CSAP), 3. Seguridad Económica (SE) y 4. Actitud Prosocial (AP). El primer factor promedió 1.78 ± 2.28 , varianza común explicada del 13 % y Omega de McDonald $\omega = .73$. El segundo factor promedió 7.04 ± 3.38 , varianza común explicada 13.4 % y Omega de McDonald $\omega = .80$. El tercer factor promedió 6.96 ± 2.74 , varianza común explicada 12.6 % y Omega de McDonald $\omega = .72$. Finalmente, el cuarto factor promedió 2.41 ± 2.66 , varianza explicada 13.4 % y Omega de McDonald $\omega = .73$. Asimismo, los índices de bondad de ajuste fueron adecuados (RMSEA $= .05$, IC 90 % [.04-.08], NFI $= .90$ TLI $= .90$). Para mostrar la distribución factorial de la escala, ver la **Tabla 3**.

Tabla 3. Distribución factorial de la escala de envejecimiento activo versión adaptada.

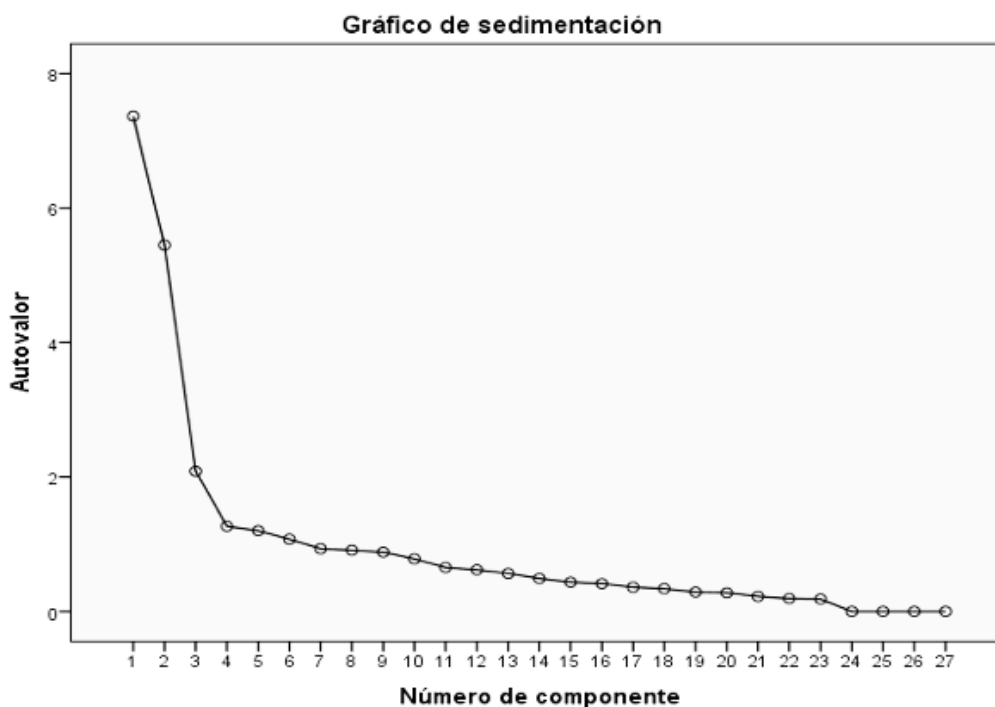
Reactivos de Envejecimiento activo	Cargas factoriales			
	1	2	3	4
Factor 1. AABPyE				
1. En las últimas dos semanas: Ud. se ha sentido bien y contento/a	0.762			
2. Usted cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede	0.739			
3. Si usted se encuentra jubilado Se siente satisfecho/a con la manera en que está viviendo su jubilación	0.645			
5. Con qué frecuencia experimenta emociones positivas (esperanza, optimismo, etc.)	0.601			
6. Recibe visitas de sus amigos y familiares	0.668			
7. Con qué frecuencia visita a sus familiares y amigos	0.640			
15. Con qué frecuencia recibe amor y afecto	0.732			
Factor 2. CSAP				
4. Con qué frecuencia realiza actividades o ejercicio físico (caminar, nadar, gimnasia, ciclismo correr, etc.		0.624		
8. En las dos últimas semanas ha seguido exactamente las indicaciones del médico acerca del manejo de sus medicamentos		0.515		
9. Con que frecuencia el transporte que utiliza está disponible, accesible y es adecuado		0.590		
12. Con que frecuencia acude a las visitas establecidas por el médico		0.735		
13. Con qué frecuencia utiliza el transporte público		0.577		
18. Tiene facilidad para desplazarse hasta cualquier lugar (centro de salud, centros recreativos o culturales, supermercado, banco, etc.)		0.493		
21. En relación a la alimentación, ¿mantiene una dieta sana?		0.603		
Siente seguridad yendo solo/a por calle.		0.463		
Factor 3. SE				
11. Está conforme con los ingresos que obtiene			0.694	
16. Con qué frecuencia considera que tiene una buena seguridad económica			0.628	
Factor 4. AP				
10. En las dos últimas semanas se ha sentido solo/a				0.543
14. Con qué frecuencia tiene la posibilidad de hablar con alguien sobre sus problemas				0.453
17. ¿Realiza voluntariado en alguna institución?				0.624
19. Con qué frecuencia invita a otras personas a salir para distraerse y disfrutar del tiempo libre				0.739
20. Con qué frecuencia se siente satisfecho/a con su estado de salud				0.537
22. Con qué frecuencia recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas				0.537

Fuente. Elaboración propia. Se consideró a los factores con carga >.40



Los cuatro factores explicaron el 56% de la varianza total explicada por lo que se decidió conserva el modelo con estos factores. Paralelamente el gráfico de sedimentación confirmó la estructura de los factores para el envejecimiento activo al igual que la escala original (ver [Figura 1](#)).

Figura 1. Gráfico de sedimentación correspondiente a la escala de envejecimiento activo (versión adaptada en contexto mexicano).



Fuente. Elaboración propia.

Adicionalmente se interpretó la matriz rotada mediante el método priman (Ferrando et al, 2022). El análisis factorial confirmatorio (AFC) se realizó para estimar diferencias mediante el método de factorización de ejes principales, obteniendo Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con valores mayores a 0.7 y los valores de la prueba de Bartlett fueron estadísticamente significativos y resultados similares al AFE, se realizó además contrastes de medias para comprobar si existían diferencias significativas entre los factores y con variables sociodemográficas.



Referente a las medias y desviación típica, la puntuación total de la escala de envejecimiento activo total fue de 57.7 ± 13.3 (valor Mínimo de 27.5 y Máximo de 76.8). Se observó que, por factor, el tercero (SE) obtuvo una media mayor con 59.3 ± 21.9 (valor Mínimo de 1 y Máximo de 100), seguido del segundo factor (CSAP) con una media de 57.9 ± 15.1 (valor Mínimo de 20.8 y Máximo de 87.5), el primer factor (AABPyE) con una media de 57.3 ± 17.1 (valor Mínimo de 14.9 y Máximo de 92.2), y el cuarto factor (AP) con el menor promedio, 57.31 ± 16.7 (valor Mínimo de 22.2 y Máximo de 83.3).

Respecto a la comparación de medias entre los cuatro factores de EA, no se encontraron diferencias entre AABPyE y CSyAP ($t=-.702$, $p=.483$); AABPyE y SE ($t=-1.824$, $p=.609$); AABPyE y AP ($t=.061$, $p=.952$); CSyAP y SE ($t=-1.313$, $p=.190$); SE y AP ($t=1.746$, $p=.082$).

Asimismo, se analizaron las diferencias significativas entre los cuatro factores de la escala de acuerdo a las variables sociodemográficas (edad, género, ocupación, estado civil, con quien vive el adulto mayor, vivienda, dependencia económica y escolaridad) los resultados se presentan a continuación (ver **Tabla 4**).

Tabla 4. Diferencias de factores de envejecimiento activo por características sociodemográficas

Variable	Factor 1 (AABPyE)		Factor 2 (CS y AP)		Factor 3 (SE)		Factor 4 (AP)		Escala total	
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Edad	4.73	.009	2.20	.112	2.02	.133	5.35	.050	5.07	.007
Género	.000	1.00	.113	.737	.849	.358	.012	.911	.052	.820
Ocupación	.113	.893	2.20	.133	.839	.433	.119	.888	.687	.504
Estado civil	3.17	.024	2.80	.040	1.19	.313	4.20	.006	4.37	.005
Con quien vive	.197	.821	.067	.936	1.46	.233	.296	.744	.049	.952
Situación de vivienda	6.64	.010	3.13	.078	2.41	.121	10.0	.002	8.83	.003
Dependencia económica	11.3	.001	3.07	.080	2.97	.085	.925	.337	6.58	.011
Escolaridad	3.83	.009	5.36	.001	5.54	.001	11.1	.001	9.06	.001

Fuente: Elaboración propia, *F*=análisis de varianza de un factor ANOVA, *p*=significancia, *n*=300.



Se observa que por edad y la situación de la vivienda, tuvieron diferencias estadísticamente significativas con el primer y cuarto factor y con la escala total. Respecto al estado civil de los participantes hubo significancia con todos los factores y la escala total, excepto con el tercer factor. La dependencia económica presentó significancia estadística con el primer factor y la escala total. La escolaridad presentó significancia estadística con todos los factores y la escala total. Finalmente, se observa que, por género, ocupación y la variable con quien viven las personas mayores, no presentaron diferencias significativas. Derivado de las seis etapas de validación, a continuación, se presenta la versión final de la Escala de envejecimiento activo adaptada en personas mayores mexicanas (Ver **Tabla 5**).

Tabla 5. Versión final de la Escala de envejecimiento activo adaptada en personas mayores mexicanas.

Escala de Envejecimiento Activo (Zorrilla-Martínez y Flores-Romo, 2025)
1. En las últimas dos semanas: Usted se ha sentido bien y contento/a
2. Usted cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede
3. Si se encuentra jubilado: se siente satisfecho/a con la manera en que está viviendo su jubilación
4. Con qué frecuencia realiza actividades o ejercicio físico (caminar, nadar, gimnasia, ciclismo correr, etc.)
5. Con qué frecuencia experimenta emociones positivas (esperanza, optimismo, etc.)
6. Recibe visitas de sus amigos y familiares
7. Con qué frecuencia visita a sus familiares y Amigos
8. En las dos últimas semanas ha seguido exactamente las indicaciones del médico acerca del manejo de sus medicamentos
9. Con que frecuencia el transporte que utiliza está disponible, accesible y es adecuado
10. En las dos últimas semanas se ha sentido solo/a
11. Está conforme con los ingresos que obtiene
12. Con que frecuencia acude a las visitas establecidas por el médico
13. Con qué frecuencia utiliza el transporte público
14. Con qué frecuencia tiene la posibilidad de hablar con alguien sobre sus problemas
15. Con qué frecuencia recibe muestras de amor y afecto
16. Con qué frecuencia considera que tiene una buena seguridad económica
17. ¿Realiza voluntariado en alguna institución?
18. Tiene facilidad para desplazarse hasta cualquier lugar (centro de salud, centros recreativos o culturales, supermercado, banco, etc.)
19. Con qué frecuencia invita a otras personas a salir para distraerse y disfrutar del tiempo libre
20. Con qué frecuencia se siente satisfecho/a con su estado de salud
21. En relación a la alimentación, ¿mantiene una dieta sana?
22. Con qué frecuencia recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas
23. Siente seguridad yendo solo/a por calle.

Fuente. Adaptación derivada de la versión española de Martin-Quintana et al. (2020). Formato de respuesta tipo Likert: 1. Nunca, 2. A veces, 3. Casi siempre y 4. Siempre.



Discusión

El objetivo del estudio fue adaptar y validar la Escala de envejecimiento activo en personas mayores mexicanas. La versión final de la escala se encuentra constituida de 23 ítems y cuatro factores, evaluados en escala tipo Likert. El primer factor Apoyo Afectivo y Bienestar Personal y Emocional está relacionado con la percepción de las personas mayores sobre el afecto recibido de las personas más cercanas y el sentimiento de bienestar en esa etapa evolutiva, una puntuación alta en ese factor indica una valoración positiva de los aspectos relacionados con su red informal de apoyo, además de sentirse consigo mismas satisfechos tanto personal como emocionalmente. El segundo factor Control de la Salud y Autonomía Personal, se relaciona con el proceso de envejecimiento activo con conductas afines con el cuidado de la salud y el uso de medios de transportes que facilitan la autonomía personal. Por ello, se incluyen aquellos ítems vinculados a la movilidad y transporte, a la atención sanitaria y otros hábitos saludables. Una puntuación elevada en ese factor significa que los participantes, en la etapa de la vejez, han adoptado estilos de vida saludables favorecedores de un proceso de envejecimiento activo. Sin embargo, una puntuación baja refleja la adopción de un estilo de vida menos saludable de cara a disfrutar de la vejez de forma menos positiva. El tercer factor, se relaciona con la percepción que se tiene sobre la situación económica basada fundamentalmente en la seguridad económica por ingresos suficientes y por la satisfacción que le generan los mismos. Se interpreta: a mayor puntaje, mayor satisfacción económica. El cuarto factor, hace referencia a las actitudes de las personas encaminadas a mantener una vida social e implicarse en actividades relacionadas con el voluntariado social. Una puntuación alta refleja una mayor participación en distintas actividades y tareas sociales y culturales, mientras que una puntuación baja indica una menor participación social en actividades desarrolladas en su comunidad o con su familia y amistades.

Los resultados confirmaron que la estructura en cuatro factores de la escala original se conservó, con un alfa de Cronbach global aceptable. Se realizaron adaptaciones lingüísticas por recomendación de expertos para facilitar la comprensión sin modificar el significado del reactivo. El factor con mayor media fue tercero (SE), el cual se refiere a contar con recursos económicos para cubrir necesidades básicas durante la vejez (Martin-Quintana et al., 2020), este hallazgo puede deberse a que la población en la que se aplicó el estudio, fue en su mayoría jubilados y difiere con el estudio realizado en España; en ese sentido, diversos autores (Brown y Nava, 2024; Martin-Quintana et al., 2020; Maza y Fernández, 2025; Pérez y Venegas, 2021; Zárate y Caldera, 2021) mencionan que la jubilación implica una reducción de los ingresos lo que impacta negativamente en la calidad de vida y la independencia financiera, afectando el bienestar personal y social considerados como elementos claves del envejecimiento activo.



El factor que obtuvo la media más baja fue el cuarto (AP) el cual hace referencia a la participación en actividades de voluntariado social y una vida social activa. Dicho resultado podría estar relacionado con la alta percepción de inseguridad en Zacatecas de acuerdo a los datos del INEGI (2024), lo cual podría desincentivar la participación social, especialmente en las personas mayores, aunado a la disminución de redes sociales tras la jubilación (Aldana y García, 2022). Se destaca que no se presentaron diferencias estadísticas significativas entre los factores del envejecimiento activo lo cual contrasta con lo reportado a un estudio realizado en España (Martin-Quintana *et al.*, 2020), la discrepancia podría atribuirse a contrastes interculturales entre ambos países, que incluyen las preferencias en cuanto a ocio, consumo y comportamientos sociales (Hernández y Toney, 2021).

Respecto a los factores de envejecimiento activo y variables sociodemográficas, por género, no hubo significancia estadística, lo cual contrasta con estudios previos realizados en Yucatán, México (Góngora y Sánchez, 2022) y coincide con lo reportado en Guanajuato, México por Vergara *et al.* (2024) quienes señalan que el envejecimiento tiende a feminizarse, lo cual se asocia a condiciones de mayor vulnerabilidad y fragilidad en mujeres. Sin embargo, en el presente estudio los hombres participaron en mayor proporción, posiblemente debido a una mayor disponibilidad de tiempo para involucrarse en el llenado de encuestas, en contraste con el rol tradicional de las mujeres de ocuparse de las actividades del hogar.

En cuanto a la edad, hubo diferencias estadísticas significativas en el primer y cuarto factor (AABPyE, AP) y la escala total, lo cual podría explicarse por la percepción social de las personas mayores pueden aún ser considerados como un recurso laboral valioso (INEGI, 2024; Perez y Venegas, 2021). En contraste, los hallazgos descritos difieren de lo reportado en el contexto Español (Martin-Quintana *et al.*, 2020), quizá se deba a que en la muestra del presente estudio predominaban personas jubiladas, los cuales cuentan con prestaciones y una percepción de seguridad económica.

Por estado civil se presentó significancia estadística en todos los factores de la escala y en el puntaje total. Podría explicarse por la importancia de las redes de apoyo social, familiar y de pareja en la vida de las personas mexicanas, lo que puede favorecer un estilo de vida más saludable, con mayor autonomía y menor aislamiento social. Es notorio destacar que la estructura familiar en que las personas mayores que viven con su pareja, dado que parece proporcionarles mayor satisfacción, lo que repercute de manera positiva en su salud psicológica, su interacción social, el autocuidado y la actividad física (Zárate y Caldera, 2021). Los resultados resaltan la importancia de seguir fomentando la participación de la familia como un pilar fundamental del envejecimiento activo (Villareal, 2021).

En lo que respecta a las variables de vivienda y dependencia económica, se presentaron diferencias estadísticamente significativas con el primer factor (AABPyE) y con el puntaje de EA total. Lo anterior pudiera ocurrir debido a que las personas mayores que reciben apoyo familiar perciben



mayor seguridad económica (Pérez y Venegas, 2021). Coincidiendo con lo reportado en Guanajuato, México, donde se menciona que las personas mayores que cuentan con un empleo, más que un apoyo económico, es visto como una manera de sentirse activos y con energía, mayor autoestima, autorrealización, autonomía y por tanto más satisfacción (Martin-Quintana et al., 2020; Zárate y Caldera, 2021).

Finalmente, la variable escolaridad mostró significancia estadística con todos los factores, es probable que, el nivel de estudios, el entorno geográfico y la dependencia económica de hijos o familiares se encuentran estrechamente relacionados con un envejecimiento activo exitoso (Borges y González, 2022; Pérez y Venegas, 2021). Este resultado coincide con las características de la muestra del estudio analizada, la cual estuvo integrada por participantes jubilados en su mayoría, con apoyo afectivo y percepción positiva de bienestar, elementos considerados pilares fundamentales del envejecimiento activo (Martin-Quintana et al., 2020; Vergara et al., 2024; Villarreal, 2021).

Conclusiones

El instrumento Escala de envejecimiento activo adaptado en el contexto mexicano, reportó niveles adecuados de confiabilidad, los cuatro factores identificados de envejecimiento activo sugieren la inclusión de las personas mayores en la familia, comunidad y sector laboral. Las seis etapas del proceso que se llevó a cabo para la adaptación y validación de la escala, favorecieron la consistencia interna y se presentaron propiedades psicométricas adecuadas para ser probadas y desarrolladas en investigaciones que pueden fortalecer los programas sociales. La estructura factorial de la escala es ideal para probarse en estudios descriptivos o de intervención en el contexto mexicano para mejorar el apoyo afectivo, bienestar personal, emocional, salud, autonomía, relaciones sociales y seguridad económica, constructos que configuran un envejecimiento activo en las personas mayores, situaciones que pueden contribuir a la disminución de enfermedades crónicas y la carga económica del sector sanitario.

Consideraciones éticas

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

Confidencialidad. No se proporcionan datos que puedan identificar a los participantes del estudio.

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

Financiamiento. La presente investigación no contó con ningún tipo de financiamiento.



Agradecimientos. A los participantes que amablemente cedieron su tiempo para contestar el instrumento.

Referencias

- Aldana-González, G. y García-Gómez, L. (2022). Potencializando el envejecimiento activo: proyectos comunitarios en grupos envejecidos de Tlaxcala. *Revista electrónica de psicología de Iztacala*, 25(1), 290-312. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105519>
- Borges-Machín, A. Y. y González-Bravo, Y. L. (2022). Educación comunitaria para un envejecimiento activo: experiencia en construcción desde el autodesarrollo. *Región Científica*, 1(1), 202-212. <https://doi.org/10.58763/rc202213>
- Brown-Grossman, F. y Nava-Bolaños, I. (2024). Transiciones laborales de las personas mayores en México. *Revista mexicana de sociología*, 86(3), 665-690. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2024.3.62608>
- Favela-Ocaño, M. A. y Castro-Vásquez, M. C. (2024). Envejecimiento activo en Latinoamérica: Revisión narrativa de la literatura. *Horizonte sanitario*, 23(2), 475-488. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5589>
- Ferrando-Pere, J., Seva-Lorenzo, U., Hernández-Dorado, A. y Muñiz, J. (2022). Decálogo para el Análisis Factorial de los Ítems de un Test. *Psicothema*, 34(1) 7-17. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.456>
- Garza-Sánchez, R. I., González-Tovar, J., Rubio-Rubio, L. y Dumitrache-Dumitrache, C. G. (2020). Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 106-116. <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>
- Góngora-Meza, L. F. y Sánchez- López, J. (2022) Influencia de la autoeficacia hacia la actividad física sobre el envejecimiento activo. *Revista Conciencia EPG*, 7(1 extra), 90-115. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8602582>
- Hernández, A., Dolores-Hidalgo, M., Hambleton, R., y Gómez-Benito, J. (2020). International test commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*, 32(3), 390-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.306>
- Hernández Lara, O. G. y Toney, B. (2021). Museums as social and cultural spaces for active ageing: evidence, challenges, and opportunities. *Culturales*, 9(1), 1-37. <https://doi.org/10.22234/recu.20210901.e588>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (2020). *Censo de población y vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>



- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (2024). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública* (ENVIPE). <https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2024/>
- Landeros Olvera, E. A., Morales Cruz, A. L., Lozada Perezmitre, E., Galicia Aguilar, R. M. y Antonio-González, G. (2023). Validación y adaptación de instrumentos psicométricos para el avance de la investigación en enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 22(3), 281-290. <https://doi.org/10.51422/ren.v22i3.439>
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. (14 de junio de 2024). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
- Martín-Quintana, J. C., Alemán-Ramos, P. F. y Castellano-Díaz, R. (2020). Escala de Envejecimiento Activo. *Pedagogía social. Revista Interuniversitaria*, 37, 99-111. https://doi.org/10.7179/PSRI_2021.37.06
- Maza Pérez, B. G. y Fernández de Lara López, G. (2021). Envejecimiento activo, un cambio de paradigma necesario en México: una revisión de la literatura científica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(2), 684-703. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/82927>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (01 de octubre de 2025). *Envejecimiento y salud* [nota descriptiva]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Envejecimiento Saludable* [blog]. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable#:~:text=El%20envejecimiento%20saludable%20es%20un,lo%20largo%20de%20la%20vida>
- Palacios, E. A. K. (2024). *Valoración del funcionamiento cognitivo en adultos mayores con y sin hábitos de envejecimiento activo* [Tesis de maestría], Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/bdd0e31e-1c3e-4703-a032-1762687f696b>
- Pérez-Fernández, A. y Venegas-Venegas, J. A. (2021) Vinculación laboral en personas de la tercera edad: el caso de los empacadores voluntarios en tiendas de autoservicio *Papeles de población*, 27(108), 211-231. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2021.108.17>
- 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
- Vergara Castañeda, A., Martínez Gómez, M. A., Guadarrama Muñoz, A. C. y Cruz Cruz, E. (2024). Promoción del envejecimiento activo y saludable: Desafíos y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Investigación Social*, 6(3), 19-30. <https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/relais/article/view/4107>
- Villarreal-Angeles, M. A., Moncada Jiménez, J., Ochoa Martínez, P. Y. y Hall López, J. A. (2021). Percepción



de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos*, 41, 480-484. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.58937>

Zárate-Negrete, L. E. y Caldera-González, D. C. (2021). Inclusión laboral y calidad de vida del adulto mayor. Un estudio hermenéutico en Guanajuato, México. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(28), 71-85. <https://revista.religacion.com/index.php/religacion/article/view/788/807>

Sobrecarga y depresión del cuidador primario de personas mayores Burden and depression of the primary caregiver of older persons Sobrecarga e depressão do cuidador primário de pessoas idosas

Velázquez-Estévez, Óscar  0000-0002-3291-3942

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

Ruiz-Montes, Perla Yaneli  0000-0001-7323-0702

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona No. 6,
Jefatura de Enfermería, Ciudad Juárez, Chihuahua. Maestra en Educación.
yarumo27@hotmail.com

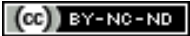
Revelles-Manríquez, Ivette Janeth  0000-0003-1503-6631

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona No. 6,
Jefatura de Enfermería, Ciudad Juárez, Chihuahua, México.
Maestra en Métodos de Investigación Científica.
janetterev@hotmail.com

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

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

Recibido: 30 de abril de 2025. **Aceptado:** 08 de septiembre 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. En México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, lo que ha elevado el número de personas dedicadas al cuidado de personas mayores. Dichas atenciones son realizadas por cuidadores informales. Asumir este rol puede desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” y, a medida que aumenta la carga de trabajo, incrementa el riesgo de deterioro de su salud y calidad de vida.



Objetivo. Identificar el grado de sobrecarga y depresión que presenta el cuidador primario de personas mayores con enfermedades crónicas degenerativas.

Metodología. Estudio de tipo transversal y analítico con muestreo probabilístico aleatorio, población de estudio conformada por 421 cuidadores. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, escala del cuidador Zarit e inventario de depresión de Beck, se realizaron análisis descriptivos, asociación y de regresión logística, se analizó la asociación entre las variables sobrecarga y el índice de depresión. Se realizó regresión logística multivariado.

Resultados. El 23.3 % presentó sobrecarga y 24 % depresión. Con factores de riesgo para padecer sobrecarga fue padecer depresión intensa ($\beta = 13.09, p = .01$), depresión moderada ($\beta = 6.26, p = .00$), depresión mínima ($\beta = 5.88, p = .00$), edad del cuidador entre los 18 a 30 años ($\beta = 2.13, p = .04$), ser cuidador por 15 años o más ($\beta = 3.14, p = .00$).

Discusión. La sobrecarga es el resultado de las demandas del cuidado, en este caso de las personas mayores que amenazan el bienestar físico o mental de quien la cuida.

Conclusiones. Si bien los niveles de sobrecarga y de depresión encontrados no son muy altos, existe mayor probabilidad que un cuidador con sintomatología depresiva desarrolle sobrecarga del cuidador.

Palabras clave: Carga del cuidador; Depresión; Adulto; Enfermedad crónica (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. In Mexico, life expectancy has increased considerably, which has led to a greater number of people dedicated to caring for older persons. Such care is usually provided by informal caregivers. Assuming this role may lead to a phenomenon of “burden,” and as the workload increases, so does the risk of deterioration in health and quality of life.

Objective. To identify the degree of burden and depression in the primary caregiver of older persons with chronic degenerative diseases.

Methodology. Cross-sectional and analytical study with random probabilistic sampling, study population of 421 caregivers, a sociodemographic questionnaire, Zarit caregiver scale and Beck depression inventory were applied, descriptive analyses, association and logistic regression were performed, the association between the variables overload and the depression index was analyzed. Multivariate logistic regression was performed.

Results. 23.3 % presented overload and 24 % depression. Risk factors for overload included severe depression ($\beta = 13.09, p = .01$), moderate depression ($\beta = 6.26, p = .00$), minimal depression ($\beta = 5.88, p = .00$), age of caregiver between 18 and 30 years ($\beta = 2.13, p = .04$), caregiver for 15 years or more ($\beta = 3.14, p = .00$).

Discussion. Overload is the result of the demands of care, in this case of older persons whose care demands threaten the physical or mental well-being of the caregiver.



Conclusions: Although the levels of overload and depression found are not very high, a caregiver with depressive symptoms is more likely to develop caregiver overload.

Keywords: Caregiver burden; Depression; Adult; Chronic disease (MeSH).

RESUMO

Introdução. No México, a expectativa de vida aumentou consideravelmente, o que elevou o número de pessoas dedicadas ao cuidado de pessoas idosas. Esses cuidados são realizados por cuidadores informais. Assumir esse papel pode gerar um fenômeno de “sobrecarga” e, à medida que aumenta a carga de trabalho, aumenta o risco de deterioração da saúde e da qualidade de vida. Objetivo. Identificar o grau de sobrecarga e depressão que apresenta o cuidador primário de pessoa idosa com doenças crônicas degenerativas.

Metodologia. Estudo de tipo transversal e analítico com amostragem probabilística aleatória, população de estudo formada por 421 cuidadores, aplicou-se um questionário sociodemográfico, escala do cuidador Zarit e inventário de depressão de Beck, Foram realizadas análises descritivas, associação e regressão logística, analisou-se a associação entre as variáveis sobrecarga e índice de depressão. Regressão logística multivariada foi realizada.

Resultados. 23.3% apresentou sobrecarga e 24% depressão. Com fatores de risco para sofrer sobrecarga foi sofrer depressão intensa ($\beta = 13.09, p = .01$), depressão moderada ($\beta = 6.26, p = .00$), depressão mínima ($\beta = 5.88, p = .00$), idade do cuidador entre 18 a 30 anos ($\beta = 2.13, p = .04$), ser cuidador por 15 anos ou mais ($\beta = 3.14, p = .00$).

Discussão. A sobrecarga é o resultado das demandas do cuidado, neste caso da pessoa idosa que ameaçam o bem-estar físico ou mental de quem cuida dela.

Conclusões. Enquanto os níveis de sobrecarga e de depressão encontrados não são muito altos, há maior probabilidade de que um cuidador com sintomatologia depressiva desenvolva sobrecarga do cuidador.

Palavras chave: Carga do cuidador; Depressão; Adulto; Doença crônica (DeCS).

Introducción

En México de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), la esperanza de vida ha aumentado considerablemente hasta alcanzar un promedio de 75 años, como consecuencia, se presenta una población más envejecida, proceso que va en aumento, aunado al incremento en la supervivencia de enfermedades crónicas y discapacidades físicas (Fernández-Castillo *et al.*, 2018); lo que a su vez, ha elevado el número de personas dedicadas al cuidado de personas mayores; dichas atenciones son realizadas principalmente por los denominados cuidadores informales,



fundamentalmente familiares del paciente. Entendiéndose por cuidador primario (CP) a la persona responsabilizada de ayudar a una persona dependiente en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria durante la mayor parte del día, y que no recibe compensación económica por ello (Navarro-Sandoval *et al.*, 2018).

Por lo tanto, el cuidado de una persona mayor con alguna enfermedad supone cambios que afectan la vida no solo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica del cuidador (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2022). El concepto de carga al cuidar un paciente originalmente lo describió Freudenberguer en 1974 e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado (Nieto-Del Valle *et al.*, 2021). De modo que la sobrecarga, es un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente a las actividades de ocio, relaciones sociales, libertad y equilibrio mental; la sobrecarga es el grado en el cual el cuidador percibe la influencia negativa del cuidado, en diferentes aspectos de su vida como en la salud mental y física, la interacción social y su economía (Alpuche-Ramírez *et al.*, 2008; García-Zarate *et al.*, 2021). De tal forma que asumir el rol de cuidador no es inocuo, pues es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida y a medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y su calidad de vida lo que a su vez también origina un aumento en la frecuencia de ansiedad y depresión en quienes cuidan (Bandeira-Felipe *et al.*, 2020; García Cedeño *et al.*, 2019; Hernández-Piñero *et al.*, 2021 y Lazaro-Barrera *et al.*, 2021).

De acuerdo a varios estudios, se ha encontrado una asociación de la sobrecarga y depresión en los cuidadores, donde los principales factores son la falta de apoyo social, carencia de recursos económicos, relaciones previas con el paciente, sentimiento de culpa, historia familiar de depresión y limitaciones psicofísicas del cuidador (Chávez-Sosa *et al.*, 2022; Garzón *et al.*, 2018; Macleod Beth, 2022). Información desconocida en la población de primer nivel de atención en la frontera norte por lo que es necesario identificar el grado de sobrecarga y depresión que presenta el cuidador primario de personas mayores con enfermedades crónicas degenerativas. Ante la evidencia hasta ahora publicada, se establece el siguiente objetivo: Identificar el grado de sobrecarga y depresión que presenta el cuidador primario de personas mayores con enfermedades crónicas degenerativas.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo, transversal y analítico. La población estuvo conformada por 421 cuidadores de personas mayores. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó por medio de la fórmula para población finita con un nivel de confianza 95 % y margen de error 5 % por muestreo aleatorio



simple. Se seleccionó a los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión: personas mayores de 18 años, de ambos sexos, que estén al cuidado de alguna persona mayor, y que acepten participar en el estudio. Previo consentimiento informado y firmado, se aplicó un cuestionario sociodemográfico constituido por 12 ítems. Este cuestionario brinda información del cuidador primario informal; las variables estudiadas fueron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, comorbilidades del cuidador, número de hijos, tiempo de ejercer la función del cuidador, parentesco y si recibe alguna remuneración.

Asimismo, se aplicaron dos instrumentos, primero la Escala de carga del cuidador de Zarit, que está compuesta por 22 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = Bastantes veces; 4 = Casi siempre), se puede obtener una puntuación global que oscila entre 0 y 88 puntos, con un coeficiente alfa de Cronbach de .84 (Montero-Pardo *et al.*, 2014).

Posteriormente, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems autoaplicables, diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva, con respuesta tipo Likert de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad se puede obtener una puntuación global entre 0 y 63 puntos, con un coeficiente alfa de Cronbach = .87 (Jurado *et al.*, 1998).

El análisis estadístico se realizó con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26, se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos a los cuidadores primarios; posteriormente, se efectuó una asociación entre las variables sobrecarga y el índice de depresión observado mediante chi cuadrado, significancia establecida para un valor de $p < .05$ y Odds Ratio (OR) > 1 , Intervalo de Confianza (IC) 95 %. Por último, se llevó a cabo un análisis de modelo de regresión logística multivariado, se consideró un modelo significativo con una $p < .05$ y una $\beta > 1$.

Consideraciones éticas. El periodo del estudio fue de julio a diciembre del 2022. Se le invitó a los cuidadores a participar y se les explicó el estudio y los objetivos a través del consentimiento informado; así, se cumplieron con las disposiciones en base a la declaración de Helsinki (2013) y de acuerdo al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Capítulo I (Artículo 214). La investigación se consideró con riesgo mínimo, autorizada por el comité local de investigación bajo el registro R-2022-805-125 y de acuerdo a las normativas que rigen al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resultados

Los resultados de acuerdo a las variables sociodemográficas del cuidador primario; edades principales están en el rango de 41-60 años (45.5 %), de acuerdo al sexo predominó el femenino y el 60.1 % cuenta



con pareja. Respecto a los niveles de escolaridad, el 50.1 % cuenta con educación básica (primaria y secundaria). Más de la mitad de los cuidadores primarios son empleados, el 100 % padece alguna enfermedad, predomina la hipertensión arterial y la diabetes en el 90 % de los cuidadores. En el parentesco, son los hijos quienes más asumen el rol cuidador primario en poco menos de la mitad de los casos; más del 60 % ha ejercido como cuidador de un año o menos, hasta cuatro años. Cabe mencionar que, poco menos del 90 % no recibe alguna remuneración económica por ejercer como cuidador (ver [Tabla 1](#)).

Tabla 1. Características sociodemográficas del cuidador.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Edad del cuidador por grupos	18-30 años	(78)	18.5
	31-40 años	(74)	17.6
	41-50 años	(90)	21.4
	51-60 años	(99)	23.5
	61-70 años	(52)	12.4
	71 y más	(28)	6.7
Sexo	Femenino	(243)	57.7
	Masculino	(178)	42.3
Estado Civil	Soltero(a)	(107)	25.4
	Casado(a)	(200)	47.5
	Viudo(a)	(48)	11.4
	Divorciado(a)	(13)	3.1
	Unión Libre	(53)	12.6
Escolaridad	Sin escolaridad	(12)	2.9
	Primaria	(61)	14.5
	Secundaria	(150)	35.6
	Preparatoria	(129)	30.6
	Universidad	(69)	16.4
Ocupación	Empleado	(228)	54.2
	Desempleado	(34)	8.1
	Jubilado	(72)	17.1
	Ama de casa	(87)	20.7
Diagnóstico de alguna enfermedad	No	(270)	64.1
	SI	(151)	35.9

Fuente. Elaboración propia de la base de datos; *n*=421.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas del cuidador (continuación).

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Enfermedad diagnosticada	Diabetes	(65)	43.0
	Hipertensión	(71)	47.0
	Hipertiroidismo	(5)	3.3
	Cáncer	(4)	2.6
	Asma	(1)	0.7
	Artritis	(5)	3.3
Total de Hijos	Sin hijos	(72)	17.1
	1 hijo	(58)	13.8
	2 hijos	(115)	27.3
	3 hijos	(100)	23.8
	4 hijos	(48)	11.4
	5 hijos o mas	(28)	6.7
Años que lleva como cuidador	1 año y menos	(103)	24.5
	2-4 años	(165)	39.2
	5-9 años	(70)	16.6
	10-14 años	(40)	9.5
	más de 15 años	(43)	10.2
Parentesco con el paciente	Padres	(186)	44.2
	Esposo(a)	(117)	27.8
	Hijo(a)	(17)	4.0
	Otro	(101)	24.0
Recibe alguna remuneración	Si	(50)	11.9
	No	(371)	88.1

Fuente. Elaboración propia de la base de datos; *n*=421.



De acuerdo a las características sociodemográficas de las personas mayores, se observa que el 16 % presentan más de 80 años, todas padecen alguna enfermedad, prevalece la diabetes en casi la mitad de la muestra, seguida del cáncer; asimismo, la hipertensión arterial sistémica y la enfermedad neurológica prevalecen por igual (ver **Tabla 2**).

Tabla 2. Características de las personas mayores que reciben cuidados.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Edad	60-64 años	(138)	32.8
	65-69 años	(99)	23.5
	70-74 años	(68)	16.2
	75-79 años	(49)	11.6
	80-84 años	(34)	8.1
	85-89 años	(26)	6.2
	Más de 90 años	(7)	1.7
Enfermedades crónicas	Diabetes mellitus tipo II (DM)	(191)	45.4
	Hipertensión arterial sistémica (HAS)	(58)	13.8
	Enfermedad Neurológica	(58)	13.8
	Enfermedad renal	(7)	1.7
	Enfermedad pulmonar	(17)	4.0
	Enfermedad visual	(3)	0.7
	Enfermedad Oncológica	(65)	15.4
	Enfermedad sistema musculoesquelético	(22)	5.2

Fuente. Elaboración propia de la base de datos; *n*=421.

Se observa que existe algún grado de sobrecarga del cuidador primario en un 23.3 %, aunque más de la mitad de estos indicó sobrecarga intensa. Llama la atención que poco más de tres cuartos de la muestra no reportan sobrecarga. Respecto a los reportes de depresión, se observó que un 24 % de los participantes presenta alguno de los distintos grados, de los cuales un 1.9% es depresión severa, 8.8 % moderada y un 13.3 % corresponde a leve (ver **Tabla 3**).

**Tabla 3.** Sobrecarga y depresión del cuidador primario.

Variable	<i>f</i>	%
Nivel de sobrecarga del cuidador		
Sobrecarga intensa	(55)	13.1
Sobrecarga ligera	(43)	10.2
Ausencia de sobrecarga	(323)	76.7
Grado de depresión del cuidador		
Depresión severa	(8)	1.9
Depresión moderada	(37)	8.8
Depresión leve	(56)	13.3
Depresión mínima	(320)	76.0

Fuente. Elaboración propia de la base de datos; $n=421$.

De acuerdo a la asociación de sobrecarga con las variables sociodemográficas, se observó un alto riesgo de padecer sobrecarga con la edad entre 18 y 30 años, ejerciendo el rol de cuidador y un nivel de educación preparatoria, así como presentar depresión mínima. Mientras que, la sobrecarga intensa se asocia con las variables padecer depresión intensa y depresión moderada, así como llevar 15 años o más ejerciendo el rol de cuidador y tener parentesco de hijo con la persona al que brinda del cuidado. Por último, los resultados indican que la sobrecarga ligera se asocia a padecer depresión intensa, nivel de escolaridad primaria, cuatro hijos y tener una edad entre 41 y 50 años. Para estas asociaciones se estableció la significancia con un valor de $p < .05$, Odds Ratio (OR) > 1 , e Intervalo de Confianza (IC) al 95 % (ver [Tabla 4](#)).

**Tabla 4.** Asociación de los niveles de sobrecarga.

Variable	Chi ²	Sig.	OR	IC al 95 % Superior-Inferior
Sobrecarga total				
Depresión mínima	59.19	.0001	6.32	3.83 - 10.42
Edad del cuidador rango de 18 a 30 años	7.38	.01	2.68	1.28 - 5.60
Tiempo de cuidado un año	7.16	.0001	2.23	1.23 - 4.22
Escolaridad preparatoria	3.09	.07	1.59	0.945 - 2.68
Sobrecarga intensa				
Depresión intensa	17.54	.0001	12.10	2.80 - 52.18
Depresión moderada	26.96	.0001	5.86	2.81 - 12.20
Tiempo de cuidado 15 años y mas	12.42	.0001	3.46	1.67 - 7.16
Parentesco padre	5.09	.03	1.91	1.07 - 3.40
Sobrecarga ligera				
Depresión intensa	6.62	.01	5.59	1.28 - 24.28
Escolaridad primaria	2.94	.08	3.07	0.80 - 11.82
Cuatro hijos	4.30	.04	2.30	1.02 - 5.15
Edad del cuidador rango de 41 a 50 años	3.56	.05	1.91	0.96 - 3.80

Fuente. Elaboración propia de la base de datos; $n=421$ Sig. establecida en $p < .05$, Odds Ratio (OR) > 1, IC=Intervalo de Confianza.

De acuerdo al modelo de regresión logística multivariado, tomando en cuenta la sig. $p < .05$ y una $\beta > 1$, las variables de mayor relevancia para padecer sobrecarga fueron: padecer depresión mínima, edad del cuidador entre los 18 a 30 años. Asimismo, para la sobrecarga intensa las variables de mayor riesgo fueron: depresión intensa, depresión moderada, ejercer como cuidador por 15 años o más. Mientras tanto, para la sobrecarga ligera, los hallazgos de principal relevancia fueron: padecer depresión intensa y tener cuatro hijos (ver [Tabla 5](#)).

**Tabla 5.** Análisis de regresión logística con las variables de interés.

Variable	Coficiente (β)	Desv. Error	Wald	Sig.	Exp (β)	95% de intervalo de confianza para Exp(β) <i>Superior-Inferior</i>	
Sobrecarga total							
Depresión mínima	1.77	0.26	46.05	.00	5.88	3.52	9.81
Edad del cuidador rango de 18 a 30 años	0.75	0.40	3.58	.04	2.13	0.97	4.68
Tiempo de cuidado un año	0.44	0.33	1.76	.18	1.56	0.80	3.02
Escolaridad preparatoria	0.39	0.29	1.87	.17	1.49	0.84	2.63
Sobrecarga intensa							
Depresión intensa	2.57	0.78	10.87	.01	13.09	2.83	60.43
Depresión moderada	1.83	0.39	22.12	.00	6.26	2.91	13.45
Tiempo de cuidado 15 años y mas	1.14	0.40	7.95	.00	3.14	1.41	6.96
Parentesco padre	0.52	0.31	2.76	.09	1.68	0.91	3.11
Sobrecarga ligera							
Depresión intensa	1.66	7.69	4.66	.03	5.26	1.16	23.78
Escolaridad primaria	1.41	0.72	3.83	.05	4.11	0.99	16.95
Cuatro hijos	0.90	0.42	4.57	.03	2.46	1.07	5.64
Edad del cuidador rango de 41 a 50 años	0.63	0.36	3.00	.08	1.87	0.92	3.82

Fuente. Elaboración propia de la base de datos; n=421, Sig. establecida en $p < .05$, β = Beta.

Discusión

Esta investigación buscó identificar el grado de sobrecarga y depresión que presenta el cuidador primario de personas mayores con enfermedades crónicas degenerativas. La sobrecarga es el resultado de las demandas de cuidado de una persona enferma, que amenazan el bienestar físico



o mental de quien la cuida. Los principales hallazgos identificaron que, la mayoría de los cuidadores primarios eran del sexo femenino, entre 51 a 60 años, casados, nivel de escolaridad secundaria, empleados. El hijo es quien adopta el mayor rol de cuidador de sus padres, el tiempo de cuidado prevaleció de 2 a 4 años; dichas características se asemejan a las encontradas en la población (Navarro-Sandoval *et al.*, 2018; González-Guerra *et al.*, 2017).

Ruiz de Chávez-Ramírez (2020), reportaron que el 53,4 % de los cuidadores padecen diabetes e hipertensión como enfermedad crónica, resultados parecidos a los encontrados en este estudio, siendo las principales diabetes e hipertensión.

Respecto a las características de las personas mayores el rango de edad principal fue 60 a 64 años y las enfermedades crónicas principales diabetes e hipertensión arterial sistémica, resultados similares a los hallazgos de López-Pazos (2019) y Ardilla (2018).

Asimismo, existen similitudes con otros estudios en cuanto al nivel de sobrecarga (Martínez-Rodríguez, 2018; Sierra-Murguía *et al.*, 2020), donde el porcentaje es bajo en la población encuestada. Contrario al estudio de Lemus-Fajardo (2018) y Zepeda-Álvarez (2019), quienes presentaron niveles de sobrecarga de los cuidadores en 73.6 % y 69.77 % respectivamente.

En relación con el análisis de regresión logística las variables con más riesgo para padecer sobrecarga son padecer depresión, la edad del cuidador sea de 18 a 30 años, más de 15 años siendo cuidador, así como tener más de cuatro hijos; resultados distintos a los encontrados en el estudio de Hernández (2021), donde encontró como variables de riesgo no tener creencias religiosas, padecer síntomas conductuales severos; sin embargo, en ambos estudios la depresión es factor de riesgo.

Conclusiones

Se encontró en este estudio que, casi un cuarto de los cuidadores primarios presenta algún nivel de sobrecarga y algún grado de depresión. Parece ser que existe una asociación entre el nivel de sobrecarga y padecer depresión de acuerdo a los resultados de riesgo. Si bien los niveles de sobrecarga y de depresión encontrados no son muy altos, en este estudio se mostró que existe mayor probabilidad que un cuidador con sintomatología depresiva, desarrolle sobrecarga del cuidador.

El brindar cuidados a una persona mayor con el paso del tiempo, aunado a la falta de conocimientos que requiere esta actividad, ocasiona que los cuidadores puedan experimentar una variada gama de emociones negativas tales como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, depresión, miedo, dolor, tristeza.



Por otra parte, se demuestra que existe más de trece veces mayor riesgo de tener sobrecarga del cuidador si padece depresión, y más de dos veces si su edad está entre los 18 y 30 años. Asimismo, más de tres veces si lleva 15 años o más cuidando de la persona mayor. Estos hallazgos hacen evidente la necesidad de fortalecer políticas públicas y programas de apoyo dirigidos a las personas cuidadoras de personas mayores, especialmente aquellas con enfermedades crónicas. Es fundamental que las instituciones de salud desarrollen estrategias de acompañamiento psicológico, capacitación en cuidados y redes de apoyo comunitario que mitiguen la sobrecarga y promuevan la salud mental. Asimismo, el reconocimiento del rol de cuidado como una labor socialmente valiosa y mayoritariamente femenina, permitiría reducir inequidades de género en el envejecimiento y fomentar un entorno más incluyente y saludable.

Consideraciones éticas

Protección de personas. No se realizó ningún tipo de experimento o intervención, se protegieron los datos personales.

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

Financiamiento. Ninguno.

Referencias

- Alpuche-Ramírez, V. J., Ramos del-Río, B. y Rojas-Russell, M. E. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118209.pdf>
- Ardila, E. (2018). Las enfermedades crónicas. *Revista Biomédica*, 38(suplemento 1), 1-2. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4525>
- Asociación Médica Mundial [AMM]. (11 junio de 2013). *Declaración de Helsinki*. https://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- Bandeira-Felipe, S. G., Sousa-Oliveira, C. E., Dias-Torres-Silva, C. R., Norberta-Mendes P., Mesquita-de-Carvalho, K., Lopes-Silva-Júnior, F. y Figueiredo, M. D. L. F. (2020). Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. *Revista Brasileira Enfermagem*, 73(suplemento 1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0851>
- Chávez-Sosa, J. V., Mego-Gonzales, F. M., Aliaga-Ramirez, Z. E., Cajachagua-Castro, M. y Huancahuire-Vega, S. (2022). Depression Associated with Caregiver Quality of Life in Post-COVID-19



- Patients in Two Regions of Peru. *Healthcare*, 10(7), 1219, 1-9. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071219>
- Fernández Castillo, K. N., Sotelo Quiñonez, T. I., García Flores, R., Campos Rivera, N. H., Mercado Ibarra, S. M. (2018). Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos. *Psicología y Salud*, 8(2), 251-259. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2561>
- Hernández-Piñero, L. Factores de riesgo de carga en cuidadores de ancianos con síndrome demencia. (2021). *Revista Médica Electrónica*, 43(5), 1269-1284. <https://scielo.sld.cu/pdf/rme/v43n5/1684-1824-rme-43-05-1269.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2022). *México en cifras*. 2020. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#collapse-Indicadores>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (15 de marzo de 2023). *Adultos Mayores*. Gobierno de México. <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/adultos-mayores.html>
- García Cedeño, M. L., Naranjo Lluport, M. R. y Moreira Navia, J. R. (2019). Síndrome de sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores: caso comunidad Playa Prieta-Manabí. *Margen. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 95, 1-9. <https://www.margen.org/suscri/margen95/garcia-95.pdf>
- García-Zárate, E. V. (2021) *Grado de sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos de la UMF No. 94* [Tesis de Especialidad Médica de Medicina Familiar]. Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7522/TesisE.FM.2022.Prevalencia.DelAngel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Garzón, M., Pascual, Y. y Collazo, E. C. (2018). Relación entre depresión y características sociodemográficas en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana Enfermería*, 34(1), 114-123. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v34n1/1561-2961-enf-34-01-e1513.pdf>
- González-Guerra, A., Fonseca-Fernández, M., Valladares-González, A. M. y López-Angulo, L. M. (2017). Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados. *Revista Finlay*, 7(1), 26-32. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/457>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706/0
- Lazaro-Barrera, D. M. (2021). *Frecuencia de sobrecarga del cuidador de paciente adulto mayor* [Tesis Especialidad Médica de Medicina Familiar. Universidad Veracruzana]. <http://cdigital.uv.mx/handle/1944/52977>



- Lemus-Fajardo, N. M., Linares-Cánovas, L. B. y Linares-Cánovas, L. P. (2018). Nivel de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores frágiles. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Río*, 22(5), 894-905. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/%5C>
- López-Pasos, E. R., Pech-Sosa, N. R., Jiménez-Delgadillo, B. M. y Cárdenas-Marrufo, M. F. (2019). Sobre-carga del cuidador primario de pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónico-degenerativas. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 6(2), 39-41. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83923>
- Macleod, B. (2022). Caregiver Depression: A Silent Health Crisis. *Family Caregiver Alliance*. San Francisco California. <https://www.caregiver.org/es/resource/depresion-del-cuidador-una-crisis-de-salud-silenciosa-caregiver-depression-silent-health-crisis/>
- Martínez Rodríguez, L. (2018). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios. *Revista Cuba Salud Publica*, 44(4), 61-72. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0864-34662018000400061&lng=es
- Montero-Pardo, X., Jurado-Cárdenas, S., Valencia-Cruz, A., Méndez-Venegas, J. y Mora-Magaña, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918
- Navarro-Sandoval, C., Uriostegui-Espíritu, L. C., Delgado-Quiñones, E. G. y Sahagún-Cuevas, M. N. (2018). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 25-31. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28092244>
- Nieto-Del Valle, M. A. (2022). *Asociación entre depresión y síndrome de sobrecarga en el cuidador primario del paciente geriátrico de la UMF No 61* [Tesis de Especialidad Médica de Medicina Familiar]. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/a8e3fd53-b871-49f4-9aac-c43555922262/content>
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud México. (02 de abril de 2014). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Ruiz de Chávez-Ramírez, D., Alcalá-Escobar, I. C. y Almeida-Perales, C. (2020). Caracterización y sobrecarga del cuidador de adultos mayores que acuden a los Servicios de Salud de Zacatecas. *Investigación científica*, 14(2), 131-136. <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/investigacioncientifica/article/view/986>
- Sierra-Murguía, M., Martínez-Bravo, A., Padilla-Rico, A. y Fraga-Sastrías, J. M. (2020). Relación entre necesidades no satisfechas y sintomatología emocional en cuidadores de pacientes oncológicos. *Psicología Iberoamericana*, 28(1), 1-15. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133963198005>



Zepeda-Álvarez, P. J. y Luz Muñoz-Mendoza, C. L. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1), 2-5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100002

**Vocación del servicio para el cuidado humano en estudiantes de
enfermería de una universidad de Puebla, México**
**Vocation of service for human care in nursing students from
a university in Puebla, Mexico**
**Vocação de serviço para o cuidado humano em estudantes
de enfermagem de uma universidade de Puebla, Mexico**

*Suárez-Máximo, Juan Daniel  0000-0001-5687-2543

Universidad de Guanajuato, Facultad de Enfermería, Guanajuato, México.
Estudiante de doctorado en Ciencias de Enfermería. *Autor corresponsal.
jd.suarezmaximo@ugto.mx

Esparza-Guajardo, Flavio César  0000-0003-0007-2357

Universidad Autónoma de Zacatecas. Facultad de Enfermería, Zacatecas, México.
Maestro en Ciencias de la Salud con Especialidad en Salud Pública.
flavioesparza10@gmail.com

Cortes-Anaya, Miriam  0000-0002-5203-4515

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería, Puebla, México.
Estudiante de Maestría en Enfermería
ca223450045@alm.buap.mx

Recibido: 25 de junio de 2025. **Aceptado:** 13 de octubre 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 vocación para el cuidado humano se entiende como la disposición ética y humanista para servir con profesionalismo y sensibilidad. La falta de vocación afecta la calidad del cuidado y existen pocos estudios en México que midan el concepto, sobre todo en estudiantes de enfermería.



Objetivo. Describir la vocación de servicio para el cuidado humano en estudiantes de enfermería de una universidad de Puebla, con el fin de generar evidencia que fortalezca su formación ética y profesional.

Metodología. Diseño descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por estudiantes de enfermería de una universidad privada, seleccionados por muestreo probabilístico por conglomerados. La muestra incluyó a 469 estudiantes, a quienes se les aplicó bajo consentimiento informado el instrumento “Vocación de servicio para el cuidado humano”, compuesto por tres dimensiones a) inclinación hacia el cuidado de la salud, b) autoeficacia en el servicio de cuidado de salud y c) componente axiológico.

Resultados. Los estudiantes de primero y quinto semestre constituyeron la mayoría del grupo (65.1 %). Predominó la modalidad escolarizada (65.9 %). Respecto al nivel de vocación, los resultados indicaron que los estudiantes presentan un buen nivel de vocación hacia el cuidado humano.

Conclusiones. Los estudiantes de enfermería muestran una vocación orientada al servicio del cuidado, destacando aspectos como la empatía, ética y el compromiso con la mejora de la salud y bienestar de las personas. No obstante, se requiere un mayor enfoque en el desarrollo de la capacidad de educación con confianza.

Palabras clave: Enfermería, Desarrollo de Personal, Vocación, Cuidado, Estudiantes (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. A vocation for human care is understood as the ethical and humanistic disposition to serve with professionalism and sensitivity. A lack of vocation affects the quality of care, and few studies in Mexico measure this concept, especially among nursing students.

Objective. To describe the vocation for human care among nursing students at a university in Puebla, in order to generate evidence that strengthens their ethical and professional training.

Methods. Descriptive and cross-sectional design. The population consisted of nursing students from a private university, selected by cluster sampling. The sample included 469 students, who, with informed consent, completed the instrument “Vocation for Human Care,” composed of three dimensions: a) inclination toward healthcare, b) self-efficacy in healthcare service, and c) axiological component.

Results. First- and fifth-semester students constituted the majority of the group (65.1 %). The classroom-based modality predominated (65.9 %). Regarding the level of vocation, the results indicated that students demonstrate a strong commitment to human care.

Conclusions: Nursing students show a service-oriented vocation, highlighting aspects such as empathy, ethics, and a commitment to improving the health and well-being of individuals. However, a greater focus on developing the capacity for confident education is needed.

Keywords: Nursing, Staff Development, Vocation, Care, Students (MeSH).



RESUMO

Introdução. A vocação para o cuidado humano é entendida como a disposição ética e humanística para servir com profissionalismo e sensibilidade. A falta de vocação afeta a qualidade do cuidado, e poucos estudos no México mensuram esse conceito, especialmente entre estudantes de enfermagem.

Objetivo. Descrever a vocação para o cuidado humano entre estudantes de enfermagem de uma universidade em Puebla, a fim de gerar evidências que fortaleçam sua formação ética e profissional.

Metodologia. Estudo descritivo e transversal. A população foi composta por estudantes de enfermagem de uma universidade privada, selecionados por amostragem por conglomerados. A amostra incluiu 469 estudantes que, mediante consentimento livre e esclarecido, responderam ao instrumento “Vocação para o Cuidado Humano”, composto por três dimensões: a) inclinação para a área da saúde, b) autoeficácia no serviço de saúde e c) componente axiológico.

Resultados. Os estudantes do primeiro e quinto semestres constituíram a maioria do grupo (65,1%). A modalidade presencial foi a predominante (65,9%). Em relação ao nível de vocação, os resultados indicaram que os estudantes demonstram um forte comprometimento com o cuidado humano.

Conclusões: Os estudantes de enfermagem demonstram uma vocação voltada para o serviço, destacando aspectos como empatia, ética e compromisso com a melhoria da saúde e do bem-estar dos indivíduos. No entanto, é necessário um maior foco no desenvolvimento da capacidade de educar com segurança.

Palavras-chave: Enfermagem, Desenvolvimento de Pessoal, Vocação, Cuidado, Estudantes (DeCS).

Introducción

Desde tiempos antiguos, el cuidado de las personas ha estado estrechamente vinculado al rol femenino dentro de la sociedad, pues se consideraba una tarea asociada a la maternidad y a las responsabilidades domésticas. En consecuencia, este trabajo fue asumido muchas veces de manera impuesta, sin una verdadera vocación, lo que derivó en prácticas de cuidado limitadas y de baja calidad (Blanchflower, 2021; Moreno Sánchez *et al.*, 2017).

En la actualidad, la licenciatura en enfermería ha adquirido gran relevancia dentro de los sistemas de salud a nivel global. No obstante, persiste el desafío de que algunos estudiantes ingresan a la carrera sin una convicción clara sobre su elección profesional. Esta falta de vocación puede influir



negativamente en la calidad del cuidado y en el equilibrio de la salud poblacional, constituyéndose en un factor de riesgo para un ejercicio profesional carente de sentido humanista (Sanabria, 2002). Por ello, comprender la vocación que guía al profesional de enfermería resulta esencial para garantizar la atención humanizada y de calidad.

La vocación del servicio para el cuidado humano se entiende como la disposición interior del profesional de enfermería para servir al otro con empatía, ética y compromiso, integrando saberes científicos y valores humanistas que dan sentido a su práctica (Perilla, 2022; Watson, 2008). Su presencia permite que el estudiante o profesional de enfermería desarrolle su labor con sensibilidad y profesionalismo, brindando una atención integral que favorece el bienestar y la recuperación de las personas (Pacheco *et al.*, 2018).

Asimismo, la vocación constituye un eje fundamental de la identidad profesional de enfermería, pues orienta el ejercicio disciplinar hacia la excelencia ética y humanista. Los estudiantes que eligen esta profesión de manera autónoma incorporan valores como el humanismo, la empatía y la sensibilidad, cualidades indispensables para alcanzar la trascendencia que demanda la ciencia del cuidado (Perilla, 2022; Tumay-Tumay, 2022). Tal como expresa Wonna Wilk Cardillo: «No cualquiera puede ser enfermera; se requiere de fuerza, inteligencia y compasión para cuidar a los enfermos del mundo con pasión y hacer el bien sin importar lo exhausta que esté al final del día» (Guerra *et al.*, 2024); se destaca la importancia de la vocación como motor del cuidado humanizado.

Dada la escasez de estudios sobre la vocación del servicio en contextos universitarios locales, el objetivo de este estudio es describir la vocación de servicio para el cuidado humano en estudiantes de enfermería de una universidad de Teziutlán, Puebla, con el fin de generar evidencia que fortalezca su formación ética y profesional.

Metodología

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de alcance transversal (Polit y Beck, 2018). La población estuvo conformada por 502 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de una universidad privada del municipio de Puebla, México. Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, obteniéndose un total de 469 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión: asistir regularmente a clases y haber tenido derecho al segundo parcial. Se excluyeron estudiantes con estancias o prácticas profesionales externas al estado.

La recolección de datos se realizó de manera presencial, mediante consentimiento informado impreso que explicaba los objetivos del estudio, la confidencialidad de los datos y el acceso al cuestio-



nario sociodemográfico elaborado ex profeso. Se aplicó el instrumento “Vocación de servicio para el cuidado humano” (Antonio González *et al.*, 2021). Este instrumento consta de 23 ítems distribuidos en tres dimensiones: 1) inclinación hacia el cuidado de la salud, 2) autoeficacia en el servicio de cuidado de salud y 3) componente axiológico. Cada ítem presenta opciones de respuesta tipo Likert de 1 a 5, donde 1 = totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Los puntajes se transformaron en índices de 0 a 100 para categorizar la vocación: 0-25 = muy baja, 26-50 = baja, 51-75 = regular y 76-100 = buena. El instrumento cuenta con validación previa, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de .818 en su creación para estudiantes mexicanos (Antonio González *et al.*, 2021) y de .89 en una réplica en el Estado de Puebla (Arenas-Ramírez *et al.*, 2022).

Para controlar posibles variables confusoras, se registraron datos sociodemográficos como edad, semestre académico y experiencia previa en prácticas clínicas, que podrían influir en la vocación y fueron considerados durante el análisis. Los datos fueron capturados y analizados en un programa de cómputo, utilizando estadística descriptiva para cubrir al objetivo del estudio.

El proyecto contó con aprobación del Comité institución, bajo registro número 527-2025, cumpliendo con la Declaración de Helsinki (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán [INCMNSZ], 2017) y la Ley General de Salud en materia de investigación (2024). Se aseguró el anonimato, la confidencialidad y el consentimiento informado de todos los participantes.

Resultados

La edad promedio de los estudiantes fue de 20.53 ± 3.10 años, rango de 17 a 55. Asimismo, se determina que, el 78.6 % tiene entre 18 y 21 años, moda de 20 años (24.5%). Los menores de 18 años y los mayores de 26 años representan una minoría, con porcentajes combinados inferiores al 6 %. En cuanto al sexo, las mujeres predominan en la muestra con un 80.4 %.

Por semestre, los estudiantes de primero y quinto semestre representan la mayoría del grupo (65.1 %), mientras que el octavo semestre tiene la menor participación, con solo un 1.1 %. Respecto a la modalidad de estudios, la mayoría de los participantes cursa la modalidad escolarizada (65.9 %), mientras que el 34.1 % restante está en modalidad semi-escolarizada. Finalmente, casi dos tercios de los participantes (65.7 %) recibieron capacitación sobre salud en el bachillerato, mientras que el resto no tuvo esta experiencia.

De acuerdo con el procesamiento de los valores del instrumento, se considerarán los niveles de vocación de los estudiantes de enfermería. Se determina que predomina el nivel de “buena vocación”, seguido del nivel “regular” con respecto a la vocación de servicio en enfermería. Estos datos indican que la mayoría poseen una vocación entre intermedia y alta (ver [Tabla 1](#)).

**Tabla 1.** *Niveles de vocación de los estudiantes de enfermería.*

Nivel	f	%
Bajo nivel de vocación	2	00.4
Regular nivel de vocación	141	30.1
Buen nivel de vocación	326	69.5

Fuente. Base de datos. n=469.

A continuación, se presentarán algunas de las afirmaciones del instrumento sobre la vocación para el cuidado humano, las cuales determinan un compromiso y confianza en relación con el cuidado de la salud. La escucha atenta a la persona (68 %) y la confianza para realizar actividades en conjunto con el equipo de salud (68.2 %) son las acciones con un porcentaje alto de respuesta. Además, la ética profesional se destaca con un 57.8 % en el análisis de las acciones para el cuidado del paciente. La empatía con los pacientes (47.1 %) y el deseo de cuidar la salud (48.8%) refleja el compromiso con el bienestar de la salud del paciente.

Sin embargo, existen áreas de oportunidad en cuanto a la confianza para enseñar y promover estilos de vida saludables (33.7 %), y la duda sobre continuar estudiando enfermería (32.2 %), lo que podría indicar ciertas inseguridades o una falta de motivación en la formación continua. De igual manera, el interrogante en el que los participantes expresan interés en otras profesiones del área de la salud, sugiere una insatisfacción moderada con la elección profesional. Por último, se determinan ciertas acciones con un enfoque altruista, como el cuidado altruista (35.6 %) y el ayudar a las personas con ciertos problemas de salud cuando se requiere (38.2 %), (ver **Tabla 2**).

Tabla 2. Características principales de la vocación para el cuidado humano.

Afirmaciones		f	%
1. Ante una situación determinada de enfermedad tengo la confianza de actuar para ayudar en la recuperación de la salud de las personas. A veces Casi siempre Siempre	Rara vez	22	4.7
		147	31.3
		174	37.1
		126	26.9
2. Me resulta fácil interactuar con los pacientes aplicando la empatía. Rara vez A veces Casi siempre Siempre	Nunca	9	1.9
		15	3.2
		66	14.1
		158	33.7
		221	47.1
3. Frecuentemente deseo cuidar de la salud de las personas. Rara vez A veces Casi siempre Siempre	Nunca	1	0.2
		8	1.7
		46	9.8
		185	39.4
		229	48.8
4. Tengo seguridad al realizar intervenciones de enfermería a las personas con algún problema de salud. Rara vez A veces Casi siempre Siempre	Nunca	3	0.6
		25	5.3
		149	31.8
		204	43.5
		88	18.8
5. Si la situación se presenta, ayudo a cuidar la salud de desprotegidos de manera altruista. Rara vez A veces Casi siempre Siempre	Nunca	3	0.6
		40	8.5
		142	30.3
		167	35.6
		117	24.9
6. Ante un dilema ético analizo previamente mis acciones para no perjudicar al paciente. Rara vez A veces Casi siempre Siempre	Nunca	2	0.4
		9	1.9
		49	10.4
		138	29.4
		271	57.8
7. Promuevo la salud con mis familiares o amigos. A veces Casi siempre Siempre	Rara vez	14	3.0
		58	12.4
		163	34.8
		234	49.9

Nota. Los ítems para las dimensiones son: a) inclinación hacia el cuidado de la salud 3,5,7,10,12,16,19 y 22, b) autoeficacia en el servicio de cuidado de salud 1, 4, 9, 11, 13, 15, 17 y 20 y 3) componente axiológico 2, 6, 8, 14, 18, 21 y 23.



Tabla 2. Características principales de la vocación para el cuidado humano (continuación).

Afirmaciones		f	%
8. Brindo palabras solidarias a los pacientes cuando tienen un problema de salud.	Nunca	1	0.2
Rara vez	10	2.1	
A veces	70	14.9	
Casi siempre	158	33.7	
Siempre	230	49.0	
9. Me gusta escuchar atentamente a las personas cuando tienen problemas de salud.	Rara vez	3	0.6
A veces	29	6.2	
Casi siempre	118	25.2	
Siempre	319	68.0	
10. No me importa privarme de mi vida social por cuidar la salud de otras personas cuando me necesitan.	Nunca	11	2.3
Rara vez	42	9.0	
A veces	127	27.1	
Casi siempre	167	35.6	
Siempre	122	26.0	
11. Tengo la confianza suficiente para realizar cuidados de salud a las personas que lo requieran.	Nunca	3	0.6
Rara vez	15	3.2	
A veces	97	20.7	
Casi siempre	209	44.6	
Siempre	145	30.9	
12. Me agradaría ofrecer mis servicios de enfermería en una comunidad de bajo desarrollo social.	Nunca	1	0.2
Rara vez	9	1.9	
A veces	58	12.4	
Casi siempre	190	40.5	
Siempre	211	45.0	
13. Tengo la confianza de esforzarme con dedicación al realizar intervenciones para el cuidado de la salud.	Rara vez	6	1.3
A veces	48	10.2	
Casi siempre	158	33.7	
Siempre	257	54.8	
14. Ayudo a las personas con problemas de salud cuando me lo piden.	Nunca	1	0.2
Rara vez	19	4.1	
A veces	103	22.0	
Casi siempre	179	38.2	
Siempre	167	35.6	

Nota. Los ítems para las dimensiones son: a) inclinación hacia el cuidado de la salud 3,5,7,10,12,16,19 y 22, b) autoeficacia en el servicio de cuidado de salud 1, 4, 9, 11, 13, 15, 17 y 20 y 3) componente axiológico 2, 6, 8, 14, 18, 21 y 23.



Tabla 2. Características principales de la vocación para el cuidado humano (continuación).

Afirmaciones		f	%
15. Me siento con la confianza suficiente para enseñar y promover estilos de vida saludables.	Nunca	25	5.3
Rara vez	51	10.9	
A veces	144	30.7	
Casi siempre	158	33.7	
Siempre	91	19.4	
16. A pesar de las condiciones precarias sociales y de salud de las comunidades rurales, acudo a ellas para promover la salud.	Nunca	2	0.4
Rara vez	19	4.1	
A veces	91	19.4	
Casi siempre	183	39.0	
Siempre	174	37.1	
17. Tengo la confianza para realizar actividades conjuntas con el equipo de salud.	Nunca	2	0.4
Rara vez	9	1.9	
A veces	39	8.3	
Casi siempre	99	21.1	
Siempre	320	68.2	
18. Proporciono cuidados de enfermería con la misma calidad, sin importar el aspecto físico o condición social.	Rara vez	11	2.3
A veces	35	7.5	
Casi siempre	97	20.7	
Siempre	326	69.5	
19. Participaría voluntariamente en campañas de vacunación.	Nunca	17	3.6
Rara vez	26	5.5	
A veces	77	16.4	
Casi siempre	106	22.6	
Siempre	243	51.8	
20. Tengo la confianza de desarrollar cuidados en el paciente con conocimientos teóricos y prácticos.	Nunca	2	0.4
Rara vez	24	5.1	
A veces	97	20.7	
Casi siempre	194	41.4	
Siempre	152	32.4	

Nota. Los ítems para las dimensiones son: a) inclinación hacia el cuidado de la salud 3,5,7,10,12,16,19 y 22, b) autoeficacia en el servicio de cuidado de salud 1, 4, 9, 11, 13, 15, 17 y 20 y 3) componente axiológico 2, 6, 8, 14, 18, 21 y 23.

**Tabla 2.** Características principales de la vocación para el cuidado humano (continuación).

Afirmaciones		f	%
21. He dudado en continuar estudiando enfermería.	Nunca	129	27.5
Rara vez	107	22.8	
A veces	151	32.2	
Casi siempre	28	6.0	
Siempre	32	6.8	
22. Me gustaría haber ingresado a otra profesión del área de la salud que no fuera enfermería.	Nunca	129	27.5
Rara vez	65	13.9	
A veces	132	28.1	
Casi siempre	38	8.1	
Siempre	105	22.4	
23. Contribuyo en las decisiones de salud de las personas.	Nunca	16	3.4
Rara vez	34	7.2	
A veces	163	34.8	
Casi siempre	150	32.0	
Siempre	106	22.6	

Nota. Los ítems para las dimensiones son: a) inclinación hacia el cuidado de la salud 3,5,7,10,12,16,19 y 22, b) autoeficacia en el servicio de cuidado de salud 1, 4, 9, 11, 13, 15, 17 y 20 y 3) componente axiológico 2, 6, 8, 14, 18, 21 y 23.

Discusión

Esta investigación buscó describir la vocación de servicio para el cuidado humano en estudiantes de enfermería con el fin de generar evidencia que fortalezca su formación ética y profesional. Los principales hallazgos hacen evidente que la mayoría de los estudiantes de enfermería presentan un buen nivel de vocación, lo cual coincide con los hallazgos de Blanchflower (2021), Arenas *et al.* (2022) y Antonio *et al.* (2021), quienes señalan que la vocación en los estudiantes de enfermería se relaciona con factores sociodemográficos y personales. Asimismo, se observa una prevalencia del sexo femenino, en concordancia con lo reportado por Ruiz *et al.* (2018) y otros estudios previos, lo que reafirma la tendencia histórica de asociar el cuidado con el género femenino, tradicionalmente vinculado a roles de atención, empatía y servicio en comparación con los hombres.



Aunque la mayoría mostró un nivel de una vocación entre intermedia y alta, se identificaron casos aislados de baja vocación, lo que coincide con los hallazgos de Arenas *et al.* (2022) y Antonio *et al.* (2021), quienes advierten que la ausencia de orientación sólida puede generar desmotivación durante la formación profesional. Esta situación resalta la importancia de reforzar en los programas educativos estrategias que fortalezcan la identidad profesional y el sentido de pertenencia a la disciplina e inclusive con orientaciones vocacionales desde el nivel bachillerato.

Otro aspecto importante es la identificación de las características principales de la vocación para el cuidado humano, las cuales refuerzan su relevancia en el ejercicio de la profesión tales como la confianza, empatía, altruismo, ética profesional y responsabilidad, fueron ampliamente reconocidas por los participantes, en concordancia con lo descrito por Perilla (2022). Dichos elementos constituyen pilares fundamentales de la práctica enfermera, pues reflejan la disposición del estudiante a cuidar desde la comprensión y el compromiso ético con el otro. En este sentido, la vocación se concibe no solo como una inclinación personal, sino como una actitud interior que se traduce en la vivencia cotidiana del cuidado.

Al comparar estos resultados con los de Hernández-Xumet (2025) en su investigación “Vocación del cuidado humano y habilidades blandas en estudiantes de enfermería y fisioterapia: un estudio transversal”, se observa una significativa diferencia en cuanto a la empatía y preocupación hacia los pacientes, ya que en este estudio se reportaron porcentajes superiores. Sin embargo, ambos coinciden en registrar niveles elevados de vocación de servicio superiores al 70 %, lo cual sugiere una tendencia general positiva hacia el compromiso con el cuidado humano.

También se identificó una correlación significativa entre la edad y el grado de vocación hallazgos similar al reportado por Arenas-Ramírez (2023), quien señala que los estudiantes más jóvenes (entre 20 y 22 años) tienden a mostrar mayor entusiasmo y disposición hacia la profesión. Esto se podría atribuirse a que, en etapas iniciales de la formación, prevalece la motivación idealista y el deseo de servir.

Respecto a la motivación para adquirir conocimientos y desarrollar intervenciones basadas en evidencia, los hallazgos son comparables con los de Hidalgo Carbajal (2017), quien evidenció deficiencias en el conocimiento práctico y teórico en un alto porcentaje de estudiantes. En la presente investigación, un grupo similar manifestó falta de motivación hacia la formación continua, lo que puede reflejar inseguridad profesional o necesidad de reforzar la confianza académica.

Finalmente, en relación con la confianza para realizar intervenciones de manera directa en los pacientes, se encontró gran similitud con los resultados obtenidos por Díaz Hoyo (2025), donde la mayoría de los participantes manifestó contar con un nivel óptimo de seguridad para desarrollar



actividades clínicas y trabajo en equipo, cifra coherente con el obtenido en esta investigación. Este nivel de autoconfianza es un indicador favorable, ya que la seguridad en la práctica constituye un componente clave de la vocación de servicio y del desarrollo de competencias profesionales.

En conjunto, los hallazgos sugieren que la vocación de servicio para el cuidado humano en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Teziutlán se encuentra en un nivel satisfactorio, aunque aún requieren fortalecer, aspectos esenciales para consolidar una identidad enfermera comprometida con el cuidado integral del ser humano.

Conclusión

El presente estudio alcanzó su objetivo, evidenciando que dicha vocación se encuentra presente en la mayoría de los participantes, aunque con variaciones según el semestre académico. Los resultados muestran que la motivación vocacional y el compromiso hacia el cuidado humanizado son más notorios en los primeros semestres, lo que sugiere un posible desgaste o transformación de la motivación inicial conforme avanza la formación profesional. Asimismo, se identificó que más de dos tercios de los estudiantes contaban con capacitación previa en temas de salud durante el bachillerato, elemento que podría influir positivamente en la consolidación de su vocación y en la comprensión ética del cuidado humano.

De manera general, los hallazgos ponen de relieve la necesidad de fortalecer estrategias educativas y de formación profesional que promuevan la reflexión crítica, el sentido ético y la autoeficacia general, a fin de preservar la vocación de servicio como eje esencial de la identidad enfermera. Fomentar una vocación que trascienda las construcciones de sexo y se sustente en los valores universales del cuidado, contribuirá a una formación más integral, equitativa y humanista en el ámbito de la enfermería.

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

- Antonio González, G., Montes Andrade, J. S., Ramírez-Girón, N. y Landeros-Olvera, E. (2021). Validación del instrumento de vocación de servicio al cuidado humano en estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería*, 30(3), 254–258. <https://ciberindex.com/c/ie/e13287>
- Arenas-Ramírez, A., Jiménez-Cervantes, K., Almonte-Maceda, M. y Ramírez-Girón, N. (2022). Vocación para el cuidado humano en estudiantes de enfermería en una universidad de México. *Index de Enfermería*, 31(3), 227–231. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20225154>
- Blanchflower, D. G. (2021). Is happiness U-shaped everywhere? Age and subjective well-being in 145 countries. *Journal of Population Economics*, 34, 575–624. <https://doi.org/10.1007/s00148-020-00797-z>
- Díaz Hoyos, L. L. y Mejía Cruz, B. I. (2025). *Nivel de vocación profesional en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, 2024* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de Chota. Repositorio Institucional UNACH. <https://repositorio.unach.edu.pe/handle/20.500.14142/678>
- Guerra, F. J. y De Anda Aguilar, L. (2024). *Marco jurídico de actuación de la enfermería en México: Derechos y obligaciones de los profesionales de la salud*. *Revista CONAMED*, 29(1), 8–25. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_29_2024/art_2.pdf
- Hernández-Xumet, J.-E., García-Hernández, A.-M., Fernández-González, J.-P. y Marrero-González, C.-M. (2025). Vocación del cuidado humano y las habilidades blandas en estudiantes de enfermería y fisioterapia: un estudio transversal. *Nursing Reports*, 15(2), 70, 1-20. <https://doi.org/10.3390/nursrep15020070>
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán [INCMNSZ]. (08 de diciembre de 2017). *Declaración de Helsinki*. Dirección de investigación, Comité de ética en investigación. <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/helsinki.html>
- Moreno Sánchez, Y. M., Fajardo Daza, M., Ibarra Acuña, A. y Restrepo, S. S. (2017). Cronología de la profesionalización de la enfermería. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 9(2), 63–83. <https://doi.org/10.22335/rlct.v9i2.479>
- Pacheco Morocho, G. P. y Vargas Mera, K. N. (octubre 2018-abril 2019). *Informe final del proyecto de investigación previo a la obtención del título de licenciada en enfermería*. Universidad Técnica de Babahoyo. <https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/5840/P-UTB-FCS-ENF-000117.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Paredes Chávez, O. F. (2017). *Factores socio-personales relacionados con la vocación profesional en ingresantes a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, Puno – 2016*



- [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional del Altiplano. <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3275213>
- Perilla Portilla, E. (2022). El arte del cuidado, un llamado a la vocación de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(2), e4140, 1–3. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000200001
- Polit, D. F. y Beck, C. T. (2018). *Investigación científica en las ciencias de la salud* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. (07 de junio de 2024). Diario Oficial de la Federación [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Ruiz-Gutiérrez, J. M. y Santana-Vega, L. E. (2018). Elección de carrera y género. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (Reid)*, 19, 7–20. <https://doi.org/10.17561/reid.v0i19.3470>
- Sanabria, H. (2002). Deserción en estudiantes de enfermería en cuatro universidades del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63(4), 301–311. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37963408>
- Tumay-Tumay, E. R. (2022). Ser enfermera: Vocación, sentido humanista y axiológico. *Ciencia y Cuidado*, 19(3), 5-9. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3521/4037>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- Young, P., Hortis De Smith, V., Chambi, M. C. y Finn, B. C. (2011). Florence Nightingale (1820–1910), 101 años después de su muerte. *Revista Médica de Chile*, 139, 807–813. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>

**Intervención de enfermería en terapias de reemplazo renal continuo
con tecnologías avanzadas: Revisión Sistemática**
**Nursing intervention in continuous renal replacement therapies with
advanced technologies: Systematic Review**
**Intervenção de enfermagem em terapias de substituição renal contínua
com tecnologias avançadas: Revisão Sistemática**

***Gomez-Landeros, Jonathan**  0009-0007-8758-430X

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México.
Licenciado en Enfermería. *Autor correspondiente.
2123076042@alumnos.xoc.uam.mx

Nicolás-Gómez, Blanca Estela  0009-0000-4689-5952

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México.
Especialista en Salud Materno y Perinatal.
bnicolas@correo.xoc.uam.mx

Sánchez-Vargas, Marcela Marlene  0009-0009-4849-5667

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México.
Maestría en Salud Pública.
mmsanchez@correo.xoc.uam.mx

Nicolas-Cruz, Erika Jazmín  0009-0003-1646-9786

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México.
Maestría en Rehabilitación Neurológica.
enicolas@correo.xoc.uam.mx

Texis-Texis, Irma Gloria  0009-0003-1646-9786

Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, Ciudad de México, México.
Doctora en Educación.
igtexis@correo.xoc.uam.mx

Recibido: 04 de septiembre de 2025. **Aceptado:** 02 de noviembre 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. Las terapias de reemplazo renal continuo (TRRC) son fundamentales para pacientes críticos con insuficiencia renal aguda. La tecnología ha transformado estas terapias, lo que ha modificado el rol de enfermería y exige nuevas competencias.

Objetivo. Sintetizar la evidencia disponible sobre la intervención de enfermería en TRRC, con el fin de definir tecnologías avanzadas (sistemas de documentación electrónica, monitorización remota, dispositivos miniaturizados y modalidades de terapia) y sus desenlaces de interés (seguridad del paciente, eficiencia, competencias de enfermería y carga laboral).

Metodología. Se realizó una revisión sistemática (PRISMA) en PubMed, DOAJ, SciELO, LILACS y Cochrane Library, con el uso de términos MeSH/DeCS. Se incluyeron estudios de 2019-2025 que abordaran la intervención de enfermería en TRRC con tecnologías avanzadas y que tuvieran texto completo disponible.

Resultados. Se identificaron cinco artículos con diseños heterogéneos. Los hallazgos se organizaron por categorías: rol de enfermería, competencias, impacto tecnológico y seguridad del paciente. Se observó que tecnologías como la documentación electrónica, monitorización remota y dispositivos miniaturizados han redefinido las responsabilidades de enfermería. La capacitación del personal se destacó como un factor crítico para la seguridad del paciente.

Conclusiones. Las tecnologías avanzadas mejoran la eficiencia y potencialmente la seguridad en TRRC, pero persisten desafíos en la capacitación y estandarización. Se requieren más estudios sobre el impacto de estas tecnologías en los resultados clínicos.

Palabras clave. Terapia de reemplazo renal continuo; Enfermería; Equipos de Tecnología y Software; Unidades de Cuidados Intensivos; Revisión Sistemática; México. (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Continuous renal replacement therapies (CRRT) are vital for critically ill patients with acute kidney injury. Advanced technologies have transformed these therapies, redefining nursing roles and demanding new competencies.

Objective. To synthesize available evidence on nursing interventions in CRRT, defining advanced technologies (electronic documentation systems, remote monitoring, miniaturized devices, and therapy modalities) and their outcomes of interest (patient safety, efficiency, nursing competencies, and workload).

Methods. A PRISMA-guided systematic review was conducted, searching PubMed, DOAJ, SciELO, LILACS, and Cochrane Library using relevant MeSH/DeCS terms. Studies published between 2019-2025 specifically addressing nursing interventions in technologically advanced CRRT with full text available were included.



Results. Five articles with heterogeneous methodological designs were identified. Findings were organized around key categories: nursing role, required competencies, technological impact on practice, and patient safety. Advanced technologies, such as electronic documentation systems, remote alarm monitoring, and miniaturized devices, have redefined nursing responsibilities. Staff training was consistently highlighted as critical for ensuring patient safety in this advanced technological context.

Conclusions. Advanced technologies transform nursing practice in CRRT, enhancing efficiency and potentially improving patient safety. However, significant challenges persist regarding staff training and practice standardization. Further studies are warranted to evaluate the impact of these technologies on patient clinical outcomes.

Keywords: Continuous renal replacement Therapy; Nursing; Equipment and Software; Intensive Care Units; Systematic Review; Mexico (MeSH).

RESUMO

Introdução. As terapias de substituição renal contínua (TRRC) são fundamentais para pacientes críticos com insuficiência renal aguda. A tecnologia transformou estas terapias, alterando o papel dos enfermeiros e exigindo novas competências. Objetivos: sintetizar a evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem em TRRC, com vista a definir tecnologias avançadas (sistemas de documentação eletrônica, monitorização remota, dispositivos miniaturizados e modalidades de terapia) e os respetivos desfechos de interesse (segurança do paciente, eficiência, competências de enfermagem e carga de trabalho).

Metodologia. Foi realizada uma revisão sistemática (PRISMA) nas bases de dados PubMed, DOAJ, SciELO, LILACS e Cochrane Library, com recurso a termos MeSH/DeCS. Foram incluídos estudos de 2019 a 2025 que abordassem a intervenção de enfermagem em TRRC com tecnologias avançadas e que tivessem o texto completo disponível.

Resultados. Foram identificados cinco artigos com designs heterogêneos. Os resultados foram organizados por categorias: papel da enfermagem, competências, impacto tecnológico e segurança do paciente. Constatou-se que tecnologias como a documentação eletrônica, monitorização remota e dispositivos miniaturizados redefinem as responsabilidades de enfermagem. A formação do pessoal foi destacada como um fator crítico para a segurança do paciente.

Conclusões. As tecnologias avançadas melhoram a eficiência e, potencialmente, a segurança em TRRC, mas persistem desafios na formação e na normalização. São necessários mais estudos sobre o impacto destas tecnologias nos resultados clínicos.

Palavras-chave. Terapia de substituição renal contínua; Enfermagem; Equipamentos de Tecnologia e Software; Unidades de Cuidados Intensivos; Revisão sistemática; Mexico (DeCS).



Introducción

Las terapias de reemplazo renal continuo (TRRC) son un tratamiento esencial para pacientes críticos con insuficiencia renal aguda en unidades de cuidados intensivos (UCI) (Chawla *et al.*, 2017; Herrera, 2023; Rodríguez-Yanez *et al.*, 2023). Estas terapias eliminan solutos y líquidos de forma gradual y continua para mejorar la estabilidad hemodinámica en pacientes que no toleran terapias intermitentes (Correa *et al.*, 2025; Stevens *et al.*, 2024). A diferencia de la hemodiálisis intermitente, las TRRC funcionan durante períodos prolongados (generalmente 24 horas) con flujos sanguíneos y tasas de ultrafiltración más bajos, lo que reduce la inestabilidad hemodinámica (Baldwin y Mottes, 2021; Herrera, 2023).

En los últimos años, este enfoque ha experimentado una notable evolución tecnológica que ha modernizado equipos, sistemas de monitorización y documentación (Neri *et al.*, 2019; See *et al.*, 2021). Esta transformación ha redefinido el rol del personal de enfermería, al exigir nuevas competencias y adaptaciones clínicas (Berrocal-Tomé, 2023; Rodríguez-Yanez *et al.*, 2023). Dicha evolución ha transitado desde sistemas básicos hasta plataformas integradas con monitorización avanzada, alarmas inteligentes y conectividad hospitalaria (See *et al.*, 2021).

Como resultado de estos avances, el personal de enfermería cumple un papel clave en la implementación y manejo de las TRRC, encargándose de la configuración del circuito, la monitorización del paciente y el equipo, la detección de complicaciones y la documentación (Baldwin y Mottes, 2021; Berrocal-Tomé, 2023). Dicha responsabilidad se ha visto influida por tecnologías avanzadas que, pese a aumentar la complejidad de estas tareas, han mejorado la eficiencia y seguridad del proceso (Neri *et al.*, 2019; Rodríguez-Yanez *et al.*, 2023). Este avance explica la evolución del rol desde un enfoque técnico hacia uno integral que combina competencias técnicas, clínicas y tecnológicas (Herrera, 2023).

A pesar del avance tecnológico en TRRC y el rol clave del personal de enfermería, existen pocas revisiones de literatura que sintetizen la evidencia disponible (Ostermann *et al.*, 2020). Cabe destacar que la mayoría de la literatura se enfoca en aspectos clínicos o técnicos, sin abordar específicamente el papel de enfermería en el contexto tecnológico, una carencia ya señalada por Rewa *et al.* (2017) quienes destacaron la necesidad de investigar aspectos relacionados con su práctica.

Dicha brecha resulta especialmente relevante dado el rápido avance tecnológico en TRRC, que exige una constante actualización de competencias del personal de enfermería (Karkar y Ronco, 2020; See *et al.*, 2021). A ello se suma la notable variabilidad en las prácticas entre instituciones y países (Ostermann *et al.*, 2020), factor que obstaculiza la estandarización de cuidados. En este contexto, resulta relevante priorizar que la seguridad del paciente en TRRC depende fundamentalmente de la



competencia del personal de enfermería en el manejo tecnológico (Karkar y Ronco, 2020), lo que exige una comprensión profunda del impacto de estas innovaciones en su práctica (Rewa *et al.*, 2017).

Por lo tanto, se requiere una revisión sistemática sobre la intervención del personal de enfermería a fin de fundamentar la práctica clínica, orientar la formación y guiar investigaciones futuras. Ante esta necesidad identificada, el propósito de esta investigación es sintetizar la evidencia existente sobre la intervención de enfermería en terapias de reemplazo renal continuo con tecnologías avanzadas a través de una revisión sistemática de la literatura.

Metodología

Para garantizar rigor metodológico, esta revisión sistemática se realizó conforme a la guía PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021), el protocolo fue previamente registrado en la plataforma PROSPERO (ID: CRD420251064833) el cual no requirió modificaciones durante el estudio o registro ante un comité de ética por utilizar exclusivamente datos de acceso público; sin embargo se conservaron los principios de beneficencia y no maleficencia, para favorecer la autonomía de la disciplina de enfermería en los cuidados especializados en las TRRC.

Los criterios de selección se establecieron mediante el formato PICOS, donde: P: Personal de enfermería que trabaja con terapias de reemplazo renal continuo en cualquier contexto clínico; I: Uso de tecnologías avanzadas en TRRC; C: No se aplicó comparador específico; O: Resultados relacionados con práctica de enfermería, competencias requeridas, capacitación, seguridad del paciente o eficiencia del proceso; S: Estudios primarios (ensayos clínicos, estudios observacionales, estudios cualitativos) y revisiones que abordaran intervenciones de enfermería en TRRC. Como guía principal, la pregunta PICOS fue: ¿Cuál es la evidencia disponible sobre la intervención del personal de enfermería en el manejo de TRRC con tecnologías avanzadas, en relación con sus competencias, impacto en la práctica clínica y resultados en seguridad del paciente?

Se incluyeron estudios publicados entre 2019-2025 en PubMed/MEDLINE, DOAJ, SciELO, LILACS y Cochrane Library. La búsqueda se realizó con términos MeSH/DeCS en español, inglés y portugués bajo el siguiente algoritmo: ((“continuous renal replacement therapy”) OR (“CRRT”) OR (“hemofiltration”) OR (“hemodialysis”) OR (“hemodiafiltration”) OR (“renal replacement”) OR (“dialysis” OR “renal support”) AND (nurse OR nursing) OR (“nursing care”) OR (“nursing intervention”) OR (“nursing management”) OR (“nursing staff”) OR (“nursing competence”) OR (“nursing skill”) AND (“technology”) OR (“technological”) OR (“digital”) OR (“automated”) OR (“electronic”) OR (“remote monitoring”) OR (“device”) OR (“equipment”) OR (“innovation”) OR (“modern”) OR (“novel”) OR (“new generation”) OR (“high-tech”) OR (“interface”) OR (“monitor”)).



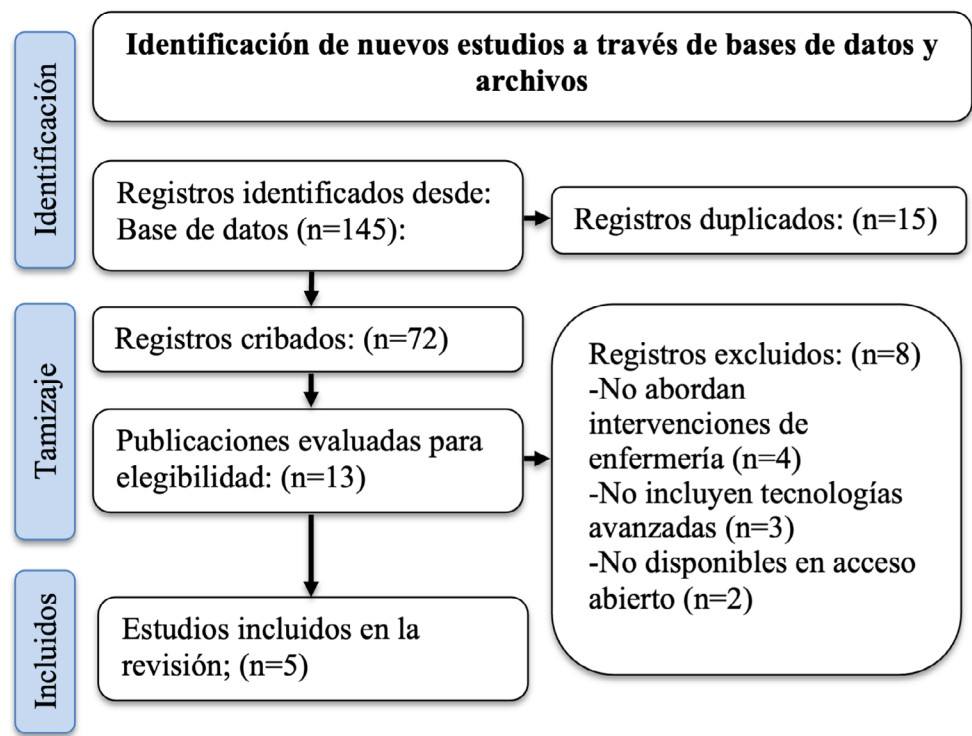
El proceso inicial de la selección de estudios se llevó a cabo por los investigadores de manera independiente con el cribado de los documentos, se revisaron los títulos y resúmenes para determinar su elegibilidad potencial y se continuó con la revisión de los documentos a texto completo. Tanto las discrepancias como la evaluación de riesgo de sesgo, se consensaron entre los investigadores para determinar inclusión y calidad metodológica de los documentos seleccionados.

La evaluación de los documentos para los estudios de intervención sin grupo de comparación fue a través de la guía StaRi, el riesgo de sesgo se evaluó con Joanna Briggs Institute, para la calidad para estudios observacionales la guía STROBE, la calidad con lista de verificación CASP; para el estudio experimental in vitro, se adaptaron los dominios de SYRCLE’s RoB; asimismo, los estudios cualitativos con la guía COREQ.

Resultados

Se identificaron 87 registros, PubMed (n=42), DOAJ (n=15), SciELO (n=12), LILACS (n=14) y Cochrane Library (n=4). Tras eliminar 15 duplicados, se evaluaron 72 registros por título y resumen. De estos, 13 artículos avanzaron a evaluación de texto completo, de los cuales 8 fueron excluidos. Como resultado, el desgaste de la muestra se plasma en la **Figura 1** con base en los lineamientos del PRISMA 2020.

Figura 1. Desgaste de la muestra de artículos.



Fuente: Elaborado conforme a las directrices de PRISMA (Haddaway *et al.*, 2022).



Debido a la heterogeneidad metodológica no se pudo calcular medidas de efecto para meta-regresión, se optó por una síntesis narrativa para integrar los hallazgos. Los resultados se organizaron en cinco categorías temáticas: 1) Características de los estudios incluidos, 2) Tecnologías avanzadas en TRRC y su relación en la práctica de enfermería, 3) Rol y competencias de enfermería en TRRC con tecnologías avanzadas, 4) Impacto de tecnologías avanzadas en la práctica de enfermería, y 5) Seguridad del paciente y desafíos asociados.

En la **Tabla 1**, se recopiló las características fundamentales de los estudios incluidos de acuerdo a su diseño; en la **Tabla 2** se documentó los dispositivos identificados, sus características técnicas y su impacto específico en la práctica clínica. En la **Tabla 3**, se sintetizan los hallazgos sobre competencias en el manejo de TRRC con tecnologías avanzadas. En la **Tabla 4** mapeó las variaciones entre instituciones y destacó tanto hallazgos como implicaciones operativas; finalmente, la **Tabla 5**, un análisis comparativo de los efectos de estas tecnologías al enumerar sistemáticamente sus beneficios y desafíos organizados por dimensiones clave como eficiencia, seguridad del paciente y procesos de capacitación (Ver **Tablas 1-5**).

Tabla 1. Características de los estudios incluidos.

N° de artículo, Autor, año y País	Diseño metodológico	Tecnología avanzada	Calidad metodológica/ Riesgo de sesgo
1. Andrade <i>et al.</i> (2019), Brasil.	Investigación cualitativa en 21 enfermeros de UCI.	No específica (enfoque en capacitación).	Media ^a /-- ¹
2. Baldwin <i>et al.</i> (2025), Australia.	Estudio descriptivo de implementación en el personal de enfermería de UCI y nefrología.	Sistema de prescripción electrónica (e-Prescribing) integrado con software Cerner.	Alta ^b /No aplicable
3. Daverio <i>et al.</i> (2022), Europa (20 países).	Encuesta transversal en 69 unidades de cuidados intensivos pediátricos.	Diversas modalidades de TRRC.	Media ^c / Moderado ²
4. Sgarabotto <i>et al.</i> (2023), Italia	Estudio experimental in vitro. Dispositivo miniaturizado (AD 1).	Dispositivo miniaturizado para ultrafiltración extracorpórea (Artificial Diuresis-1).	Alta ^e /Bajo ³
5. Zasuwa <i>et al.</i> (2022), EE. UU.	Análisis de mejora de calidad. En el personal de enfermería de UCI.	Sistema de alerta remota inalámbrica para máquinas SLED-RCA.	Alta ^b /No aplicable

Fuente. Elaboración propia.

Nota. SLED-RCA= Diálisis de baja eficiencia sostenida con anticoagulación regional con citrato; a= COREQ; b= StaRI; c= STROBE; e= CRIS; 1= "Riesgo de Sesgo" se sustituye por la evaluación del rigor metodológico y la credibilidad de los hallazgos, utilizando el CASP Qualitative Checklist, puntuación Alta; 2= JBI estudios de prevalencia; 3= SYRCLE's RoB



Tecnologías Avanzadas en TRRC y su Relación con la Práctica de Enfermería

Sistemas de Documentación Electrónica

Baldwin *et al.* (2025) desarrollaron un sistema de prescripción electrónica y documentación digital integrado para TRRC que reemplazó completamente los formularios en papel. Esta innovación incluyó un panel de control en tiempo real con métricas clínicas que, según los autores, optimizan la toma de decisiones del personal de enfermería.

Sistemas de Monitorización Remota

Zasuwa *et al.* (2022) implementaron un sistema inalámbrico de alertas para SLED-RCA con capacidad para monitorear 15 máquinas simultáneamente. Esta tecnología redujo el tiempo de respuesta a alarmas a aproximadamente cinco minutos y mejoró la eficiencia operativa del personal de enfermería en centros hospitalarios.

Dispositivos Miniaturizados

Sgarabotto *et al.* (2023) desarrollaron el dispositivo AD-1 para ultrafiltración extracorpórea, cuyo diseño integra un mini-filtro de polisulfona con un sistema que funciona mediante flujo sanguíneo y gravedad. Los investigadores reportaron que estas características permiten su uso en diversos entornos clínicos gracias a su portabilidad y facilidad de operación por parte del personal de enfermería. Para una visión integral, la **Tabla 2** sintetiza estas tecnologías emergentes y su influencia en la práctica clínica actual.

**Tabla 2.** Tecnologías avanzadas en TRRC identificadas en los estudios.

Nº de Artículo, Categoría y Tecnología	Características principales	Impacto en la práctica de enfermería
2. Sistemas de documentación y monitorización. Sistema de prescripción electrónica.	Integrado con software Cerner. Eliminación de documentación en papel. Panel de control en tiempo real. Nuevas métricas para monitorización.	Eliminación de documentación en papel. Acceso a historial electrónico. Desarrollo de nuevas competencias digitales. Mejora en la toma de decisiones basada en datos.
5. Sistemas de monitorización remota. Sistema de alerta remota inalámbrica	Monitorización simultánea de hasta 15 máquinas. Notificación remota de alarmas. Reducción del tiempo de respuesta.	Reducción del tiempo de respuesta a alarmas. Liberación de tiempo para otras tareas críticas. Mejora en la eficiencia del trabajo. Dependencia de infraestructura tecnológica.
4. Dispositivos miniaturizados. Dispositivo Artificial Diuresis-1 (AD 1)	Minifiltro de polisulfona. Funcionamiento por flujo sanguíneo y gravedad. Diseño simplificado. Mayor aplicabilidad en diversos entornos.	Potencial reducción de la curva de aprendizaje. Simplificación del manejo. Mantenimiento de presiones vasculares en rangos seguros. Necesidad de capacitación específica.
3. Modalidades avanzadas de terapia. Hemodiafiltración venovenosa continua	Modalidad preferida en 51% de UCIPs europeas. Combinación de difusión y convección. Variabilidad en dosis y configuración.	Variabilidad en prácticas entre instituciones. Necesidad de competencias específicas. Responsabilidad en configuración y manejo. Monitorización continua.
5. Modalidades avanzadas de terapia. SLED-RCA	Combinación de diálisis de baja eficiencia sostenida con anticoagulación regional con citrato. Monitoreo especializado.	Necesidad de monitorización específica. Competencias técnicas avanzadas. Respuesta a alarmas. Manejo de complicaciones.

Fuente. Elaboración propia.

Nota. TRRC = Terapia de Reemplazo Renal Continuo; UCIPs = Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos; SLED-RCA = Diálisis de baja eficiencia sostenida con anticoagulación regional con citrato.

Rol y Competencias de Enfermería en TRRC con Tecnologías Avanzadas

Evolución del Rol y Responsabilidades

Daverio *et al.* (2022) cuantificaron las responsabilidades del personal de enfermería en UCIP europeas, destacando su participación en la configuración del circuito (49 % de las UCIP) y el manejo de la máquina (67 %). Baldwin *et al.* (2025) documentaron cómo los sistemas de documentación electró-



nica transformaron el rol de enfermería hacia la documentación digital y monitorización en tiempo real, eliminando el registro manual. Zasuwa *et al.* (2022) observaron que los sistemas de alerta remota optimizaron el flujo de trabajo al eliminar la notificación manual de alarmas.

Competencias Técnicas Especializadas

Todos los estudios analizados coincidieron en que el personal de enfermería necesita conocimientos técnicos especializados en TRRC. Andrade *et al.* (2019) enfatizaron la importancia de identificar complicaciones y garantizar la seguridad del paciente. Con la incorporación tecnológica, emergen nuevas competencias: manejo de sistemas de documentación electrónica (Baldwin *et al.*, 2025), y adaptación a dispositivos miniaturizados y monitorización remota (Sgarabotto *et al.*, 2023; Zasuwa *et al.*, 2022).

Tabla 3. Rol y competencias de enfermería en TRRC con tecnologías avanzadas.

Aspecto	Hallazgos clave	Estudios
Responsabilidades principales	Configuración del circuito (49 % de UCIPs).	3
	Manejo de la máquina (67 % de UCIPs).	1
	Monitorización continua.	2
	Documentación.	5
	Respuesta a alarmas.	
	Detección temprana de complicaciones.	
Competencias técnicas	Conocimiento técnico sobre la terapia.	1
	Manejo de diferentes modalidades de TRRC.	3
	Comprensión de principios de anticoagulación.	5
	Interpretación de parámetros y alarmas.	
	Resolución de problemas técnicos.	
Competencias clínicas	Evaluación del paciente.	1
	Identificación y respuesta a complicaciones.	2
	Manejo de balance hídrico.	3
	Interpretación de resultados de laboratorio.	
Competencias tecnológicas	Toma de decisiones clínicas.	
	Manejo de sistemas electrónicos de documentación.	2
	Uso de sistemas de monitorización remota.	5
	Adaptación a nuevas tecnologías- Competencias digitales.	1
Impacto de las tecnologías avanzadas	Resolución de problemas tecnológicos.	
	Modificación de responsabilidades.	2
	Eliminación de documentación en papel.	5
	Acceso a datos en tiempo real.	4
	Reducción del tiempo de respuesta a alarmas.	
	Liberación de tiempo para otras tareas.	
	Necesidad de desarrollo de nuevas competencias.	

Fuente. Elaboración propia.

Nota: TRRC = Terapia de Reemplazo Renal Continuo; UCIPs = Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Brechas en Capacitación y Formación

Andrade *et al.* (2019) identificaron deficiencias significativas en la capacitación para hemodiálisis continua en UCI brasileñas, caracterizándolas como “fallas latentes” que comprometen la seguridad del paciente. Daverio *et al.* (2022) documentaron que solo el 61 % del personal de UCIP recibía



capacitación específica en TRRC, mientras que en el 36 % de las unidades no existían requisitos de certificación obligatorios. Baldwin *et al.* (2025) comprobaron que los sistemas electrónicos para TRRC demandan capacitación especializada tanto para su operación técnica como para su aplicación clínica.

Impacto de las Tecnologías Avanzadas en la Práctica de Enfermería

Eficiencia y Optimización de Procesos

Baldwin *et al.* (2025) documentaron que los sistemas de documentación electrónica eliminaron los registros en papel, lo que liberó hasta un 30 % del tiempo del personal para actividades clínicas directas. Zasuwa *et al.* (2022) verificaron que las alertas remotas redujeron en un 40 % el tiempo dedicado a gestionar alarmas manualmente. Sin embargo, ambos estudios señalaron la necesidad de períodos de adaptación y formación especializada.

Transformación de Competencias Profesionales

Baldwin *et al.* (2025) destacaron la necesidad de desarrollar habilidades digitales avanzadas para gestionar sistemas complejos. Contrariamente, Sgarabotto *et al.* (2023) sugirieron que los dispositivos simplificados podrían facilitar la formación y ampliar el acceso a estas terapias. Andrade *et al.* (2019) advirtieron sobre los desafíos que genera la actualización constante de conocimientos y las posibles brechas generacionales en competencias tecnológicas.

Seguridad del Paciente y Desafíos Asociados

Impacto en la Seguridad

Zasuwa *et al.* (2022) demostraron que los sistemas de alerta remota redujeron a 5 minutos el tiempo de respuesta a alarmas, mejorando la capacidad de intervención del personal de enfermería. Baldwin *et al.* (2025) reportaron que los registros electrónicos disminuyen errores en prescripciones, mientras que Sgarabotto *et al.* (2023) incorporaron mecanismos automáticos para mantener parámetros hemodinámicos en rangos seguros.

Factores Críticos para la Seguridad

Andrade *et al.* (2019) identificaron la capacitación insuficiente como condición latente que predispone a errores durante hemodiálisis continua. Daverio *et al.* (2022) documentaron variabilidad significativa



entre instituciones en la implementación de protocolos de seguridad (ver [Tabla 4](#)). La evidencia de los estudios incluidos converge en señalar que los beneficios de las tecnologías avanzadas pueden verse comprometidos ante capacitaciones insuficientes, reafirmando que el factor humano mantiene un rol determinante.

Tabla 4. Variabilidad en las prácticas de TRRC en UCIPs europeas.

Aspecto	Hallazgos	Implicaciones para enfermería
Responsabilidad de prescripción	Consultor de UCIP (70 %). Equipo de UCIP involucrado (77 %). Nefrólogo involucrado (55 %).	Variabilidad en la cadena de comunicación. Necesidad de adaptación a diferentes modelos de trabajo. Importancia de la comunicación interdisciplinaria.
Prácticas de cebado del circuito	Solución salina normal (67 %). Cebado con sangre en niños <10 kg (56 %).	Variabilidad en procedimientos técnicos. Necesidad de competencias específicas según protocolo. Adaptación a diferentes prácticas.
Dosificación de TRRC	Neonatos: 35 (30-50) mL/kg/h- Niños 1 mes. 18 años: 30 (30-40) mL/kg/h.	Cálculos específicos según edad y peso. Monitorización precisa de dosis administrada. Ajustes según protocolo institucional.
Sistemas de anticoagulación	Heparina no fraccionada regional (41 %). Anticoagulación regional con citrato (35 %). Sin anticoagulación (12 %).	Competencias específicas según método. Monitorización diferenciada. Detección de complicaciones específicas. Variabilidad en protocolos.
Cambios de filtro	Desencadenado por coagulación del filtro (53 %). Por aumento de presión transmembrana (47 %). Cambios rutinarios cada 72 horas (62%).	Criterios variables para cambio de circuito. Monitorización de parámetros específicos. Planificación de cambios programados. Preparación y ejecución de cambios.
Monitorización de objetivos de eliminación de líquidos	Cada 4 horas (34 %). Cada 12 horas (17 %). Cada 24 horas (13 %).	Frecuencia variable de evaluación. Registro y documentación. Ajustes según evaluación. Comunicación con equipo médico.
Responsabilidad de manejo	Enfermeras de cabecera (67 %). Enfermeras de cabecera con apoyo de especialistas (20 %).	Variabilidad en modelos de atención. Diferentes niveles de responsabilidad. Necesidad de capacitación específica. Sistemas de apoyo variables.

Fuente. Elaboración propia.

Nota. TRRC = Terapia de Reemplazo Renal Continuo; UCIP = Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Como resumen integrador, la [Tabla 5](#) contrasta los beneficios y limitaciones reportados en la literatura, ofreciendo una visión panorámica del impacto tecnológico en la práctica de enfermería en TRRC.

**Tabla 5.** Impacto de las tecnologías avanzadas en la práctica de enfermería en TRRC

Dimensión y N° de Artículos	Beneficios	Desafíos
Eficiencia del trabajo. Artículos 2, 4 y 5	Eliminación de documentación en papel. Reducción de notificación manual de alarmas. Liberación de tiempo para otras tareas críticas. Acceso a datos en tiempo real. Simplificación de procesos.	Curva de aprendizaje inicial. Necesidad de capacitación específica. Dependencia de infraestructura tecnológica. Tiempo de adaptación. Resistencia al cambio.
Seguridad del paciente. Artículos 1, 2, 4 y 5	Reducción del tiempo de respuesta a alarmas (aprox. 5 minutos). Disponibilidad de historial electrónico para prescriptores. Mantenimiento de presiones vasculares en rangos seguros. Mejora en la toma de decisiones. Potencial reducción de errores de documentación.	Riesgos de fallos activos por capacitación inadecuada. Posibles fallos tecnológicos. Dependencia excesiva de la tecnología. Necesidad de sistemas de respaldo. Variabilidad en la implementación.
Competencias profesionales. Artículos 1, 2 y 4	Desarrollo de nuevas habilidades digitales. Potencial reducción de la curva de aprendizaje con dispositivos más simples. Mejora en la toma de decisiones basada en datos. Evolución del rol de enfermería. Especialización profesional.	Necesidad de actualización constante. Brecha generacional en adopción tecnológica. Resistencia al cambio. Variabilidad en competencias digitales previas. Necesidad de programas de capacitación.
Estandarización de prácticas. Artículos 2 y 3	Potencial para reducir la variabilidad. Mejora en la adherencia a protocolos. Facilitación de auditorías y mejora de calidad. Documentación más completa y accesible. Base para desarrollo de indicadores de calidad.	Variabilidad persistente entre instituciones. Falta de guías estandarizadas. Diferencias en recursos disponibles. Adaptación a contextos específicos. Barreras para implementación.

Fuente. Elaboración propia.

Nota. TRRC = Terapia de Reemplazo Renal Continuo.

Discusión

Principales hallazgos y transformación del rol profesional. Este estudio sintetizó la evidencia científica sobre la intervención de enfermería en TRRC con tecnologías avanzadas mediante una revisión sistemática que identificó inicialmente 145 artículos. Tras el cribado, 14 estudios fueron evaluados para elegibilidad, excluyéndose ocho por diversas razones: tres no abordaban intervenciones de enfermería (Juncos *et al.*, 2021; Nichols *et al.*, 2024; Rohrig *et al.*, 2019), dos carecían de texto completo



(Brown *et al.*, 2024; Vangala *et al.*, 2021), dos presentaban deficiencias metodológicas (Farese *et al.*, 2019; Mohamed *et al.*, 2023) y uno ofrecía información insuficiente sobre tecnologías (Barreto *et al.*, 2022). Los cinco estudios restantes (Andrade *et al.*, 2019; Baldwin *et al.*, 2025; Daverio *et al.*, 2022; Sgarabotto *et al.*, 2023; Zasuwa *et al.*, 2022) permitieron identificar mediante síntesis narrativa cuatro categorías temáticas: tecnologías avanzadas y su relación con la práctica de enfermería, rol y competencias profesionales, impacto en la práctica clínica, y seguridad del paciente con sus desafíos asociados.

Esta revisión mostró que la incorporación de tecnologías avanzadas en las TRRC está reconfigurando fundamentalmente el ejercicio profesional de la enfermería. El análisis de los estudios incluidos revela una evolución desde un rol predominantemente operativo hacia uno que integra competencias técnicas especializadas con habilidades de gestión de tecnología compleja, lo que para ello requiere una combinación de experiencia clínica con alfabetización tecnológica avanzada. La documentación electrónica descrita por Baldwin *et al.* (2025) representa un cambio paradigmático en los flujos de trabajo al eliminar procesos manuales y generar eficiencias operativas. Sin embargo, esta transición exige nuevas competencias en gestión de sistemas digitales que trascienden las habilidades tradicionales de registro, ya que la digitalización no solo mejora la precisión documental, sino que redefine los patrones de atención al permitir una monitorización más continua y basada en datos.

Integración de tecnologías emergentes y sus implicaciones en la práctica clínica. Los sistemas de monitorización remota implementados por Zasuwa *et al.* (2022) introducen un modelo de vigilancia centralizada que optimiza los recursos humanos especializados; pero simultáneamente, genera nuevos desafíos en la priorización de alertas y la gestión de múltiples dispositivos. Esta dualidad entre eficiencia y complejidad operativa requiere un equilibrio entre automatización y supervisión humana, donde el juicio clínico experto permanece como componente irremplazable incluso en entornos altamente tecnificados. En el mismo orden de ideas, la miniaturización de dispositivos reportada por Sgarabotto *et al.* (2023) expande significativamente los escenarios de aplicación de las TRRC, lo que facilita su implementación en unidades de cuidados intermedios y contextos con recursos limitados. Si bien esta portabilidad representa un avance sustancial en la democratización del acceso a terapias renales avanzadas, exige adaptaciones en los programas de formación para asegurar competencias equivalentes en diversos contextos asistenciales.

Brechas formativas y desafíos en la estandarización de competencias. El análisis revela una preocupante desconexión entre la velocidad de innovación tecnológica y la actualización de los programas de capacitación. Andrade *et al.* (2019) identificaron deficiencias formativas como factores latentes que comprometen la seguridad del paciente, mientras que Daverio *et al.* (2022) cuantificaron esta brecha al documentar que solo el 61 % del personal de UCIP recibe capacitación espe-



cífica en TRRC. Esta situación refleja que la variabilidad en la preparación del personal constituye un determinante crítico de la calidad en la atención renal continua. La persistente variabilidad en las prácticas sugiere que los avances tecnológicos por sí solos no garantizan la estandarización de los cuidados, se identificaron resistencia al cambio y la insuficiente capacitación como barreras fundamentales para la homogenización de prácticas. La evidencia recopilada indica que la estandarización efectiva requiere intervenciones multifacéticas que integren adopción tecnológica con desarrollo profesional continuo y protocolización basada en evidencia.

Dimensiones de seguridad del paciente en el ecosistema tecnológico de TRRC. La implementación de tecnologías avanzadas introduce nuevas dimensiones en la seguridad del paciente que trascienden los riesgos tradicionales. Zasuwa *et al.* (2022) mostraron que, los sistemas de alerta remota pueden reducir drásticamente los tiempos de respuesta, mientras que Baldwin *et al.* (2025) documentaron una disminución de errores en prescripciones mediante sistemas digitalizados. Sin embargo, estos beneficios están condicionados por la competencia tecnológica del personal, lo que evidencia que la capacitación insuficiente es un factor predisponente para eventos adversos. La interacción entre factores humanos y sistemas tecnológicos emerge como un determinante crítico de seguridad, aspecto explorado por Chawla *et al.* (2017) en su modelo de integración segura de tecnologías en terapia renal. La evidencia sugiere que los mayores beneficios en seguridad se obtienen cuando la implementación tecnológica va acompañada de diseños centrados en el usuario, formación continua y cultura de reporte de incidentes.

Implicaciones para la práctica clínica y desarrollo profesional. La integración efectiva de tecnologías avanzadas en TRRC requiere una reconfiguración de los modelos de práctica en enfermería que considere tanto las oportunidades de optimización como los nuevos desafíos emergentes. Los hallazgos respaldan la implementación de programas de capacitación especializados que integren componentes técnicos, clínicos y de seguridad, con énfasis en el desarrollo de competencias de razonamiento clínico en entornos tecnológicamente mediados. La estandarización de protocolos emerge como una necesidad prioritaria para reducir la variabilidad injustificada en las prácticas y maximizar los beneficios potenciales de las tecnologías avanzadas. La evidencia sugiere que los mayores avances en calidad asistencial se alcanzan cuando la innovación tecnológica se implementa dentro de marcos protocolizados que guían su aplicación clínica y facilitan la evaluación de resultados. El desarrollo profesional continuo debe evolucionar para incorporar competencias digitales avanzadas sin descuidar los fundamentos clínicos esenciales, lo que implica una formación que equilibre el dominio técnico con el fortalecimiento del juicio clínico, la gestión de situaciones de complejidad y la prevención de eventos adversos.

Directrices futuras para la investigación. Esta revisión identifica varias brechas críticas en la literatura actual que merecen atención inmediata. Se requieren estudios que evalúen el impacto



de las tecnologías avanzadas en resultados clínicos significativos más allá de las métricas de eficiencia operativa, examinando específicamente su efecto en la recuperación renal, la incidencia de complicaciones y la calidad de vida relacionada con la salud. La investigación comparativa sobre estrategias de capacitación representa otra área prioritaria, particularmente la evaluación de metodologías innovadoras como la simulación avanzada y el entrenamiento basado en competencias para la adquisición de habilidades técnicas especializadas. Finalmente, se necesitan investigaciones que exploren la experiencia del personal de enfermería con estas tecnologías, y que analicen dimensiones como la carga de trabajo percibida, el estrés tecnológico, la satisfacción profesional y los factores organizacionales que facilitan u obstaculizan una adopción efectiva y sostenible.

Limitaciones de la revisión. Al interpretar estos hallazgos, deben considerarse varias limitaciones metodológicas. El número reducido de estudios incluidos refleja la escasez de investigación específicamente centrada en la intervención de enfermería en TRRC con tecnologías avanzadas, lo que limita la generalización de las conclusiones. La heterogeneidad metodológica de los estudios, aunque enriquecedora desde la perspectiva de la complementariedad, dificulta la comparación directa de hallazgos y limita el metaanálisis. Además, la ausencia de evaluaciones de resultados clínicos a largo plazo en la literatura identificada impide establecer relaciones causales entre la implementación tecnológica y los desenlaces en los pacientes.

Conclusiones

La evidencia disponible indica que las tecnologías en TRRC transforman la práctica de enfermería al exigir competencias técnicas y clínicas integrales. Si bien estas tecnologías muestran potencial para mejorar la eficiencia y la seguridad del paciente, su éxito depende críticamente de dos factores: la capacitación especializada del personal de enfermería y la estandarización de protocolos. El primero exige programas de capacitación comprehensivos que integren competencias específicas, mientras que el segundo requiere guías basadas en evidencia que reduzcan la variabilidad en la práctica clínica. Por lo tanto, la integración exitosa de estas innovaciones tecnológicas demanda un enfoque equilibrado que armonice el avance técnico con el fortalecimiento de las competencias profesionales, la unificación de los procesos asistenciales y la priorización permanente de la seguridad del paciente como principio fundamental.

Consideraciones éticas

Protección de personas. No se realizó ningún tipo de experimento o intervención, Se presentan datos públicos no confidenciales.



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

Financiamiento. Ninguno.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a la Licenciada Jimena Aguilar-Castañeda por su contribución en la fase de selección de estudios y extracción de datos.

Referencias

- Andrade, B. R. P. de, Barros, F. de M., Lúcio, H. F. Â. de, Campos, J. F. y Silva, R. C. da. (2019). Training of intensive care nurses to handle continuous hemodialysis: A latent condition for safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suplemento 1) 105–113. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0013>
- Baldwin, I., Chan, J. W., Downs, S., y Palmer, C. (2025). e-Prescribing, Charting, and Documentation for Continuous Renal Replacement Therapy: A Green Intensive Care Unit and Nephrology Initiative. *Blood Purification*, 54(1), 18–27. <https://doi.org/10.1159/000541487>
- Baldwin, I. y Mottes, T. (2021). Acute kidney injury and continuous renal replacement therapy: A nursing perspective for my shift today in the intensive care unit. *Seminars in Dialysis*, 34(6), 518–529. <https://doi.org/10.1111/sdi.12992>
- Barreto, S., Caputo, A. L., Cruz, F., Donaire, M., Ruiz, V. y Quipildor, R. (2022). Capacitación en reemplazo renal continuo, primera experiencia en el Sanatorio Allende. Relato de experiencia. *Notas de Enfermería*, 22(39), 49-53. <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v22.n39.38020>
- Berrocal-Tomé, F. J. (2023). Historia y desarrollo de las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR): El papel realizado por la enfermería. *Temperamentvm*, 19. <https://dx.doi.org/10.58807/tmp-tvm20235784>
- Brown, D. J., Jeffries, J., Broderick, J., Trager, J., Cheney, M., Clemons, M. y Davis, W. T. (2025). Divide and Save: A Critical Care Air Transport Team Case With Prolonged Field Care. *Military Medicine*, 190(9-10), 2186–2190. <https://doi.org/10.1093/milmed/usae450>
- Chawla, L. S., Bellomo, R., Bihorac, A., Goldstein, S. L., Siew, E. D., Bagshaw, S. M., Bittleman, D., Cruz, D., Endre, Z., Fitzgerald, R. L., Forni, L., Kane-Gill, S. L., Hoste, E., Koyner, J., Liu, K. D., Macedo, E., Mehta, R., Murray, P., Nadim, M., Ostermann, M., Palevsky, P. M., Pannu, N., Rosner, M., Wald, R., Zarbock, A., Ronco, C. y Kellum, J. A. (2017). Acute kidney disease and renal recovery: Consensus report of the Acute Disease Quality Initiative (ADQI) 16 Workgroup. *Nature Reviews Nephrology*, 13, 241–257. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2017.2>



- Correa Beaurregard, N. R., López Fermin, J., Sánchez Domínguez, K. P. y Luis Ruiz, M. Á. (2025). Lesión renal aguda y terapia de soporte renal lenta continua en la unidad de cuidados intensivos; una ventana de probabilidades en población mexicana; del arte a la realidad. *Medicina Crítica*, 38(7), 575–580. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112023000100004
- Daverio, M., Cortina, G., Jones, A., Ricci, Z., Demirkol, D., Raymakers-Janssen, P., Lion, F., Camilo, C., Stojanovic, V., Grazioli, S., Zaoral, T., Masjosthusmann, K., Vankessel, I., Deep, A. y Critical Care Nephrology Section of the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care. (2022). Continuous Kidney Replacement Therapy Practices in Pediatric Intensive Care Units Across Europe. *JAMA Network Open*, 5(12), e2246901. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.46901>
- Farese, S., Jakob, S. M., Kalicki, R., Frey, F. J. y Uehlinger, D. E. (2019). Treatment of acute renal failure in the intensive care unit: Lower costs by intermittent dialysis than continuous venovenous hemodiafiltration. *Artificial Organs*, 33(8), 634–640. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1594.2009.00794.x>
- Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C. y McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews*, 18(2), e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
- Herrera Quimbata, K. J. (2023). Tendencias en la formación de competencias técnicas en el futuro profesional de enfermería. *Revista Conecta Libertad*, 7(3), 62-68. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/337>
- Juncos, L. A., Chandrashekar, K., Karakala, N. y Baldwin, I. (2021). Vascular access, membranes and circuit for CRRT. *Seminars in Dialysis*, 34(6), 406–415. <https://doi.org/10.1111/sdi.12977>
- Karkar, A. y Ronco, C. (2020). Prescription of CRRT: A pathway to optimize therapy. *Annals of Intensive Care*, 10, 32, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-0648-y>
- Mohamed, T. H., Morgan, J., Mottes, T. A., Askenazi, D., Jetton, J. G. y Menon, S. (2023). Kidney support for babies: Building a comprehensive and integrated neonatal kidney support therapy program. *Pediatric Nephrology*, 38, 2043–2055. <https://doi.org/10.1007/s00467-022-05768-y>
- Mottes, T., Owens, T., Niedner, M., Juno, J., Shanley, T. P. y Heung, M. (2013). Improving Delivery of Continuous Renal Replacement Therapy: Impact of a Simulation-Based Educational Intervention. *Pediatric Critical Care Medicine*, 14(8), 747-754. <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e318297626e>
- Neri, M., Villa, G., Cerda, J. y Ronco, C. (2019). Chapter 176 - Nomenclature: Basic principles. En C. Ronco, R. Bellomo, J. A. Kellum y Z. Ricci (Eds.), *Critical Care Nephrology* (Third Edition), 176, 1068-1076. e1. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-44942-7.00176-X>



- Nichols, T. G., Doman, D., Mullen, S., Ramaiyah, S., Rowe, S., D'Alessandri-Silva, C. J. y Dunning, S. (2024). Intensive care unit improves dialysis care quality while reducing costs. *Journal of Medical Economics*, 27(1), 797–799. <https://doi.org/10.1080/13696998.2024.2357038>
- Ostermann, M., Bellomo, R., Burdmann, E. A., Doi, K., Endre, Z., Goldstein, S., Kane-Gill, S. L., Liu, K. D., Prowle, J. R., Shaw, A., Srisawat, N., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. C. y Kellum, J. A., (2020). Controversies in acute kidney injury: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Conference. *Kidney International*, 92(2), 294–309. [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(20\)30436-1/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(20)30436-1/fulltext)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., James, T., Tricco, A., Welch, V. A., Whiting, P. y Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rewa, O. G., Villeneuve, P. M., Lachance, P., Eurich, D. T., Stelfox, H. T., Noel Gibney, R. T., Hartling, L., Featherstone, R. y Bagshaw, S. M. (2017). Quality indicators of continuous renal replacement therapy (CRRT) care in critically ill patients: A systematic review. *Intensive Care Medicine*, 43, 750–763. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4579-x>
- Rodríguez-Yanez, T., Daza-Arnedo, R., Rodelo, D., Patiño, J., Osorio, E., Díaz, E., Montas, J. P. y Rico-Fontalvo, J. (2023). Actualización en el uso de terapias de reemplazo renal continuo (TRRC) en el paciente crítico. *Revista de la Sociedad Paraguaya de Nefrología*, 1(1), 42–52. <https://doi.org/10.70108/nefrologiapy.2023.1.1.45>
- Rohrig, S. A. H., Lance, M. D., y Faisal Malmstrom, M. (2019). Surgical intensive care—Current and future challenges? *Qatar Medical Journal*, 2019(2), 3, 1–4. <https://doi.org/10.5339/qmj.2019.qccc.3>
- See, E., Ronco, C. y Bellomo, R. (2021). The future of continuous renal replacement therapy. *Seminars in Dialysis*, 34(6), 576–585. <https://doi.org/10.1111/sdi.12961>
- Sgarabotto, L., Kazory, A., Brendolan, A., Di Lullo, L., Zanella, M. y Ronco, C. (2023). The Science of Extracorporeal Ultrafiltration: Introducing a Novel Miniaturized Device. *Cardiorenal Medicine*, 13(1), 46–55. <https://doi.org/10.1159/000529613>
- Stevens, P. E., Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group et al. (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 105(Suplemento 45), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
- Vangala, C., Shah, M., Dave, N. N., Attar, L. A., Navaneethan, S. D., Ramanathan, V., Crowley, S. y



Winkelmayer, W. C. (2021). The landscape of renal replacement therapy in Veterans Affairs Medical Center intensive care units. *Renal Failure*, 43(1), 1146–1154. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2021.1949347>

Zasuwa, G. A., Yee, J., Passalacqua, K. D. y Frinak, S. (2022). Remote Monitoring of Sustained Low-Efficiency Dialysis (SLED) Machines in Intensive Care Unit. *Kidney Medicine*, 4(5), 100452, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2022.100452>

**Experiencias de una mujer con cáncer de páncreas:
una visión desde enfermería quirúrgica humanizada
Experiences of a woman with pancreatic cancer:
a perspective from humanized surgical nursing
Vivências de uma mulher com câncer de pâncreas:
um olhar a partir da enfermagem cirúrgica humanizada**

Loaiza-Guzmán, José Luis  0000-0002-3901-3779

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis,
Programa de Doctorado en Ciencias en Enfermería. Los Mochis, Sinaloa, México.
Estudiante de Doctorado. Maestro en Enfermería.
loaizaguzmanjoseluis@gmail.com


Duarte-Jiménez, Estefanía  0009-0003-0863-1990

Hospital Regional Dr. Manuel Cárdenas de la Vega. Programa de especialización
de Enfermería Quirúrgica, Culiacán, Sinaloa, México. Licenciado en Enfermería.
djestefania91@gmail.com

***Buichia-Sombra, Felix Gerardo**  0000-0003-1256-1828

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis. Sinaloa, México.
Doctorado en Estudios Sociales. *Autor corresponsal.
buichiasombr@uas.edu.mx

Recibido: 31 de mayo de 2025. **Aceptado:** 08 de noviembre 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. El cáncer de páncreas representa un desafío clínico y humano por su alta complejidad y el profundo impacto emocional que genera en pacientes y familias. En este contexto, la enfermería quirúrgica humanizada adquiere un papel central al brindar un cuidado integral que trasciende lo técnico, acompañando el afrontamiento, la dignidad y la adaptación en momentos de gran vulnerabilidad.



Objetivo. Comprender la experiencia de vida de una mujer con cáncer de páncreas avanzado sometida a cirugía paliativa, desde la perspectiva de la enfermería quirúrgica humanizada.

Metodología. Estudio cualitativo desde una perspectiva fenomenológica de caso único, realizado entre enero y agosto de 2025. La participante fue una mujer de 53 años diagnosticada con cáncer de páncreas. Se efectuó una entrevista en profundidad grabada y transcrita de forma literal, complementada con observación y notas de campo. El rigor metodológico se garantizó mediante credibilidad, triangulación de fuentes (entrevista, observación, registros clínicos), validación de hallazgos con la participante (devolución) y registro reflexivo del investigador. Se respetaron principios éticos de autonomía, confidencialidad y consentimiento informado.

Resultados. La enfermería quirúrgica influye en todas las fases del cuidado humano: antes de la cirugía, la educación y acompañamiento fortalecieron el afrontamiento; en quirófano, los gestos simples reafirmaron la dignidad; ante la cirugía paliativa, la enfermera brindó contención emocional; y en el postoperatorio, el cuidado trascendió lo técnico al integrar apoyo empático y espiritual.

Conclusión. La experiencia evidencia que la enfermería quirúrgica, más allá de la técnica, desempeña un rol transformador en la adaptación del paciente y su familia mediante un cuidado integral, humano y humanizado.

Palabras clave: Neoplasia pancreática; Investigación cualitativa; Enfermería perioperatoria; Adulto; Mujeres (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Pancreatic cancer represents a clinical and human challenge due to its high complexity and the profound emotional impact it generates in patients and families. In this context, humanized surgical nursing plays a central role by providing comprehensive care that transcends technical aspects, supporting coping, dignity, and adaptation in moments of great vulnerability.

Objective. To understand the life experience of a woman with advanced pancreatic cancer who underwent palliative surgery, from the perspective of humanized surgical nursing.

Methodology. qualitative study from a phenomenological single-case perspective, conducted between January and August 2025. The participant was a 53-year-old woman diagnosed with pancreatic cancer. An in-depth interview was conducted, recorded, and transcribed verbatim, supplemented by observation and field notes. Methodological rigor was ensured through credibility, triangulation of sources (interview, observation, clinical records), validation of findings with the participant (feedback), and reflective recording by the researcher. Ethical principles of autonomy, confidentiality, and informed consent were respected.



Results. Surgical nursing influences all phases of human care: before surgery, education and accompaniment strengthened coping; in the operating room, simple gestures reaffirmed dignity; in palliative surgery, the nurse provided emotional support; and in the postoperative period, care transcended the technical by integrating empathetic and spiritual support.

Conclusion. The experience demonstrates that surgical nursing, beyond technical practice, plays a transformative role in the patient's and family's adaptation through integral, human, and humanized care.

Keywords: Pancreatic neoplasm, Qualitative research, Perioperative nursing, Adult, Women (MeSH).

RESUMO

Introdução. O câncer de pâncreas representa um desafio clínico e humano devido à sua alta complexidade e ao profundo impacto emocional que causa nos pacientes e em suas famílias. Nesse contexto, a enfermagem cirúrgica humanizada desempenha um papel central, proporcionando um cuidado integral que transcende os aspectos técnicos, apoiando o enfrentamento, a dignidade e a adaptação em momentos de grande vulnerabilidade.

Objetivo. Compreender a experiência de vida de uma mulher com câncer de pâncreas avançado submetida a cirurgia paliativa, sob a perspectiva da enfermagem cirúrgica humanizada.

Metodologia. Estudo de caso único qualitativo, sob perspectiva fenomenológica, realizado entre janeiro e agosto de 2025. A participante foi uma mulher de 53 anos diagnosticada com câncer de pâncreas. Foi realizada uma entrevista em profundidade, gravada e transcrita na íntegra, complementada por observação e notas de campo. O rigor metodológico foi assegurado por meio da credibilidade, triangulação das fontes (entrevista, observação, prontuários clínicos), validação dos achados com a participante (feedback) e diário reflexivo da pesquisadora. Os princípios éticos de autonomia, confidencialidade e consentimento livre e esclarecido foram respeitados.

Resultados. A enfermagem cirúrgica influencia todas as fases do cuidado humano: antes da cirurgia, a educação e o apoio fortaleceram os mecanismos de enfrentamento; na sala de cirurgia, gestos simples reafirmaram a dignidade; em cirurgias paliativas, a enfermeira ofereceu apoio emocional; e no período pós-operatório, o cuidado transcendeu os aspectos técnicos, integrando apoio empático e espiritual.

Conclusão. Esta experiência demonstra que a enfermagem cirúrgica, além das habilidades técnicas, desempenha um papel transformador na adaptação do paciente e de sua família por meio de um cuidado integral, humano e humanizado.

Palavras-chave: Neoplasia pancreática, Pesquisa qualitativa, Enfermagem perioperatória, Adulto, Mulher (DeCS).



Introducción

El cáncer es la segunda causa de carga de enfermedad en las Américas, con más de 4.2 millones de casos nuevos en 2022 y un aumento proyectado del 60% para 2045. Ese mismo año causó 1.4 millones de muertes, casi la mitad en personas menores de 69 años. Un tercio de los casos puede prevenirse evitando factores de riesgo como tabaco, alcohol, dieta inadecuada e inactividad física. La detección temprana y el tratamiento oportuno aumentan significativamente las probabilidades de curación (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

El cáncer de páncreas es una de las enfermedades oncológicas más agresivas y con peor pronóstico, cuya detección tardía suele conducir a intervenciones quirúrgicas paliativas que marcan profundamente la vida del paciente y su entorno. En este contexto, la experiencia subjetiva del proceso de atención quirúrgica adquiere una dimensión compleja que va más allá del cuerpo biológico. La cirugía no solo transforma la anatomía, sino que también impacta la identidad, las emociones y la forma de habitar el mundo (American Cancer Society, 2024; Casado et al., 2022; OPS, 2022).

En otro orden de ideas, la enfermería quirúrgica, el cuidado ha privilegiado históricamente los aspectos técnicos y medicalizados. Sin embargo, comprender al paciente implica reconocerlo no únicamente como un cuerpo que requiere atención médica, sino como una persona situada en un mundo de significados, con historia, emociones, vínculos y espiritualidad (Watson, 2008). Desde esta mirada, la atención se orienta a comprender su vivencia, reconocer su singularidad y acompañar su proceso de forma integral, atendiendo tanto a su dimensión física como a las esferas afectivas, sociales y trascendentes que lo constituyen (Henderson, 1966; Watson, 2008).

Desde esta visión, el proceso quirúrgico trasciende la dimensión técnica para convertirse en una oportunidad de encuentro humano y acompañamiento empático. Beltrán-Salazar (2016) señala que el cuidado humanizado implica una decisión consciente de las enfermeras frente a la posibilidad de brindar un cuidado impersonal, resaltando la importancia del vínculo, la comunicación y la presencia en la práctica clínica. Aquí, cobra importancia la fenomenología, en el ámbito de la investigación cualitativa, permite acercarse de manera profunda y sensible a las experiencias vividas por las personas frente a la salud, la enfermedad y el cuidado. Más que buscar explicaciones o causas, este enfoque intenta comprender cómo los seres humanos viven, sienten y otorgan significado a los acontecimientos que marcan su existencia (Husserl, 1931; Van Manen, 1990). La fenomenología invita al investigador a suspender sus juicios y a situarse en una actitud abierta, empática y reflexiva para comprender el fenómeno tal como se revela en la conciencia del participante (Heidegger, 1962).

Desde este enfoque, se busca comprender de manera profunda la vivencia de una mujer diagnosticada con cáncer de páncreas avanzado, sometida a una cirugía paliativa. A través de su relato,



se exploran las dimensiones emocionales, físicas y espirituales que acompañan su tránsito por la enfermedad, reconociendo que cada experiencia humana guarda significados únicos que solo pueden entenderse desde la voz y la mirada de quien los vive.

En esta línea, el estudio de caso a través de la narrativa, se convierte en un medio que da voz a Celsa, una mujer diagnosticada con cáncer de páncreas, hospitalizada, para comprender los significados que la enfermedad, el dolor y la esperanza adquieren en el transcurso de su proceso quirúrgico y posibilita comprender su mundo vivido, revelando los sentimientos, temores y esperanzas que atraviesan su experiencia (Van Manen, 1990). A través de esta mirada, la fenomenología brinda a la enfermería la oportunidad de resignificar el cuidado, situándolo como un acto profundamente humano que se expresa en la presencia, la escucha y la compasión. Así, cuidar deja de ser solo una práctica técnica para convertirse en un encuentro entre dos personas: una que necesita ser comprendida y otra que decide acompañar con empatía y respeto (Noreña et al., 2012), sin centrarse únicamente en procedimientos técnicos, preparación preoperatoria y vigilancia posquirúrgica, con un enfoque biomédico predominante (Beltrán-Salazar, 2016). Desde esta perspectiva, el estudio reconoce que el ser humano no puede comprenderse únicamente desde lo biológico o técnico, sino como un todo en el que confluyen historia, emociones, relaciones y espiritualidad (Husserl, 1931; Heidegger, 1962).

En estudios previos se muestra que los pacientes que cursaron cirugías complejas, experimentaron cambios profundos en su identidad corporal, en su percepción de control y en sus vínculos cotidianos, lo que genera un padecimiento que impacta en su vida y la de su contexto social (Holdsworth *et al.*, 2024; Rodríguez-Prat y Escribano, 2019). De igual forma, estudios fenomenológicos han mostrado que comprender la experiencia vivida de los pacientes favorece la construcción de significados y posibilita brindar un cuidado verdaderamente humano (Dahal *et al.*, 2023). Sería interesante mostrar una mirada diferente de la enfermería quirúrgica, capaces de equilibrar la competencia técnica con la sensibilidad humana, y de reconocer que cada gesto, palabra o silencio tiene un impacto en la vivencia del otro. De este modo, la narrativa de este estudio de caso contribuye al fortalecimiento de un modelo de cuidado integral, ético y humanizado, especialmente en contextos de enfermedad avanzada y atención paliativa.

Por lo anterior, el objetivo del estudio fue comprender la experiencia de vida de una mujer con cáncer de páncreas avanzado sometida a cirugía paliativa, desde la perspectiva de la enfermería quirúrgica humanizada.

Metodología

Diseño naturalista y fenomenológico, adecuado para explorar significados personales y sociales en un contexto de enfermedad avanzada (Minayo, 2010), orientado a comprender en profundidad la



experiencia vivida de una mujer diagnosticada con cáncer de páncreas avanzado para explorar el significado de su experiencia (Husserl, 1931; Van Manen, 1990).

Esta aproximación fenomenológica resulta especialmente pertinente en el campo de la enfermería, dado que permite comprender cómo las personas enfrentan la enfermedad, el sufrimiento y el cuidado, revela dimensiones emocionales, espirituales y relacionales que frecuentemente permanecen invisibles en los abordajes clínicos tradicionales (Noreña *et al.*, 2012).

Esta perspectiva posibilita resignificar el acto de cuidar y construir conocimiento desde la sensibilidad, el respeto y la reflexión ética, para fortalecer el cuidado humanizado y centrado en la persona.

Descripción del caso

Celsa es una mujer de 53 años, originaria de una comunidad rural de Sinaloa (México), esposa, madre y abuela, diagnosticada con cáncer de páncreas avanzado con capacidad de comunicación verbal y disposición a compartir su experiencia. Su entorno familiar y espiritual influyó en su afrontamiento del proceso quirúrgico. Fue intervenida quirúrgicamente mediante una gastro-yeyuno anastomosis paliativa tras descartarse el procedimiento curativo de Whipple.

Recolección de datos

Se realizó una entrevista semiestructurada en un entorno hospitalario tranquilo, con duración aproximada de 60 minutos. La entrevista fue grabada con autorización y luego transcrita textualmente. Las preguntas abiertas guiaron la conversación hacia su experiencia de vida antes y durante la enfermedad que permitieron profundizar en las dimensiones emocionales, sociales y espirituales de su vivencia. Entre ellas se incluyeron preguntas detonadoras como: ¿Cómo ha cambiado su vida desde que recibió el diagnóstico?; y ¿Qué significa para usted el acompañamiento de enfermería durante el proceso quirúrgico?

Plan de análisis de datos

Se utilizó el análisis temático para identificar, organizar y describir patrones significativos (categorías) dentro de los datos narrativos. Las etapas del análisis incluyeron: Lectura comprensiva y repetida de las transcripciones, codificación de unidades de significado, agrupación en categorías emergentes e interpretación reflexiva fundamentada en teorías de enfermería.

Este procedimiento se basó en el enfoque propuesto por Braun y Clarke (2006) para otorgar rigor al análisis temático, y se apoyó en la teoría del cuidado humanizado de Watson (2008), que orienta la práctica enfermera hacia la dimensión ética, espiritual y transpersonal del cuidado.



Consideraciones éticas

El estudio se realizó bajo los principios de la Declaración de Helsinki, respetando la confidencialidad, la dignidad de la participante y su derecho a retirarse en cualquier momento. Asimismo, se cumplió con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). El consentimiento de la participante fue obtenido de manera verbal y escrita, en concordancia con los principios éticos de la investigación cualitativa, los cuales promueven el respeto a la autonomía, la confidencialidad, la beneficencia y la no maleficencia, garantizando la protección de la dignidad, credibilidad, transferibilidad y los derechos de las personas involucradas (Noreña *et al.*, 2012; Emanuel *et al.*, 2000 Lincoln y Guba, 1985).

Resultados

Celsa, una mujer de 53 años originaria de una comunidad rural de Sinaloa, recibió la noticia de que padecía cáncer de páncreas. Las actividades que antes daban ritmo a su día cambiaron drásticamente, el cuidado de sus nietos, las labores domésticas y su rutina como ama de casa, fueron quedando atrás, reemplazadas por series de estudios, consultas médicas y la preparación para una cirugía mayor como el procedimiento de Whipple.

En su relato, Celsa comparte una historia de esfuerzo familiar y gran fortaleza interior. Al conocer su enfermedad, vivió sentimientos de miedo, incertidumbre y una dolorosa aceptación. En ese proceso, la enfermera adquirió un papel esencial: se convirtió en su principal apoyo emocional, especialmente cuando la intervención prevista pasó de ser curativa a paliativa.

Los cuidados brindados desde una perspectiva humanizada, la presencia constante, el contacto físico respetuoso, la contención emocional y la comunicación clara fueron determinantes para que Celsa pudiera reinterpretar su vivencia y encontrarle sentido a su proceso de enfermedad.

Antes del quirófano: el peso del diagnóstico

El ingreso al hospital fue con miedo. Las noches previas a cirugía, Celsa apenas dormía, y sus palabras eran pocas. Sin embargo, su mirada mostraba: preocupación por su familia, por el dolor, por la incertidumbre. El diagnóstico de cáncer representa un punto crítico en el proceso de atención, donde el paciente enfrenta una crisis existencial que afecta su bienestar emocional y físico (Leininger, 1991). La preparación prequirúrgica debe contemplar el apoyo psicológico y la educación para fortalecer la capacidad de afrontamiento, un componente clave en el modelo del cuidado centrado en el paciente (McCance y McCormack, 2017).



No entendía bien lo que me decían, solo sabía que iban a operarme para quitarme el cáncer.
Yo pensé: esto me salva...

Sentía miedo, pero al mismo tiempo una esperanza... como si todavía hubiera algo por qué luchar.

El quirófano: La fragilidad del ser

Celsa entró al quirófano y su expresión era de resignación, pero también de dignidad. Mientras el equipo quirúrgico preparaba el campo operatorio, ella observaba el techo, fría y vulnerable. En ese espacio donde los cuerpos se vuelven objeto de procedimientos, la presencia de la enfermera quirúrgica fue clave. Con una sábana caliente, contacto firme pero humano, le recordaba que no era solo una paciente, sino una persona con historia, temores y esperanzas.

Cuando me pusieron la anestesia cerré los ojos y me encomendé a Dios.

Estaba acostada en esa mesa y pensé: ya no controlo nada.

Una enfermera se acercó, me tomó la mano y ese gesto me dio calma.

La presencia de la enfermera quirúrgica representa mucho más que una función técnica dentro del quirófano: es una presencia que da sentido y calidez a un entorno dominado por la tecnología. En palabras de Jean Watson (2008), el cuidado de enfermería trasciende los procedimientos para atender la vulnerabilidad, la dignidad y la integridad del ser humano. En ese espacio donde convergen la ciencia y la fragilidad, la enfermera se convierte en un puente entre la técnica y la humanidad, estableciendo una relación interpersonal que disminuye el miedo, la soledad y la ansiedad del paciente.

Desde la teoría del cuidado transpersonal, Watson resalta que la presencia auténtica, el tacto consciente y la empatía son formas profundas de acompañamiento que sostienen emocional y espiritualmente al paciente en los momentos más críticos de su experiencia quirúrgica.

Durante la cirugía: lo inesperado

La cirugía no salió como se planeaba. El equipo médico encontró que el tumor había invadido estructuras críticas. La opción curativa quedó descartada. Se realizó una cirugía paliativa: una gastro-yeyuno anastomosis para evitar la obstrucción intestinal.

Celsa no lo supo de inmediato. Fue despertando entre dolor y confusión. Cuando entendió que no le habían quitado el cáncer, sino solo “le ayudaron a estar mejor”, se quebró emocionalmente.



El consuelo no vino de las palabras, sino de la enfermera que le explicó, que se sentó a su lado mientras lloraba.

En el ámbito quirúrgico, la enfermería se enfrenta constantemente al reto de adaptar el cuidado cuando las circunstancias cambian y el plan previsto se modifica. En esos momentos de incertidumbre, la enfermera no solo ajusta procedimientos, sino que brinda apoyo emocional, contención y acompañamiento constante, ayudando al paciente a resignificar su experiencia y recuperar un sentido de control y confianza.

De acuerdo con Benner (1984), el desarrollo de la experticia clínica permite a las enfermeras reconocer e interpretar las necesidades emocionales en situaciones críticas, actuando con sensibilidad y juicio moral. Esta capacidad de respuesta empática fortalece el vínculo terapéutico y convierte el cuidado en una experiencia profundamente humana, donde la técnica y la compasión se integran para aliviar el sufrimiento.

Estaba muy fría. Miraba el techo, veía las luces y pensaba: aquí se acabó todo.

Desperté y lo primero que me dijeron fue que no se pudo... Lloré mucho. Pero otra vez, ahí estaba la enfermera. Se sentó conmigo, me dejó llorar.

Después del quirófano: el cuerpo herido, el alma también

En los días posteriores, Celsa no solo enfrentó el dolor físico, también vivía el duelo de haber perdido la esperanza. La dependencia para bañarse, alimentarse, controlar el dolor, la enfrentaron a otra dimensión de su ser: la fragilidad. Fue en ese momento donde el cuidado quirúrgico se transformó en algo más que técnico y monitoreo.

Al principio me enojé, pero luego entendí que lo más importante era que me ayudaron a no tener tanto dolor.

Yo, que era una persona fuerte, que siempre estuve para todos, ahora no podía ni moverme.

El acompañamiento postquirúrgico trasciende la atención física; también implica reconocer y aliviar el sufrimiento emocional y psicológico del paciente, aspecto esencial en la teoría del cuidado humanizado (Duffy y Hoskins, 2003). En consonancia, Henderson (1966) plantea que la recuperación no se limita al restablecimiento del cuerpo, sino que requiere una presencia empática y un respeto profundo por la autonomía y dignidad del ser cuidado, donde la enfermera se convierte en su principal defensora.



El despertar: un nuevo significado del cuidado

Este instante significó el comienzo de una relación terapéutica profunda entre la paciente y el equipo de enfermería quirúrgica, que brindó acompañamiento tanto en la recuperación física como en el proceso emocional.

El relato evidencia un cuidado que trasciende lo técnico, manifestándose como una presencia que transforma; un cuidado en el que la enfermera no se limita a sanar el cuerpo, sino que ofrece consuelo y sostén al alma.

El despertar del paciente tras la cirugía marca un momento crucial para establecer el cuidado transpersonal, donde la enfermera se convierte en un agente que ofrece no solo técnicas, sino presencia y conexión humana (Watson, 2008). Este vínculo terapéutico facilita la recuperación emocional y física, reafirmando la importancia de la comunicación y el apoyo constante.

Cuando desperté, supe que algo no salió como esperábamos. La enfermera estaba ahí, me tomó la mano... no me dijo mucho, pero sentí que me cuidaban de verdad.

La familia: sostén y angustia compartida

La familia se ha convertido en un sostén esencial durante el proceso; en especial su esposo y su hija mayor, quienes han permanecido cercanos en todo momento. Sin embargo, también resulta visible el desgaste físico y emocional que el acompañamiento produce en ellos. La paciente manifiesta mayor preocupación por el bienestar de sus seres queridos que por el propio, revelando la reciprocidad afectiva que caracteriza el vínculo familiar.

Ante esta dinámica, el equipo de enfermería ha ampliado su horizonte de cuidado más allá del cuerpo hospitalizado, brindando contención emocional, educación y espacios de escucha a los familiares. Este acompañamiento reconoce que el bienestar del paciente está íntimamente ligado al equilibrio y la fortaleza de quienes lo rodean.

Desde esta perspectiva, la enfermería comprende a la familia como parte esencial del proceso de cuidado. Su participación favorece la orientación, el apoyo emocional y la enseñanza de estrategias para afrontar la carga física y emocional que implica ser cuidador (Rolland, 1987). El modelo de sistemas familiares en enfermería impulsa esta visión integral, fomentando la colaboración y la inclusión de la familia en el plan terapéutico, lo que fortalece la red de apoyo y promueve una recuperación más humana y compartida.



Mi hija no descansa, no duerme; está aquí día y noche... a veces la veo llorar escondida.
Ahora dependo para bañarme, para moverme, para comer. Yo, que siempre fui fuerte... ahora necesito ayuda hasta para lo más sencillo.

La enfermería quirúrgica: más allá de la técnica

Para ella, el cuidado no significó únicamente la curación del cuerpo, sino también la presencia, la contención y el respeto por su dignidad en un momento de profunda vulnerabilidad. La enfermería quirúrgica, entendida como una síntesis entre ciencia, arte y ética, trasciende el acto técnico para otorgar sentido humano a la experiencia del paciente (Watson, 2008).

Desde la teoría del cuidado humanizado, se concibe que la enfermera cultiva la empatía, el respeto y la presencia auténtica como pilares del cuidado, generando un ambiente donde el paciente puede sentirse comprendido y acompañado. En esta misma línea, Leininger (1991) destaca que la sensibilidad cultural y el reconocimiento de la persona en su totalidad son esenciales para preservar la confianza y la dignidad, especialmente en situaciones de alta vulnerabilidad.

Nunca me dejaron sola... me hablaban con respeto, me explicaban lo que me hacían.
Me cubren, me orientan, me hacen sentir como persona, no solo como paciente.

Discusión

El objetivo de este estudio fue comprender la experiencia de vida de una mujer con cáncer de páncreas avanzado sometida a cirugía paliativa, desde la perspectiva de la enfermería quirúrgica humanizada. La fenomenología y la base del cuidado humanizado, permitieron explorar en profundidad el significado que Celsa le atribuyó a su proceso de salud y enfermedad, revelando las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales implicadas. Los resultados mostraron que, la fenomenología facilitó una comprensión integral del cuidado, evidenciando cómo la atención quirúrgica trasciende el procedimiento técnico para convertirse en un acto de acompañamiento, consuelo y presencia terapéutica que humaniza la experiencia del paciente.

El relato de Celsa reflejó que el ingreso hospitalario, la preparación preoperatoria, la experiencia intraoperatoria y el postoperatorio no solo constituyen fases clínicas, sino momentos críticos donde la vulnerabilidad, el miedo y la incertidumbre se entrelazan con la identidad y los vínculos familiares. En este sentido, el estudio confirma que la enfermería quirúrgica humanizada desempeña un papel transformador al ofrecer apoyo emocional, garantizar la dignidad del paciente y favorecer la resignificación de la experiencia (Beltrán-Salazar, 2016; Dahal *et al.*, 2023).



El ingreso al hospital es un momento de alta carga emocional. El temor a lo desconocido y la expectativa de una cirugía mayor como el procedimiento de Whipple generan un estado de ansiedad que no siempre se verbaliza, pero se expresa en el cuerpo y el lenguaje no verbal (López-Graciano *et al.*, 2021). La mirada, el silencio y la resignación observados en Celsa fueron manifestaciones comunes ante la incertidumbre quirúrgica. La enfermería, al reconocer estos signos, actúa no solo como ejecutora de cuidados, sino como presencia terapéutica, capaz de sostener al otro desde la empatía, la escucha y la comprensión de su sufrimiento (Watson, 2008; Paterson y Zderad, 1976).

Durante la estancia quirúrgica, el paciente se encuentra en una posición de máxima vulnerabilidad. Aranda y Street (2001) refieren que el quirófano representa un espacio donde el cuerpo del paciente es medicalizado, pero donde la subjetividad puede ser olvidada si no se sostiene una mirada empática y humanizante. La actitud del personal de enfermería al ofrecer una manta, un gesto de apoyo o una explicación clara, configura actos de cuidado que dan sentido y seguridad al paciente (Souza Maciel-Ferreira, Andrade-Almeida y Coutinho de Freitas, 2025).

La suspensión de una cirugía curativa y la transición hacia una intervención paliativa suele vivirse como una pérdida profunda: no solo se desvanece la expectativa de curación, sino también una parte de la esperanza. En ese momento, la enfermera quirúrgica se convierte en un sostén esencial, ofreciendo contención emocional y acompañamiento desde la presencia y la escucha. Su papel permite que el paciente elabore el duelo por la pérdida de su salud en un entorno seguro, libre de juicios y con respeto por su ritmo y sus emociones. El acompañamiento emocional en etapas críticas de la atención quirúrgica mejora la percepción del cuidado recibido y favorece la adaptación frente al cambio.

La recuperación posquirúrgica representa un proceso de reconstrucción integral. No solo se trata de sanar heridas físicas, sino también de reconfigurar la identidad, la autonomía y la confianza en el propio cuerpo. La dependencia temporal, el dolor y la aceptación de un nuevo estado de salud suelen despertar sentimientos de frustración o vulnerabilidad. En este contexto, la actitud del personal de enfermería adquiere un valor terapéutico: el respeto al pudor, la comunicación empática y la continuidad del cuidado refuerzan la autoestima del paciente y mitigan la sensación de aislamiento (Meléndez-Méndez, 2015).

El testimonio de Celsa resalta que el cuidado recibido fue profundamente terapéutico por su calidez y cercanía. Esta vivencia coincide con los hallazgos de Arias-Rojas, Carreño-Moreno y Arredondo-Holguín (2025), quienes señalan que la percepción de calidad en el cuidado está estrechamente vinculada a la actitud empática y respetuosa de las enfermeras. El cuidado no se define solo por la destreza técnica, sino por la manera humana, sensible y consciente en que se ejecuta.



El impacto del proceso quirúrgico trasciende al paciente y alcanza también a su familia. Los cuidadores familiares, como la hija de Celsa, suelen experimentar cansancio, ansiedad y temor. La enfermera quirúrgica, desde su compromiso ético, tuvo la responsabilidad de brindar orientación, apoyo emocional y reconocimiento al sufrimiento de quienes acompañan a Celsa, dado que, la familia constituye un pilar de soporte físico y afectivo que requiere también ser cuidado y comprendido (Miranda Do Vale *et al.*, 2021).

En síntesis, la experiencia de Celsa reveló que el cuidado quirúrgico debe ser entendido como un acto integral, donde la técnica se une a la compasión y la ética. Humanizar la atención significa mirar más allá del diagnóstico y reconocer al ser humano que vive la enfermedad, acompañando tanto al paciente como a su familia en uno de los momentos más vulnerables de su existencia.

Implicaciones prácticas y formativas

Los hallazgos sugieren que los programas de formación en enfermería quirúrgica deben incorporar el componente humanístico como eje curricular, fortalecer habilidades de comunicación, empatía y reflexión ética. La práctica clínica debe priorizar la presencia terapéutica y la contención emocional del paciente y su familia, especialmente en contextos de enfermedad avanzada (Meléndez-Méndez, 2015; Watson, 2008).

El caso de Celsa puede utilizarse como recurso pedagógico para promover la reflexión crítica sobre el cuidado transpersonal y la humanización del entorno quirúrgico, e integrar la teoría a la praxis mediante estrategias de simulación, tutoría y acompañamiento reflexivo (Leininger, 1991).

Conclusión

La vivencia de Celsa permite comprender que el verdadero sentido del cuidado surge cuando la enfermería reconoce a la persona más allá del diagnóstico. Cuidar no solo implica aplicar procedimientos, sino acompañar con sensibilidad, escuchar con atención y ofrecer presencia en los momentos de mayor vulnerabilidad. En este encuentro humano, el acto de cuidar se transforma en un espacio de comprensión y esperanza.

Desde una mirada fenomenológica, la enfermería quirúrgica trasciende la técnica y se convierte en mediadora entre el dolor y la dignidad. Cada etapa del proceso: antes, durante y después de la cirugía, ofrece la oportunidad de humanizar la atención: en el preoperatorio, las palabras amables y la claridad reducen la ansiedad; en el intraoperatorio, el respeto por el cuerpo preserva la intimidad del paciente; y en el postoperatorio, la empatía y la presencia reafirman la confianza y favorecen la



recuperación integral.

El ejercicio profesional requiere equilibrio entre la destreza técnica y la sensibilidad humana. Ser enfermero quirúrgico implica asumir un compromiso ético con la vida y con el sufrimiento del otro, comprendiendo que cada intervención toca no solo un cuerpo, sino también una historia y una identidad.

Celsa vivió una transición entre lo que fue su cotidianidad y la realidad que impone la enfermedad. En esa experiencia, la enfermería se convierte en sostén y acompañamiento, una presencia silenciosa pero profunda que otorga sentido al proceso de cuidado. Desde esta perspectiva, cuidar no significa únicamente hacer, sino estar: estar con el otro, reconocer su fragilidad y responder con respeto, compasión y empatía.

Cuando la práctica quirúrgica se orienta desde esta visión humanizada, el acto técnico se transforma en una experiencia significativa. Humanizar no implica renunciar a la ciencia, sino integrarla con la comprensión profunda del ser humano. El reto de la enfermería actual es equilibrar conocimiento y sensibilidad, para que incluso en el ambiente tecnificado del quirófano, el cuidado siga siendo una expresión auténtica de humanidad.

Consideraciones éticas

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

Confidencialidad. No se proporcionan datos que puedan identificar a Celsa.

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

Financiamiento. Este trabajo no recibió ningún tipo de financiación.

Referencias

- American Cancer Society. (2024). *Factores de riesgo para el cáncer de páncreas*. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pancreas/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>



- Aranda, S. K. y Street, A. (2002). Being authentic and being a chameleon: Nurse–patient interaction revisited. *Nursing Inquiry*, 6(2), 75–82. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00019.x>
- Arias-Rojas, M., Carreño-Moreno, S. y Arredondo Holguín, E. (2025). Advance care planning in people with advanced cancer: a phenomenological study. *Revista Cuidarte*, 16(3), e4455. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4455>
- Beltrán-Salazar, O. A. (2016). Impersonal care or humanized care: A decision made by nurses? Hourglass Model. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(3), 444–455. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/325698>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Bertaux, D. (2010). *Los relatos de vida: Perspectiva etnosociológica*. Ediciones Bellaterra.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Casado, D., Tocino, R. V., Fonseca, E., Cigarral, B., Barrios, B., Escalera, E., Claros, J., Figuero, L., Olivares, A., López, Á., Terán, E. y Cruz, J. J. (2021). Cáncer de páncreas. *Medicine*, 13(24), 1345–1352. <https://www.medicineonline.es/es-cancer-pancreas-articulo-S0304541221000044>
- Dahal, P. y Kongsuwan, W. (2022). Aesthetics in Nursing Practice for Cancer Patients as Experienced by Nurses in Nepal: A Hermeneutic Phenomenological Study. *Cancer Nursing*, 45(5), 354–362. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001023>
- De Sourza Minayo, M. C. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 251–261.
- Duffy, J. R. y Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model: Blending Dual Paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77–88. https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2003/01000/the_quality_caring_model___blending_dual_paradigms.10.aspx
- Emanuel, E. J., Wendler, D. y Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*, 283(20), 2701–2711. <https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701>
- Heidegger, M. (2003 [1927]). *Ser y tiempo* (Trad. de José Gaos). Fondo de Cultura Económica.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. Macmillan.
- Holdsworth, L. M., Siden, R., Lessios, A. S., Verano, M., Rickerson, E., Fahy, B., Johnston, F. M., Waterman, B. y Aslakson, R. (2024). Patient Experiences of Specialty Palliative Care in the Perioperative Period for Cancer Surgery. *Journal of pain and symptom management*, 68(3), 292–298.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.06.008>
- Husserl, E. (2013 [1931]). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. [Nueva edición y refundición integral de la trad. de José Gaos por Antonio Ziri6n Quijano]. Fondo de Cultura Económica.



- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Lincoln, Y. S. y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- López-Graciano, S. A., Sillas-González, D. E., Álvarez-Jiménez, V. D. y Rivas-Ubaldo, O. S. (2021). Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía. *Medicina Interna de México*, 37(3), 324–334. <https://doi.org/10.24245/mim.v37i3.3732>
- McCormack, B. y McCance, T. (2017). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell.
- Meléndez-Méndez, C. (2015). Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. *Revista Cuidarte*, 6. <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/165>
- Meneses-La-Riva, M. E., Fernández-Bedoya, V. H., Suyó-Vega, J. A., Ocupa-Cabrera, H. G. y Paredes-Díaz, S. E. (2025). Humanized care in nursing practice: A phenomenological study of professional experiences in a public hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(8), 1223, 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph22081223>
- Miranda do Vale, J. M., De Santana, M. E., de Azevedo Lima, V. L., Tavares Parente, A., Megumi Sonobe, H. y Pastana Ferreira, I. (2021). Burden of family caregivers of cancer patients in palliative care. *Cogitare Enfermagem*, 28, e92970. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92970>
- Morse, J. M. y Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals* (2.ª ed.). SAGE.
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G. y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.5>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). El cáncer en las Américas: Panorama y proyecciones. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Paterson, J. G. y Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. John Wiley & Sons.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Reis, T. (2013). *Qualitative research in the health sciences*. Springer.
- Rodríguez-Prat, A. y Escribano, X. (2019). A Philosophical View on the Experience of Dignity and Autonomy through the Phenomenology of Illness. *The Journal of medicine and philosophy*, 44(3), 279–298. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhz001>
- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26(2), 203–221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x>
- Souza Maciel-Ferreira, J. E., Andrade Almeida, F. E. y Coutinho de Freitas, R. B. C. (2025). Aspectos prácticos para la acogida humanizada en el centro quirúrgico y la sala de recuperación pos-



tanestésica: cuidando más allá de la técnica. *Cultura de los Cuidados*, 29(71), 1–6. <https://doi.org/10.14198/cuid.29352>

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. State University of New York Press.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Ed. Rev.). University Press of Colorado.

Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2.ª ed.). Springer.

Desafíos legislativos en materia laboral para la Enfermería en México

Legislative challenges in labor matters for Nursing in Mexico

Desafios legislativos em matéria laboral para a Enfermagem no México

Vázquez-Ovando, Román  0000-0002-8171-5256

Universidad Veracruzana en la Región Xalapa, Facultad de Enfermería. México.
Licenciado en Enfermería y Licenciado en Derecho.
rom.55vazquez@gmail.com

Recibido: 30 de mayo de 2025. **Aceptado:** 06 de noviembre 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/>

Introducción

Para garantizar los derechos laborales de los profesionales de enfermería en cualquier país, se requiere establecer políticas laborales que garanticen derechos y obligaciones. Las autoridades competentes para establecer las propuestas de normativas, pueden ser internacionales y nacionales. En el caso de México, se debería regir idealmente por los acuerdos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y por los diversos Comités Consultivos Nacionales de Normalización. Estos comités están integrados por representantes del gobierno, la industria, la academia, los consumidores y otras partes interesadas para analizar y debatir las propuestas antes de su expedición por parte de la autoridad competente. Derivado del acuerdo de estos Comités, es que se estableció la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud (2013). Sin embargo, existen áreas de oportunidad para lograr una legislación justa, equitativa que regule el quehacer profesional de enfermería, tanto es sus derechos como obligaciones y procedimientos para resolver conflictos y sancionar incumplimientos, tanto de los profesionales como a sus empleadores, que garantice salarios, empleos y espacios de trabajos dignos. Sin embargo, este proceso de creación de estas normas jurídicas por órganos legislativos como un parlamento u otro cuerpo de gobierno, han sido procrastinadas, situación que afecta a la profesionalización de enfermería y a su regulación laboral.



Objetivo

Identificar los desafíos legislativos en materia laboral para la enfermería en México mediante el análisis de los efectos jurídicos y laborales de no ratificar el acuerdo de la OIT sobre el personal de enfermería, así como la inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013.

Fundamento jurídico

En primer lugar, como fuente del derecho, de acuerdo a la OIT sobre el *Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería*, se establece que los gobiernos deben regular legislativamente la formación y ejercicio profesional de enfermería para que haya armonía entre las funciones que desempeña el personal y las necesidades laborales (OIT, 1977, Artículo 2, párrafo 2, inciso a). Este organismo indica que los derechos laborales de enfermería deben ser justos y legales, por lo mínimo en cuanto a las horas de trabajo, horas extras, horas penosas e incómodas, descanso semanal, vacaciones, licencias de educación, licencia de maternidad, licencia de enfermedad y seguridad social (OIT, 1977, Artículo 6). Así mismo, los pagos de nómina de los enfermeros y enfermeras deben ser suficientes para mantener a las personas en el ejercicio de la profesión (OIT, 1977, Artículo 2, párrafo 2, inciso b). Además, la OIT estableció que el convenio es aplicable solamente para los Estados que, después de firmarlo, lo hayan ratificado (OIT, 1977, Artículo 10).

En segundo lugar, la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, en el punto 4.13.1 al 4.15.3 puntualiza las características académicas para obtener cada uno de los grados de la profesión de enfermería. Al respecto, en los puntos 4.8 al 4.10, se describen las funciones que pueden realizar los enfermeros y enfermeras, las cuales son: administrativa, asistencial, de investigación y docente. Del punto 6.1 al 6.7 se describe la asociación entre las funciones de enfermería, su grado académico y el nivel de complejidad de las intervenciones que cada uno de ellos debe realizar según las características antes mencionadas. No obstante, permanecen situaciones laborales que no se apegan a esta normativa, lo que constituye una violación a los derechos de las y los profesionales de enfermería.

Bajo estas dos normas de carácter internacional y nacional, particulares para la profesión de enfermería, se deberían establecer los criterios que regulen el comportamiento profesional de los enfermeros y enfermeras en México, dado que establecen los principios mínimos que necesita el Estado para proteger sus derechos profesionales y laborales.

Lamentablemente, el *Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería* fue firmado por México, pero nunca lo ratificaron; esto se puede comprobar en la página de la OIT en el listado de países que



no ratificaron dicho convenio. La consecuencia de esto es que la norma es inexistente para los enfermeros mexicanos, pues nunca entró en vigor en el país.

También, la NOM-019 establece criterios que se asocian oportunamente para regular el ejercicio profesional de enfermería. Dicha norma fue creada por el Poder Ejecutivo mediante la Secretaría de Salud a nivel federal y publicada en el Diario Oficial de la Federación desde el año 2013, pero desde su creación, ninguna institución de salud ha modificado sus códigos y categorías en armonía con dicha disposición reglamentaria, es decir, crearon una norma que las instituciones del sistema nacional de salud no observan.

Desafíos

El análisis deja ver que existe material suficiente para que los representantes de la Enfermería Mexicana, como la Federación Mexicana de Colegios de Enfermería, el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, las instituciones de educación superior como universidades públicas y privadas, la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Enfermería -entre otras-, exijan a la autoridad competente la ratificación del *Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería*. Además, se necesita que enfermeros y enfermeras del país incursionen en la política para comenzar a emitir propuestas que beneficien a la disciplina y, sobre todo, que armonicen el marco de regularidad normativa con el ejercicio profesional y los derechos laborales de la enfermería mexicana. Con base en lo establecido por la OIT, se debe consultar al personal de enfermería respecto a su situación laboral para identificar áreas de oportunidad y mejorar las condiciones de trabajo; el propósito es garantizar prestaciones laborales y contractuales competitivas que se actualicen periódicamente, incluidas las perspectivas de carrera como el posgrado, la remuneración y la seguridad social.

Conclusión

Las condiciones actuales en materia jurídica; son suficientes para invocar el derecho humano a la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, así como para hacer uso del principio de control constitucional y el de control de convencionalidad para avanzar en los derechos humanos de la profesión. Además, ratificar el *Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería* de la OIT; se traduciría en grandes beneficios como el aumento salarial y diversas prerrogativas educativas, profesionales y laborales.



Referencias

- Organización Internacional del Trabajo [OIT] (21 de junio de 1977). C-149 - Convenio sobre el personal de enfermería, 1977. (núm. 149). *NORMLEX Information System on International Labour Standards*. https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312294:NO
- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Modificada. (02 de septiembre de 2013). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#gsc.tab=0