

REVISTA CIENTÍFICA

FEMUAS



Julio-Diciembre 2026 Núm. 6

U N I V E R S I D A D A U T Ó N O M A D E S I N A L O A

REVISTA
CIENTÍFICA
FEMUAS

ISSN 3061-8967

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

REVISTA CIENTÍFICA FEMUAS

de la Facultad de Enfermería Mochis

Número 6, ISSN 3061-8967



Los Mochis, Sinaloa, México.

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

DR. JESÚS MADUEÑA MOLINA
Rector Titular

DRA. NIDIA YUNIBA BRUN CORONA
Secretario General

DRA. ELIZABETH CASTILLO CABRERA
Secretaria de Administración y Finanzas

DR. SERGIO MARIO ARREDONDO SALAS
Secretario Académico Universitario

DRA. MARCELA DE JESÚS VERGARA JIMÉNEZ
Director General de Investigación y Posgrado

DR. JESÚS ENRIQUE SÁNCHEZ ZAZUETA
Director General de Vinculación y Relaciones Internacionales

DR. LAURO CÉSAR PARRA ACEVIZ
Vicerrector de Unidad Regional Norte

DR. JOEL CUADRAS URÍAS
Director General del Sistema Bibliotecario

ING. JESÚS RAMÓN SALMERÓN PÉREZ
Subdirector de Biblioteca Central “Francisco Segovia Ochoa” URN

DRA. MARÍA ELENA FERNÁNDEZ LÓPEZ
Directora de la Facultad de Enfermería Mochis

MC. NIDIA ODETTE SANTANA RODELO
Coordinadora del Repositorio Institucional de Revistas Científicas

COMITÉ EDITORIAL

Directora de la Revista Científica FEMUAS

Dra. María Elena Fernández López, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
<https://orcid.org/0000-0003-0784-9069>

Editor en Jefe

Dr. Gustavo Alfredo Gómez Rodríguez, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
<https://orcid.org/0000-0002-3034-5443>

Editor Asociado

Dr. Félix Gerardo Buichia Sombra, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
<https://orcid.org/0000-0003-1256-1828>

Gestores Editoriales

Dr. Jesús Antonio Zamorano Espero, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
<https://orcid.org/0000-0002-9601-8939>

Dr. Jorge Luis García Sarmiento, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
<https://orcid.org/0000-0001-6650-1762>

Soporte Técnico

Dra. Guadalupe Adriana Miranda Cota, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
<https://orcid.org/0000-0002-4322-2215>

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Nancy Rodríguez Vázquez, Universidad Autónoma de Coahuila, México.
<https://orcid.org/0000-0001-5263-3684>

Dr. José Luis Hernández Torres, Universidad Autónoma de Coahuila, México.
<https://orcid.org/0000-0003-3742-2875>

Dra. Dafne Astrid Gómez Melasio, Universidad Autónoma de Coahuila, México.
<https://orcid.org/0000-0002-2608-1350>

Dra. Patricia Marisol Márquez Vargas, Universidad Autónoma De Tamaulipas, México.
<https://orcid.org/0000-0003-1069-423X>

Dra. Natalia Isabel Manjarrez Posada, Universidad de Guadalajara, México.
<https://orcid.org/0000-0003-4953-6490>

Dra. Raquel Alicia Benavidez Torres, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
<https://orcid.org/0000-0001-5113-4250>

Dr. Benito Israel Jiménez Padilla, Universidad Autónoma de Chihuahua, México.
<https://orcid.org/0000-0002-8033-7054>

Dr. Juan Yovani Telumbre Terrero, Universidad Autónoma del Carmen, México.
<https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>

Dr. Itallo Carvalho Gomes, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
<https://orcid.org/0000-0003-3683-9193>

Dr. Luis Arturo Pacheco Pérez, Universidad de Sonora, México.
<https://orcid.org/0000-0002-3765-5559>

Dr. Maylin Almonte Becerril, Universidad de la Salud, México.
<https://orcid.org/0000-0003-1552-5961>

Dra. Edith Castellanos Contreras, Universidad Veracruzana, México.
<https://orcid.org/0000-0002-1288-198X>

Dr. Javier Salazar Mendoza, Universidad Veracruzana, México.
<https://orcid.org/0000-0001-9172-8731>

Dr. Carlos Francisco Meza García, Universidad de Guanajuato, México.
<https://orcid.org/0000-0002-1549-7190>

Dr. José Manuel Herrera Paredes, Universidad de Guanajuato, México.
<http://orcid.org/0000-0001-7631-5904>

Dra. Adriana Erendira Vega García, Universidad Autónoma del Estado de México, México.
<https://orcid.org/0000-0002-5230-4888>

Dr. Julián Esparza Romero, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. Mexico.
<https://orcid.org/0000-0001-9748-2031>

Dra. Aracely Diaz Oviedo, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.
<https://orcid.org/0000-0001-9168-9859>

Dra. Nora Hernández Martínez, Universidad Autónoma de Nuevo León. Mexico.
<https://orcid.org/0000-0002-8713-6255>

Dra. Antonieta de Jesús Banda Pérez, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
<https://orcid.org/0000-0001-9586-0641>

El Comité Editorial de la REVISTA CIENTÍFICA FEMUAS de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, agradece la colaboración realizada como pares evaluadores a investigadores de nuestra institución y de otras instituciones del país, así como autores e investigadores de nivel nacional e internacional pertenecientes a universidades, centros de investigación e instituciones tecnológicas. En reconocimiento a sus aportaciones, se divulgan sus nombres y procedencia, lo que permite una publicación de acceso abierto manteniendo la integridad del procedimiento de evaluación de la calidad en REVISTA CIENTÍFICA FEMUAS de la Facultad de Enfermería Mochis, Núm. 6, julio - diciembre 2026.

CINTILLO LEGAL

REVISTA CIENTÍFICA FEMUAS, Núm. 6, julio-diciembre de 2026, es una publicación periódica digital de periodicidad semestral, editada por la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, con domicilio en Prolongación Ángel Flores y Justicia Social s/n, Ciudad Universitaria, C.P. 81223, Los Mochis, Sinaloa, México. Teléfono: (668) 812-6405. Disponible en: <https://revistas.uas.edu.mx/index.php/FEMUAS>. Correo electrónico: **revista.fem@uas.edu.mx**. Editor responsable: **Dr. Gustavo Alfredo Gómez Rodríguez**. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. **04-2024-110614145300-102**, ISSN: **3061-8967**, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). **Responsable de la última actualización de este número:** Dr. Gustavo Alfredo Gómez Rodríguez, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. **Fecha de la última modificación:** 31 de julio de 2026. **Tamaño del archivo:** 3,766 KB.

Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad exclusiva de sus autores y no necesariamente reflejan la postura del editor, del Comité Editorial, de la Facultad de Enfermería Mochis o de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Los autores son responsables de la originalidad de sus manuscritos, de la veracidad de la información presentada y del respeto a los derechos de autor de terceros. La **Revista Científica FEMUAS** aplica procesos de evaluación editorial y revisión por pares para garantizar la calidad científica de los trabajos publicados; sin embargo, la responsabilidad sobre el contenido de cada artículo corresponde exclusivamente a sus autores. Los contenidos de esta revista se distribuyen bajo la licencia **Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)**, la cual permite copiar, distribuir, comunicar públicamente y adaptar el material con fines no comerciales, siempre que se otorgue el crédito correspondiente a los autores y a la revista, se proporcione un enlace a la licencia y las obras derivadas se distribuyan bajo los mismos términos. Para consultar los términos completos de la licencia, visite: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.

CONTENIDO

EDITORIAL

- Carta del Editor 8-10
Dr. Félix Gerardo Buichia Sombra, Editor Asociado

ARTÍCULO ORIGINAL

- Inteligencia emocional y calidad de vida en cuidadores familiares de adultos mayores: estudio piloto 11-31

Emotional intelligence and quality of life in family caregivers of oldr adults: a pilot study

Valeria Lilian Cardona-Ramírez, Mario Enrique Gámez Medina, Dafne Astrid Gómez Melasio, Luis Carlos Cortez González, Edgar Bresó Esteve, Edna Idalia Paulina Navarro-Oliva

- Prevalencia y formas de hostigamiento y acoso sexual en universitarios del área de la salud 32-47

Prevalence and Types of Sexual Harassment Among Health Sciences University Students

Nancy Rodríguez-Vázquez, Joseline del Carmen Chim Orona, Jesus Alejandro Guerra-Ordoñez, José Luis Hernández-Torres, Gloria Maricela Guerra-Rodríguez, Tirso Durán-Badillo, Héctor Manuel Gil-Vázquez

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- Escenarios de cuidado: Análisis de la Teoría del cuidado humano de Jean Watson para la práctica y educación en enfermería 48-67

Care Scenarios: Analysis of Jean Watson's Theory of Human Caring for Nursing Practice and Education

Diana Laura Prince Arano, Sasha Iveth Olivas Alvarado, Cynthia Alejandra Acosta Ramírez, Miriam Gaxiola Flores, Roberto Joel Tirado Reyes

APORTE DE INNOVACIÓN PARA LA PRÁCTICA

- Análisis estructural y aplicado de la teoría “De Novato a Experto” de Patricia Benner en la formación clínica del profesional de enfermería 68-93

Structural and Applied Analysis of Patricia Benner's "Novice to Expert" Theory in the Clinical Training of Nursing Professionals

Graciela Morales Ojeda, Miriam Gaxiola Flores, Roberto Joel Tirado Reyes, Krisna Karem López Hernández, Jesús Yamileth Báez Nevárez, Prince Arano Diana Laura

- Proceso de atención de enfermería en una persona con depresión: aplicación de la teoría del déficit de autocuidado de Orem 94-127

Nursing Care Process for a Patient with Depression: Application of Orem's Self-Care Deficit Theory

Delia Esperanza Sillas-González, Tania Lizeth Sánchez Palafox, Martha Ofelia Valle Solis, María De Lourdes Páez Jiménez, Martina García Ramos, Cesar Antonio Tapia Varela, Cecilia Palacios Fonceca



Carta del Editor

Es un honor presentar a la comunidad académica, científica y profesional el **Número 6 (2026)** de la **Revista Científica FEMUAS**, publicación oficial de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Este nuevo número reafirma nuestro compromiso con la difusión del conocimiento científico de calidad, el fortalecimiento de la práctica basada en evidencia y la promoción de la investigación como un eje estratégico para la transformación de los servicios de salud, el cuidado de enfermería y la formación de recursos humanos en enfermería y salud altamente competentes.

En un contexto caracterizado por marcados cambios epidemiológicos, demográficos y sociales, la investigación en enfermería y ciencias de la salud adquiere relevancia al aportar evidencia para comprender problemas complejos, orientar la toma de decisiones y favorecer el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia y centradas en las personas, las familias y las comunidades. En este sentido, los trabajos que integran este número reflejan la diversidad temática y metodológica que caracteriza a la disciplina, abordando fenómenos prioritarios desde enfoques cuantitativos, revisiones y aportes para la práctica profesional.

La sección de **artículos originales** se integraron dos investigaciones que responden a problemáticas contemporáneas de gran impacto social. En primer lugar, *Inteligencia emocional y calidad de vida en cuidadores familiares de adultos mayores: estudio piloto* analiza la relación entre las competencias emocionales y el bienestar de quienes desempeñan un papel fundamental en el cuidado informal, aportando evidencia preliminar para futuras investigaciones e intervenciones



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual 4.0 internacional (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, transformar y desarrollar obras derivadas a partir de los contenidos publicados, utilizar los materiales para fines académicos, científicos, educativos o de divulgación no comercial.

dirigidas a esta población. Por su parte, *Prevalencia y formas de hostigamiento y acoso sexual en universitarios del área de la salud* ofrece un panorama sobre una problemática que afecta la convivencia, la salud mental y el desempeño académico, contribuyendo a la construcción de entornos universitarios seguros e incluyentes.

En la sección de **artículos de revisión**, el trabajo *Escenarios de cuidado: Análisis de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson para la práctica y educación en enfermería* revisita uno de los referentes conceptuales más influyentes de la disciplina de enfermería, destacando su vigencia para fortalecer una práctica profesional humanista, ética y centrada en la persona, así como su contribución a la formación integral de futuras generaciones de profesionales de enfermería.

Finalmente, la sección **Aportes de innovación para la práctica** reúne dos contribuciones orientadas a fortalecer la aplicación del conocimiento disciplinar en escenarios clínicos y educativos. El artículo *Análisis estructural y aplicado de la teoría “De Novato a Experto” de Patricia Benner en la formación clínica del profesional de enfermería* ofrece una interpretación actualizada de este modelo, resaltando su utilidad para el desarrollo progresivo de competencias clínicas y la formación de profesionales de enfermería reflexivos. Asimismo, el artículo *Proceso de atención de enfermería en una persona con depresión: aplicación de la teoría del déficit de autocuidado de Orem* corresponde a un estudio de caso con la aplicación del proceso de atención de enfermería mediante un caso clínico sustentado en el razonamiento clínico y en la utilización de lenguajes estandarizados, evidenciando el papel de la disciplina frente a uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial.

Cada una de las contribuciones publicadas en este número fue sometida a un riguroso proceso de evaluación por pares bajo la modalidad de doble ciego, garantizando la calidad científica, la pertinencia metodológica y el cumplimiento de los principios éticos que distinguen a la Revista Científica FEMUAS. Este esfuerzo colectivo es posible gracias al

compromiso de autores, revisores, integrantes del Comité Editorial y colaboradores nacionales e internacionales que fortalecen continuamente este proyecto editorial.

Asimismo, este número representa un paso más en la consolidación de la revista como un espacio de comunicación científica de acceso abierto, orientado a incrementar la visibilidad de la producción académica en enfermería y ciencias de la salud. Nuestro compromiso continúa siendo impulsar la publicación de investigaciones de alta calidad que contribuyan al avance del conocimiento, la innovación en la práctica clínica, la educación, la gestión del cuidado y el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia.

Invitamos a investigadores, docentes, estudiantes y profesionales de enfermería y disciplinas afines a consultar, difundir y citar los trabajos que conforman esta edición, convencidos de que el conocimiento científico alcanza su mayor valor cuando se comparte, se discute y se transforma en mejores prácticas de cuidado para beneficio de la sociedad.

Dr. Félix Gerardo Buichia Sombra

Editor Asociado

Revista Científica FEMUAS



Artículo Original

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES: ESTUDIO PILOTO

Emotional intelligence and quality of life in family caregivers of older adults: a pilot study

Valeria Lilian Cardona-Ramírez ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3909-5110>

Mario Enrique Gámez Medina ²

 <https://orcid.org/0000-0001-8470-4782>

Dafne Astrid Gómez Melasio ³

 <https://orcid.org/0000-0002-2608-1350>

Luis Carlos Cortez González ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-1655-0272>

Edgar Bresó Esteve ⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-0884-1758>

Edna Idalia Paulina Navarro-Oliva ^{6*}

 <https://orcid.org/0000-0002-2695-8220>

¹Maestra en Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, México.

²Doctor en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

³Doctora en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, México.

⁴Doctor en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, México.

⁵Doctor en Psicología, Universidad Jaume I, Castellon de la Plana, España.

⁶Doctora en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, México.

*Autor para correspondencia: enavarro@uadec.edu.mx

Recibido: 27/03/2026

Aceptado: 28/07/2026



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual 4.0 internacional (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, transformar y desarrollar obras derivadas a partir de los contenidos publicados, utilizar los materiales para fines académicos, científicos, educativos o de divulgación no comercial.

Resumen

Introducción: El envejecimiento poblacional ha incrementado el número de adultos mayores con enfermedades crónicas, lo que genera una mayor demanda de cuidado dentro del entorno familiar. Los cuidadores familiares enfrentan diversas demandas físicas, emocionales y sociales que pueden afectar su calidad de vida. En este contexto, la inteligencia emocional se ha planteado como un recurso personal que favorece la regulación emocional y el afrontamiento ante situaciones estresantes. **Objetivo:** Analizar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad de vida en cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedades crónicas. **Método:** Estudio piloto de diseño cuantitativo, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 30 cuidadores familiares mayores de 18 años, seleccionados mediante muestreo no probabilístico en Saltillo, Coahuila. Se aplicó una cédula de datos personales y dos instrumentos: la Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) para evaluar inteligencia emocional y la escala de Calidad de Vida del Cuidador Familiar de Ferrell. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva y correlación de Spearman. **Resultados:** La media de inteligencia emocional fue de 82 ($DE = 15.7$) y la calidad de vida presentó una media de 209.9 ($DE = 42.9$). Se encontró una correlación positiva de magnitud moderada y estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y la calidad de vida ($r_s = .578, p < .001$), lo que indica que mayores niveles de inteligencia emocional se asocian con una mejor calidad de vida en los cuidadores familiares. **Conclusiones:** La inteligencia emocional se asocia positivamente con la calidad de vida del cuidador familiar, sugiriendo que el fortalecimiento de habilidades emocionales puede contribuir al bienestar y afrontamiento ante las demandas del cuidado.

Palabras clave: inteligencia emocional, calidad de vida, cuidadores familiares, adulto mayor, enfermedades crónicas.

Abstract

Introduction: Population aging has increased the number of older adults living with chronic diseases, leading to a greater demand for family caregiving. In this context, family caregivers assume physical, emotional, social, and spiritual responsibilities that may negatively affect their quality of life. Emotional intelligence has been proposed as a personal resource that promotes emotional awareness, understanding, and regulation, facilitating coping with caregiving-related stress. **Objective:** To analyze the relationship between emotional intelligence and quality of life among family caregivers of older adults with chronic diseases. **Methods:** A pilot study with a quantitative, cross-sectional, and correlational design was conducted. The sample consisted of 30 family caregivers aged 18 years and older, selected through non-probability convenience sampling in Saltillo, Coahuila, Mexico. Data were collected using a Personal Data and Caregiving History Questionnaire, the Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) to assess emotional intelligence, and Ferrell's Family Caregiver Quality of Life Instrument to evaluate quality of life. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient. **Results:** The mean emotional intelligence score was 82 ($SD = 15.7$), while the mean quality of life score was 209.9 ($SD = 42.9$). A statistically significant, positive, moderate correlation was found between emotional intelligence and quality of life ($r_s = .578, p < .001$), indicating that higher levels of emotional intelligence were associated with better perceived quality of life among family caregivers. **Conclusions:** Emotional intelligence was positively associated with family caregivers' quality of life, suggesting that strengthening emotional skills may contribute to improved well-being and coping with the demands of caregiving. These findings support the development of nursing interventions aimed at promoting emotional competencies and enhancing caregivers' quality of life.

Keywords: emotional intelligence, quality of life, caregivers, aged, chronic diseases.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) considera como adulto mayor (AM) a toda persona de 60 años o más. El crecimiento de este sector poblacional a nivel mundial es el resultado del incremento en la esperanza de vida, la mejor atención en los servicios de salud y la disminución de la natalidad; situaciones que incrementan la longevidad y consolidan el envejecimiento de la población (Agosto-González, et al 2024).

En México, la población de 60 años o más ha incrementado significativamente, alcanzando cerca de 17.9 millones de personas en el año 2022, lo que representa aproximadamente el 14% de la población total (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020). De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2020), se espera que para el año 2050 este porcentaje continúe creciendo hasta alcanzar el 21.5% del total de la población.

El aumento de esta población plantea importantes desafíos sociales y sanitarios dado que las personas AM presentan una alta prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales generan necesidades de cuidado que, en su mayoría de los casos suelen ser asumidas principalmente por un miembro de la familia, identificado como Cuidador Familiar (CF). El cuidado familiar comprende a todas aquellas actividades de ayuda no profesional (Guato-Torres & Mendoza-Parra, 2022). Asumir este rol implica enfrentar importantes demandas físicas, emocionales y económicas, que impactan directamente en el bienestar del CF. Con frecuencia, la mayor carga recae en aquel familiar que dedica más tiempo y esfuerzo a las tareas de cuidado, lo que puede generar un desgaste progresivo en distintas áreas de su vida, especialmente en el bienestar emocional y mental (Mares-Rico et al., 2022).

Diversos factores asociados al rol de cuidador pueden influir negativamente en la salud emocional, modificando de manera significativa la calidad de vida (CV) (Huerta-Riveros et al., 2022). En este contexto, el desarrollo de habilidades interpersonales, como la inteligencia emocional (IE), puede constituir un elemento protector capaz de mejorar la CV de los CF (Hidalgo-Fuentes et al., 2024; Sulandari et al., 2024).

La CV es un concepto que en la actualidad ha sido utilizado con frecuencia en la literatura y en los últimos años ha ido trascendiendo en el sector salud, sin embargo, hasta el momento no se ha encontrado un acuerdo sobre cómo definir y evaluar objetivamente la CV de los CF (Contreras et al., 2021). La OMS (1996), describe la CV como la percepción que posee una persona con relación a la posición en la vida, donde se considera la cultura y el sistema de valores de su contexto, así como las metas, expectativas, normas, preocupaciones e intereses. La CV de los CF es considerada como un tema de gran relevancia para la investigación en salud ya que se estima que aproximadamente el 25% de la población mundial realiza alguna actividad que conlleva el cuidado de algún familiar, enfrentando grandes desafíos físicos y emocionales (OMS, 2021). Al centrarse específicamente en la CV del CF se encuentra que puede verse afectada como resultado de la carga y las demandas tanto físicas como emocionales que implica la tarea del cuidado.

Por su parte, la IE se refiere a la capacidad de reconocer, comprender y gestionar las emociones propias y de los demás (Ayala et al., 2021; Salovey y Mayer 1990). Las relaciones interpersonales son particularmente relevantes para los CF, quienes desempeñan un papel vital en el cuidado y son la principal red de apoyo de la persona que tiene a su cuidado y que puede enfrentar una enfermedad crónica, discapacidad o afección de salud.

En este sentido y de acuerdo con lo que se señala en la literatura las personas emocionalmente inteligentes, presentarán una mejor salud emocional y mental incluso, estudios afirman que se puede considerar a la IE como un factor protector frente a la aparición de trastornos psicológicos, como la ansiedad o depresión, dado que disminuye la vulnerabilidad al estrés y evita la aparición de estos trastornos (Mestre y Fernández-Berrocal, 2015). Un estudio reciente indica que los CF con altos niveles de IE presentan 35% menos de síntomas de estrés y ansiedad (Mayer et al., 2016).

Desde la Teoría de la Autotrascendencia propuesta por Reed (1991, 2008), las personas que enfrentan situaciones de vulnerabilidad o eventos vitales complejos pueden desarrollar recursos personales que favorecen la adaptación y el bienestar. En el contexto del cuidado familiar, la inteligencia emocional puede entenderse como uno de estos recursos, ya que facilita la percepción, comprensión y regulación de las emociones derivadas del proceso de cuidar (Salovey & Mayer, 1990). Estas habilidades favorecen estrategias de afrontamiento más adaptativas frente a las demandas físicas, psicológicas y sociales del cuidado, lo que puede contribuir positivamente a la calidad de vida del cuidador familiar (Hidalgo-Fuentes et al., 2024; Sulandari et al., 2024).

A pesar de la evidencia disponible sobre la inteligencia emocional y el bienestar psicológico, los estudios que analizan específicamente su relación con la calidad de vida en cuidadores familiares de adultos mayores son aún limitados, particularmente en población mexicana. La mayor parte de las investigaciones se ha centrado en la sobrecarga, el estrés o la depresión del cuidador, existiendo escasa evidencia sobre la inteligencia emocional como un recurso personal asociado a la calidad de vida (Oliveira et al., 2024). En este contexto, resulta pertinente generar evidencia que contribuya a

comprender esta relación y fortalezca el desarrollo de intervenciones de enfermería dirigidas al bienestar de los cuidadores familiares.

Por lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad de vida en cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedades crónicas de Saltillo, Coahuila.

Metodología

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue transversal y correlacional (Grove & Gray, 2019). Se consideró un estudio piloto debido a que permitió realizar una aproximación inicial al fenómeno de estudio y evaluar la factibilidad del protocolo de investigación en cuidadores familiares de personas adultas mayores con enfermedad crónica. Esta fase permitió conocer la relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida en el CF del Adulto Mayor (AM).

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo compuesta por personas mayores de 18 años cuidadoras familiares de personas adultas mayores con alguna enfermedad crónica que no recibieran remuneración económica por ejercer la actividad de cuidado. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, debido a que la población constituye un grupo de difícil identificación y acceso, al no contar con un registro poblacional formal de cuidadores no remunerados. Además, al tratarse de un estudio piloto, este tipo de muestreo permitió reclutar participantes disponibles que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, con la finalidad de evaluar la factibilidad del protocolo, la aplicación de los instrumentos y el comportamiento preliminar de las variables de estudio. La muestra estuvo conformada por 30 participantes, correspondiente a una fase piloto del estudio.

Este tamaño muestral fue establecido con base en la recomendación metodológica para estudios piloto, cuyo propósito es evaluar la factibilidad del diseño, los procedimientos de recolección de datos y el desempeño preliminar de los instrumentos de medición antes de realizar estudios de mayor alcance Polit y Beck (2021).

Criterios de Inclusión

Personas mayores de 18 años, cuidadoras familiares de personas adultas mayores con alguna enfermedad crónica, que no reciban remuneración económica por ejercer la actividad de cuidado y que tengan a cargo el cuidado de su familiar como mínimo tres meses.

Criterios de eliminación

Personas que reciban remuneración económica formal por el cuidado.

No firmar el consentimiento informado.

Instrumentos de medición

Para el presente estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales e Historial del Cuidado y dos instrumentos.

Cédula de Datos Personales e Historial del Cuidado (CDPHC). Se recabó información sociodemográfica del cuidador (edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación) e información sobre el contexto del cuidado (parentesco con el paciente, tiempo y tareas de cuidado, convivencia, presencia de enfermedades crónicas y percepción de estrés).

Instrumento Trait Meta-Mood Scale-24 TMMS24 (Fernández-Berrocal et al., 2004). Evalúa la inteligencia emocional, basada en el modelo de inteligencia emocional de Salovey y Mayer (1990). Evalúa tres dimensiones: atención, claridad y reparación emocional, con una fiabilidad interna adecuada ($\alpha = .90, .90$ y $.86$, respectivamente). El

cuestionario consta de 24 ítems distribuidos en tres dimensiones, cada una con ocho reactivos: a) atención emocional (ítems 1 a 8), b) claridad emocional (ítems 9 a 16) y c) reparación emocional (ítems 17 a 24). Las respuestas se registran en una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (5).

La interpretación de los puntajes del TMMS-24 permite identificar el nivel percibido de inteligencia emocional del participante. Puntajes elevados en las dimensiones de atención, claridad y reparación emocional reflejan una mayor capacidad percibida para identificar, comprender y regular los estados emocionales. En contraste, puntuaciones bajas pueden indicar dificultades en el reconocimiento, comprensión o manejo de las emociones.

Las propiedades psicométricas de la versión en español indican que, cada factor presenta una consistencia interna adecuada ($\alpha = .90$ para atención emocional; $\alpha = .90$ para claridad emocional y $\alpha = .86$ para reparación emocional) (Fernández et al., 2004). En el presente estudio se reporta un Alpha de Cronbach de $\alpha = .95$.

Instrumento de Calidad de vida del Cuidador Familiar de Ferrell (Ferrell et al., 1995), adaptado al español por Barrera et al. (2006) y Sánchez (2011). Evalúa la calidad de vida, consta de 37 ítems que exploran cuatro dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. Emplea una escala tipo Likert de cinco puntos para cada uno de sus ítems. Esta escala permite al cuidador expresar con qué frecuencia experimenta determinadas situaciones relacionadas con su bienestar, desde "nunca" hasta "siempre". Esta modalidad facilita captar matices en la percepción de la calidad de vida, ya que no se limita a respuestas dicotómicas, sino que permite una valoración más subjetiva y gradual de la experiencia del cuidado. En cuanto a la confiabilidad del instrumento, el

coeficiente Alfa de Cronbach arroja valores de .861 y .866, respectivamente (Barrera et al. 2006 a; Sánchez, 2011). En el presente estudio se reporta un Alpha de Cronbach de $\alpha = .84$.

En este instrumento, puntuaciones más elevadas representan una mejor percepción de calidad de vida del cuidador familiar, reflejando mayor bienestar en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Por el contrario, puntuaciones bajas sugieren una mayor afectación en alguna de estas dimensiones asociada a la experiencia del cuidado.

Procedimiento de recolección de datos

Tras obtener la aprobación del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila (FAENUS-CEI-ME-2025-02), se acudió a distintos espacios donde se identificó la presencia de CF, tales como iglesias, centros de atención y hospitales. A los potenciales participantes se les explicó el propósito del estudio, los instrumentos a emplear y el tiempo estimado para responderlos. Se enfatizó que su participación sería voluntaria, confidencial y anónima, garantizando su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones.

Los cuidadores que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado (CI), previo a la aplicación de los instrumentos, recibieron explicaciones detalladas sobre los procedimientos y objetivos de la investigación. La aplicación se realizó de manera auto administrada, en un entorno tranquilo y con la posibilidad de resolver dudas durante el proceso. Los instrumentos se entregaron en sobres cerrados para reforzar la privacidad de las respuestas.

Se aseguró la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes, quienes no fueron identificados por nombre, ni por ningún otro dato

personal. Se les reiteró que no existían respuestas correctas o incorrectas, buscando fomentar la sinceridad en sus respuestas. En caso de que alguno manifestara malestar emocional derivado de los cuestionamientos, la investigadora principal (con formación en primeros auxilios psicológico) brindó apoyo inicial y canalización oportuna a servicios especializados. Los datos recabados serán resguardados por un periodo de 12 meses y posteriormente destruidos.

Consideraciones Éticas

El estudio se llevó a cabo conforme a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987), que establece los principios éticos aplicables a la investigación con seres humanos. Se garantizó el respeto a la dignidad, derechos y bienestar de los participantes, tal como lo señalan los artículos 13 al 22 del Título Segundo de la ley.

Cada CF firmó un CI en el que se describieron los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios del estudio. Se informó que podrían retirarse en cualquier momento sin afectar su situación personal, manteniendo en todo momento su anonimato y confidencialidad. El CI fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la FAENUS-UAdeC, firmado por el participante y dos testigos.

La investigación fue clasificada como de riesgo mínimo, dado que los instrumentos podrían generar emociones transitorias, sin implicar intervenciones directas ni modificaciones intencionales de la conducta. En caso de incomodidad emocional, se ofreció la posibilidad de suspender o posponer la participación sin repercusiones.

Estrategia de Análisis de Datos

El análisis se realizó mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para MacOS. La confiabilidad de los instrumentos se evaluó

a través del coeficiente Alfa de Cronbach, se aplicó estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. La normalidad de las variables se verificó mediante la prueba de Shapiro Wilk: debido a que los datos no presentaron distribución normal lo que permitió el uso de pruebas no paramétricas. Para responder al objetivo que menciona analizar la relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida de los cuidadores familiares de Saltillo, Coahuila se empleó la prueba de Correlación de Spearman.

Resultados

Con relación con las características sociodemográficas en la tabla 1 se encuentran las características del CF, la media de edad de los participantes fue de 46.4 años ($DE = 14.6$); así mismo reportaron una media de 14.1 horas ($DE = 9.1$) de tiempo dedicado al cuidado por día y una media de 72 años ($DE = 11.7$) de edad del receptor del cuidado.

Se observó un predominio del sexo femenino (80%), lo que refleja la participación mayoritaria de mujeres en las actividades de cuidado familiar. La mayoría de los cuidadores se encontraban casados (73.3%) y una proporción importante se dedicaba a labores del hogar (43.3%). Respecto al nivel educativo, destacó que más de la mitad contaba con estudios profesionales (53.3%). En cuanto al vínculo con la persona adulta mayor cuidada, predominó la relación filial, principalmente hijos e hijas (40%). Además, la mitad de los participantes reportó no presentar enfermedades (50%) y seis de cada diez cuidadores mencionaron contar con apoyo de algún familiar durante el proceso de cuidado (60%).

Tabla 1

Características del cuidador familiar

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Mujer	24	80
Hombre	6	20
Estado civil		
Casado	22	73.3
Soltero	6	20
Divorciado	1	3.3
Viudo	1	3.3
Ocupación		
Hogar	13	43.3
Empleado	8	26.7
Negocio Propio	1	3.3
Estudiantes	1	3.3
Pensionado/Jubilado	7	23.3
Grado de Estudios		
Primaria	3	10
Secundaria	7	23.3
Bachillerato	4	13.3
Profesional	16	53.3
Parentesco con el receptor del cuidado		
Esposo(a)	8	26.7
Hijo (a)	12	40
Padre/Madre	6	20
Otro	4	13.3
Apoyo de otro Familiar para el cuidado		
Si	28	60
No	12	40
Padecimiento		
Enfermedades Metabólicas	4	13.3
Cardiopatías	3	10
Enfermedades Salud Mental	2	6.7
Multipatología	3	10
Otra	3	10
Ninguna	15	50

Nota= Otra: cáncer, autismo, etc., $n = 30$

La tabla 2 se muestra la estadística descriptiva y los resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables del estudio. Los resultados mostraron que

las variables inteligencia emocional ($p = .021$) y calidad de vida ($p = .017$) no presentaron una distribución normal ($p < .05$); por lo tanto, se optó por el uso de pruebas estadísticas no paramétricas para responder al objetivo del estudio. La inteligencia emocional presentó una media de 82 puntos ($DE = 15.7$), una mediana de 77 puntos y valores entre 60 y 115 puntos. Por su parte, la calidad de vida mostró una media de 209.9 puntos ($DE = 42.9$), una mediana de 214.5 puntos y un rango de puntuaciones de 108 a 274 puntos, lo que permitió describir el comportamiento de ambas variables previo al análisis de correlación.

Tabla 2

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables del estudio

Variable	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Val.</i> <i>Min.</i>	<i>Val.</i> <i>Máx.</i>	<i>W^a</i>	<i>p</i>
Inteligencia Emocional	30	82	77	15.7	60	115	.912	.021
Calidad de Vida	30	209.9	214.5	42.9	108	274	.958	.017

Nota: $\bar{X}$ = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *Val* = valor, *Min* = mínimo, *Máx.* = máximo, *W* = estadístico de la prueba Shapiro-Wilk *n* = total de la muestra, *p* = significancia estadística.

Finalmente, para responder al objetivo del estudio, que consistió en analizar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad de vida de los cuidadores familiares de Saltillo, Coahuila, se realizó un análisis de correlación de Spearman. Los resultados mostraron una relación positiva, estadísticamente significativa y de magnitud moderada entre la inteligencia emocional y la calidad de vida de los cuidadores familiares ($r_s = .578$, $p = .001$). Este hallazgo indica que mayores niveles de inteligencia emocional se asociaron con una mejor percepción de calidad de vida en los participantes, sugiriendo que la capacidad para identificar, comprender y regular las emociones puede relacionarse favorablemente con el bienestar experimentado durante el proceso de cuidado.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad de vida en cuidadores familiares de personas adultas mayores con enfermedad crónica. Los resultados evidenciaron una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables, lo que indica que mayores niveles de inteligencia emocional se asocian con una mejor percepción de la calidad de vida. Estos hallazgos respaldan el modelo de inteligencia emocional propuesto por Salovey y Mayer (1990), el cual plantea que la capacidad para percibir, comprender y regular las emociones constituye un recurso adaptativo que favorece el afrontamiento de situaciones emocionalmente demandantes.

Los resultados obtenidos coinciden con investigaciones recientes que señalan que la inteligencia emocional favorece la adaptación psicológica de los cuidadores familiares al facilitar la regulación emocional, disminuir el impacto del estrés y fortalecer estrategias de afrontamiento ante las exigencias del cuidado (Hidalgo-Fuentes et al., 2024; Sulandari et al., 2024). Extremera y Rey (2021) reportaron que una adecuada regulación emocional se asocia con mayor bienestar psicológico y menor sintomatología emocional, mientras que Alvarado-García et al. (2023) encontraron que los cuidadores con mayores niveles de inteligencia emocional presentan menor sobrecarga y mejor calidad de vida (Oliveira et al., 2024). Estos hallazgos respaldan la asociación encontrada en el presente estudio y sugieren que la inteligencia emocional representa un recurso personal relevante para afrontar las demandas derivadas del cuidado de una persona adulta mayor (Hidalgo-Fuentes et al., 2024; Sulandari et al., 2024).

Desde una perspectiva clínica, los resultados sugieren que un cuidador con mayor inteligencia emocional no está exento de experimentar estrés o desgaste emocional; sin

embargo, posee mayores recursos para reconocer, comprender y regular sus emociones, favoreciendo una respuesta más adaptativa frente a las situaciones propias del cuidado. Esta capacidad puede contribuir a preservar el bienestar físico, psicológico, social y espiritual descrito en el modelo de calidad de vida de Ferrell et al. (1995), favoreciendo una percepción más positiva de la experiencia de cuidar. Asimismo, investigaciones recientes continúan señalando que la calidad de vida del cuidador es un fenómeno multidimensional influenciado por factores personales, emocionales y sociales, por lo que fortalecer recursos internos como la inteligencia emocional puede contribuir a mejorar el bienestar del cuidador (Potter et al., 2023).

No obstante, algunos estudios han mostrado que la calidad de vida del cuidador no depende únicamente de la inteligencia emocional. Factores como la intensidad del cuidado, el grado de dependencia de la persona cuidada, el apoyo social disponible y las condiciones económicas también influyen de manera importante en el bienestar del cuidador (Riffin et al., 2022; World Health Organization, 2021). Estos hallazgos sugieren que la inteligencia emocional constituye un recurso importante, pero forma parte de un conjunto de factores que interactúan durante la experiencia del cuidado.

Desde la práctica profesional de enfermería, estos resultados resaltan la importancia de incorporar la valoración de la inteligencia emocional dentro de la atención integral al cuidador familiar. La identificación temprana de necesidades emocionales permitiría desarrollar intervenciones dirigidas al fortalecimiento de habilidades de regulación emocional, afrontamiento, autocuidado y apoyo psicosocial, favoreciendo la adaptación al rol de cuidador y contribuyendo a mejorar su calidad de vida. De esta manera, el cuidador familiar puede ser reconocido como un sujeto de cuidado dentro de los programas de atención gerontológica y comunitaria.

Finalmente, los resultados deben interpretarse considerando las limitaciones del estudio. El diseño transversal impide establecer relaciones causales y el tamaño de muestra correspondiente a un estudio piloto limita la generalización de los hallazgos. Se recomienda que futuras investigaciones incluyan muestras más amplias, diseños longitudinales y análisis multivariados que permitan profundizar en la influencia de la inteligencia emocional sobre la calidad de vida del cuidador familiar.

Conclusión

Los resultados del presente estudio evidencian que la inteligencia emocional se relaciona positiva y significativamente con la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas adultas mayores con enfermedad crónica. Estos hallazgos sugieren que las habilidades relacionadas con la percepción, comprensión y regulación emocional representan recursos personales relevantes para favorecer la adaptación ante las demandas asociadas al cuidado.

La inteligencia emocional puede considerarse un elemento de interés dentro de la valoración integral del cuidador familiar, debido a su relación con la manera en que enfrenta las exigencias físicas, psicológicas y sociales derivadas del rol de cuidado. Desde la práctica profesional de enfermería, estos resultados resaltan la importancia de implementar estrategias de acompañamiento, educación y fortalecimiento de habilidades emocionales que favorezcan el autocuidado y el bienestar del cuidador.

Debido al carácter piloto y al diseño transversal del estudio, los resultados deben interpretarse con cautela; sin embargo, proporcionan evidencia inicial que respalda la necesidad de continuar investigando el papel de los recursos emocionales en la calidad de vida del cuidador familiar mediante estudios con muestras mayores y diseños longitudinales que permitan profundizar en los mecanismos asociados.

Financiamiento

El presente artículo no recibió financiamiento específico para su ejecución; no obstante, su desarrollo fue posible gracias al apoyo del SECIHITI a través de la beca de estudios de maestría.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

- Agosto-González, I. C., *et al.* (2024). Quality of life and polypharmacy in older adults in a family medicine unit. *Horizonte Sanitario*, 23(2), 451–457. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5856>
- Alvarado-García, A., Méndez-López, M., & Sánchez-Rodríguez, A. (2023). Quality of life and emotional factors in family caregivers: A relational analysis. *BMC Geriatrics*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03925-9>
- Ayala-Servín, N., Duré-Martínez, M. A., Urizar-González, C. A., Insaurrealde-Alviso, A., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., Almirón-Santacruz, J., García, O. E., & Torales, J. C. (2021). Inteligencia emocional asociada a niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de una universidad pública. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 54(2), 51–60. <https://doi.org/10.18004/anales/2021.054.02.51>
- Barrera, M., Torres, M., & Sánchez, G. (2006). Adaptación al español de la escala de calidad de vida del cuidador familiar de Ferrell. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 451–460.

- Consejo Nacional de Población. (2020). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2020–2070. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/conapo/documentos/bases-de-datos-de-la-conciliacion-demografica-1950-a-2019-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-2020-a-2070>
- Contreras, M. L., Mioshi, E., & Kishita, N. (2021). Factors related to the quality of life in family carers of people with dementia: A meta-analysis. *Journal of Applied Gerontology*, 40(5), 482–500. <https://doi.org/10.1177/0891988720924713>
- Extremera, N., & Rey, L. (2021). The contribution of emotional intelligence to psychological well-being: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 660166. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.660166>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validación de la versión española de la Trait Meta-Mood Scale (TMMS). *Psicothema*, 16(2), 303–310.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer. Part I: Physical and social well-being. *Cancer Nursing*, 20(6), 398–408. <https://doi.org/10.1097/00002820-199712000-00003>
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer. Part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer Nursing*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1097/00002820-199802000-00001>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Understanding nursing research: Building an evidence-based practice (7th ed.). Elsevier.
- Guato-Torres, P., & Mendoza-Parra, S. (2022). Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva.

Enfermería: Cuidados Humanizados, 11(2), e2917.
<https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2917>

Huerta-Riveros, P., Yáñez-Alvarado, M., & Leyton-Pavez, C. (2022). Factores que impactan en la calidad de vida y su incidencia en las directrices sanitarias. *Hacia la Promoción de la Salud*, 27(2), 130–143.
<https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.10>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

Mares-Rico, K. F., Cardona-Ramírez, V. L., Franco-Álvarez, D. M., Medina-Fernández, I. A., Medina-Fernández, J. A., & Carrillo-Cervantes, A. L. (2022). Ansiedad, depresión y soledad en cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Index de Enfermería*, 31(3), 166–169.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300006

Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion Review*, 8(4), 290–300. <https://doi.org/10.1177/1754073916639667>

Mestre, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2007). Manual de inteligencia emocional: Guía para la educación emocional. Grupo Anaya.

Oliveira, D., Figueiredo da Mata, F. A., & Aubeeluck, A. (2024). Quality of life of family carers of people living with dementia: Review of systematic reviews of observational and intervention studies. *British Medical Bulletin*, 149(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1093/bmb/ldad029>

- Organización Mundial de la Salud. (1996). 49.^a Asamblea Mundial de la Salud: Actas oficiales. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. <https://www.who.int>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice (9th ed.). Wolters Kluwer.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. <https://www.dof.gob.mx/>
- Sulandari, S., Coats, R. O., Miller, A., Hodgkinson, A., & Johnson, J. (2024). A systematic review and meta-analysis of the association between physical capability, social support, loneliness, depression, anxiety, and life satisfaction in older adults. *The Gerontologist*, 64(11), gnae128. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae128>
- Tigrero, D. G. (2021). Síndrome del cuidador quemado en familiares de pacientes que asisten al Centro de Salud Anconcito [Trabajo de titulación de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio Institucional UPSE. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/1852>



Artículo Original

PREVALENCIA Y FORMAS DE HOSTIGAMIENTO Y ACOSO SEXUAL EN UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD

Prevalence and Types of Sexual Harassment Among Health Sciences University Students

Nancy Rodríguez-Vázquez ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5263-3684>

Joseline del Carmen Chim Orona ²

 <https://orcid.org/0009-0004-8214-5496>

Jesus Alejandro Guerra-Ordoñez ³

 <https://orcid.org/0000-0002-4587-3214>

José Luis Hernández-Torres ^{4*}

 <https://orcid.org/0000-0003-3742-2875>

Gloria Maricela Guerra-Rodríguez ⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-7760-0712>

Tirso Durán-Badillo ⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-7274-3511>

Héctor Manuel Gil-Vázquez ⁷

 <https://orcid.org/0000-0002-2359-2489>

¹Doctora en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, México

²Licenciada en Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, México

³Doctor en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

⁴Doctor en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, México

⁵Doctora en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

⁶Doctor en Metodología de la Enseñanza, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

⁷Doctor en Educación Ambiental, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

*Autor para correspondencia: torres_luis@uadec.edu.mx

Recibido: 08/05/2026

Aceptado: 10/07/2026



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual 4.0 internacional (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, transformar y desarrollar obras derivadas a partir de los contenidos publicados, utilizar los materiales para fines académicos, científicos, educativos o de divulgación no comercial.

Resumen

Introducción: El hostigamiento y acoso sexual representan una problemática frecuente en contextos universitarios y constituyen formas de violencia que afectan el bienestar físico, psicológico y académico de los estudiantes. En universitarios del área de la salud, esta situación adquiere especial relevancia debido a la normalización de ciertas conductas dentro de las dinámicas cotidianas. **Objetivo:** Describir la prevalencia y las formas de hostigamiento y acoso sexual en universitarios del área de la salud en Coahuila, México. **Método:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en 356 estudiantes universitarios del área de la salud de una universidad pública del norte de México. La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó una cédula sociodemográfica y el Instrumento de Medición del Hostigamiento y el Acoso Sexual en Estudiantes Universitarios (IMHASEU). El análisis se efectuó mediante estadística descriptiva utilizando SPSS versión 23. **Resultados:** Las conductas de seducción no consentida representaron las formas más frecuentes de hostigamiento y acoso sexual. Predominaron comentarios sexuales (94.1%), gestos obscenos (91.6%) y miradas lascivas (91.3%). Las dimensiones relacionadas con sobornos y coerción mostraron menor prevalencia; sin embargo, 60.3% de los participantes reportó haber experimentado contacto físico no deseado, mientras que 24.4% refirió relaciones forzadas. **Conclusiones:** El hostigamiento y acoso sexual continúan presentes en estudiantes universitarios del área de la salud, principalmente mediante conductas verbalmente normalizadas. Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer estrategias institucionales orientadas a la prevención, detección y atención de estas conductas en entornos universitarios.

Palabras clave: acoso sexual, estudiantes, universidades, violencia de género, salud sexual.

Abstract

Introduction: Sexual harassment constitutes a common problem in university settings and represents a form of violence that adversely affects students' physical, psychological, and academic well-being. Among university students in health-related programs, this issue is particularly relevant due to the normalization of certain behaviors within everyday interactions. **Objective:** To describe the prevalence and forms of sexual harassment among university students enrolled in health-related programs in Coahuila, Mexico. **Methods:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with 356 university students enrolled in health-related programs at a public university in northern Mexico. Participants were selected using non-probability convenience sampling. Data were collected using a sociodemographic questionnaire and the Instrument for Measuring Sexual Harassment in University Students (IMHASEU). Descriptive statistical analyses were performed using SPSS version 23. **Results:** Unwanted seductive behaviors were the most frequently reported forms of sexual harassment. The most prevalent behaviors included sexually suggestive comments (94.1%), obscene gestures (91.6%), and lustful stares (91.3%). Dimensions related to bribery and coercion showed lower prevalence; however, 60.3% of participants reported experiencing unwanted physical contact, while 24.4% reported having been subjected to forced sexual relations. **Conclusions:** Sexual harassment remains prevalent among university students enrolled in health-related programs, primarily through verbally normalized behaviors. These findings underscore the need to strengthen institutional strategies aimed at the prevention, identification, and management of sexual harassment within university settings.

Keywords: sexual harassment, students, universities, gender-based violence, sexual health.

Introducción

El hostigamiento y el acoso sexual constituyen formas de violencia sexual presentes en distintos contextos sociales, incluyendo las instituciones de educación superior. Estas conductas abarcan desde comentarios, insinuaciones y gestos de connotación sexual no deseados hasta formas más graves que implican coerción, intimidación o contacto físico sin consentimiento (Evangelista, 2017). Su presencia en el ámbito universitario representa un problema relevante debido a las repercusiones psicológicas, académicas y sociales que genera en las personas afectadas.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la violencia sexual representa un problema importante de salud pública y de derechos humanos, especialmente en mujeres y personas jóvenes (OMS, 2021). Dentro de los espacios universitarios, distintas investigaciones han mostrado que las experiencias de hostigamiento y acoso sexual pueden relacionarse con síntomas de ansiedad, depresión, aislamiento social y dificultades en el desempeño académico de los estudiantes (Expósito et al., 2026; Dilip et al., 2021). Además de las afectaciones emocionales, este tipo de situaciones puede impactar la motivación académica, la participación estudiantil y la percepción de seguridad dentro de las instituciones educativas (Adimora & Adimora, 2026).

En América Latina, el acoso sexual en universidades suele encontrarse invisibilizado debido a procesos de normalización sociocultural y a la dificultad para denunciar estas conductas, particularmente cuando provienen de figuras de autoridad o forman parte de interacciones consideradas “cotidianas” (Larrea, 2018; Mingo & Moreno, 2017). Investigaciones recientes han identificado que las formas más frecuentes

corresponden a conductas verbales y no verbales, como comentarios sexuales, miradas lascivas y gestos obscenos, las cuales suelen minimizarse pese a su impacto en el bienestar de los estudiantes (Evangelista, 2017; Flórez Mejía et al., 2023).

En estudiantes del área de la salud, esta problemática adquiere especial relevancia debido a que se trata de futuros profesionales responsables de brindar atención integral a personas en situaciones de vulnerabilidad. Crecer académicamente en espacios donde estas conductas se perciben como “normales” puede favorecer que la violencia y las desigualdades de género continúen reproduciéndose en la formación profesional (García-Díaz et al., 2020).

A pesar de la importancia del fenómeno, en México aún existen limitados estudios enfocados en describir las formas de hostigamiento y acoso sexual en universitarios del área de la salud, particularmente en el norte del país, donde la evidencia continúa siendo escasa (Larrea, 2018). En estados fronterizos como Coahuila, las dinámicas sociales vinculadas a contextos de desigualdad y violencia de género hacen relevante profundizar en el estudio de estas problemáticas dentro de los espacios universitarios (Vega Briones, 2012; López Estrada, 2020). Conocer cómo se manifiestan estas conductas en estudiantes universitarios puede contribuir al diseño de estrategias institucionales más efectivas de prevención y atención.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue describir la prevalencia y las formas de hostigamiento y acoso sexual en universitarios de ciencias de la salud en Coahuila, México.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en estudiantes universitarios del área de la salud en el estado de Coahuila, México.

La población estuvo conformada por estudiantes inscritos en programas académicos del área de la salud de una universidad pública del norte de México durante el periodo 2025–2026. El tamaño de muestra se calculó en EPIDAT 4.0 para población infinita, con un nivel de confianza del 95%, un error máximo aceptable del 5% y una proporción esperada del 50%, estimándose un mínimo de 384 participantes. Finalmente, se incluyeron 356 estudiantes que cumplieron los criterios de elegibilidad, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia

Se incluyeron estudiantes mayores de 18 años, inscritos de manera activa en programas del área de la salud y que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron cuestionarios incompletos o con inconsistencias en las respuestas.

Para la recolección de datos se utilizó una cédula sociodemográfica y el Instrumento de Medición del Hostigamiento y el Acoso Sexual en Estudiantes Universitarios (IMHASEU), el cual evalúa tres dimensiones: seducción no consentida, sobornos y coerción, y conductas físicas y explícitas. Este instrumento ha mostrado adecuados niveles de confiabilidad, con coeficientes de consistencia interna superiores a .90 (Guarderas et al., 2023; Ruiz & González, 2023) y en la presente investigación mostró una consistencia interna de .91.

La recolección de datos se realizó en línea mediante Google Forms, incluyendo el consentimiento informado, la cédula sociodemográfica y los instrumentos de medición.

El enlace fue difundido a través de redes sociales y mediante invitaciones en instituciones educativas del área de la salud, previa autorización correspondiente. En casos donde se reportó antecedente de abuso o violencia sexual, se proporcionó información de contacto para apoyo y orientación psicológica.

El análisis estadístico se efectuó mediante estadística descriptiva (medias, desviación estándar, frecuencias y porcentajes) utilizando el software SPSS versión 23.

El estudio se desarrolló conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Asimismo, fue aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética (2025-FAENUL-001), garantizando la confidencialidad, anonimato y protección de los datos personales de los participantes.

Resultados

Características de los participantes

La muestra estuvo conformada por 356 estudiantes universitarios del área de la salud. Predominó el sexo femenino (75.6%) y la orientación heterosexual (76.4%). La mayor proporción de participantes correspondió a estudiantes de enfermería (44.9%) y psicología (30.9%).

Hostigamiento y acoso sexual

Los puntajes descriptivos mostraron una mayor frecuencia de conductas relacionadas con seducción no consentida en comparación con las dimensiones de coerción y conductas físicas y explícitas (Tabla 1).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de HAS

Variable	M	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Hostigamiento y acoso sexual	34.09	32.00	21.09	0.00	168.00
Seducción no consentida	26.56	27.00	14.20	0.00	70.00
Sobornos y coerción	9.45	9.00	2.58	0.00	42.00
Conductas físicas y explícitas	6.42	4.00	7.30	0.00	35.00

Nota: M = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar.

Seducción no consentida

Las conductas de seducción no consentida representaron las formas más frecuentes de hostigamiento y acoso sexual en la población estudiada. Predominaron aquellas relacionadas con interacciones verbales y no verbales de connotación sexual, evidenciando una alta exposición de los estudiantes a este tipo de conductas en el entorno universitario (Tabla 2).

Tabla 2
Prevalencia de conductas de seducción no consentida

Conducta	Nunca n (%)	Alguna vez n (%)
Comentarios sexuales	21 (5.90)	335 (94.10)
Gestos obscenos	30 (8.43)	326 (91.57)
Miradas lascivas	31 (8.71)	325 (91.29)

Nota: n = frecuencia, % = porcentaje.

Sobornos y coerción

En la dimensión de sobornos y coerción se observó una baja prevalencia en comparación con otras formas de acoso. La mayoría de los participantes reportó no haber experimentado propuestas sexuales a cambio de beneficios académicos o laborales. No obstante, un porcentaje menor refirió haber recibido comentarios inapropiados por parte de docentes (Tabla 3).

Tabla 3

Prevalencia de sobornos y coerción

Conducta	Nunca n (%)	Alguna vez n (%)
Comentarios por docentes	298 (83.71)	58 (16.29)
Propuestas a cambio de beneficios	323 (90.73)	33 (9.27)

Nota: n = frecuencia, % = porcentaje.

Conductas físicas y explícitas

Las conductas físicas y explícitas presentaron menor frecuencia en comparación con las formas verbales de acoso; sin embargo, se identificaron experiencias de contacto físico no deseado y situaciones de mayor gravedad en una proporción importante de participantes (Tabla 4).

Tabla 4

Prevalencia de conductas físicas y explícitas

Conducta	Nunca n (%)	Alguna vez n (%)
Contacto físico no deseado	141 (39.61)	215 (60.39)
Intento de abuso	262 (73.60)	94 (26.40)
Relaciones forzadas	269 (75.57)	87 (24.43)

Nota: n = frecuencia, % = porcentaje.

Discusión

La elevada prevalencia de conductas de hostigamiento y acoso sexual observada en este estudio refleja que estas formas de violencia continúan presentes en los entornos universitarios del área de la salud. El predominio de manifestaciones verbales y no verbales coincide con investigaciones realizadas en contextos universitarios latinoamericanos, donde las conductas consideradas socialmente “sutiles” o normalizadas constituyen las formas más frecuentes de acoso (Evangelista, 2017; Flórez Mejía et al., 2023).

La elevada frecuencia de conductas relacionadas con la seducción no consentida sugiere que estas prácticas permanecen normalizadas dentro de la convivencia universitaria, lo que puede dificultar que sean reconocidas como formas de violencia sexual y favorecer su subregistro. La exposición constante a comentarios sexuales, insinuaciones o expresiones no verbales puede hacer que muchos estudiantes las perciban como parte de las dinámicas habituales de interacción y opten por no denunciarlas (Bondestam & Lundqvist, 2020; Mingo & Moreno, 2017). Aunque estas conductas suelen minimizarse, su repetición puede generar afectaciones emocionales, sensación de inseguridad y deterioro del rendimiento académico (Fedina et al., 2018).

La menor frecuencia observada en las conductas de sobornos y coerción no necesariamente indica una menor gravedad del problema. Sin embargo, siguen siendo relevantes por el tipo de relación de poder que suele existir detrás de estas conductas, especialmente cuando involucran docentes u otras figuras de autoridad académica. Diversos estudios han señalado que el temor a tener consecuencias negativas, la desconfianza hacia los procesos institucionales y la normalización de ciertas prácticas

pueden hacer que muchas de estas experiencias no sean reportadas por los estudiantes (Pina et al., 2009; Larrea, 2018).

Aunque las conductas físicas y explícitas fueron menos frecuentes, representan las formas más severas de violencia sexual debido al daño físico y psicológico que pueden ocasionar. Este tipo de experiencias, aun cuando suelen reportarse menos que otras formas de acoso, representan manifestaciones más graves de violencia sexual y pueden dejar consecuencias importantes en el bienestar emocional y psicológico de quienes las viven (Fedina et al., 2018).

Los resultados de este estudio muestran que el hostigamiento y acoso sexual siguen presentes entre estudiantes universitarios del área de la salud. Esto cobra relevancia debido a que se trata de futuros profesionales que deberían formarse en ambientes seguros, respetuosos y con mayor sensibilidad hacia la violencia de género y los derechos humanos. En este sentido, continúa siendo necesario fortalecer las acciones institucionales dirigidas a prevenir, identificar y atender este tipo de conductas dentro de las universidades. Algunas investigaciones señalan que factores como las jerarquías académicas, las relaciones de poder y el silencio institucional pueden favorecer que estas situaciones continúen normalizándose en los espacios universitarios (Bondestam & Lundqvist, 2020).

Una de las limitaciones del estudio fue el tipo de muestreo utilizado, ya que al tratarse de un muestreo por conveniencia los resultados no pueden generalizarse a toda la población universitaria. Además, al abordar experiencias sensibles mediante cuestionarios de autorreporte, es posible que algunas personas hayan preferido omitir información o modificar sus respuestas. Situaciones similares han sido descritas en otras investigaciones

sobre violencia sexual en contextos universitarios, donde las diferencias metodológicas y los distintos instrumentos de medición continúan representando un reto para comparar resultados entre estudios (Fedina et al., 2018). Aun con estas limitaciones, el estudio ofrece información relevante sobre una problemática poco explorada en estudiantes universitarios del área de la salud en el norte de México.

Conclusión

El estudio permitió identificar que el hostigamiento y acoso sexual continúan presentes en estudiantes universitarios del área de la salud en Coahuila, México. Las situaciones reportadas con mayor frecuencia estuvieron relacionadas con comentarios, insinuaciones y miradas de connotación sexual, lo que refleja la presencia constante de formas verbales y no verbales de violencia sexual dentro del entorno universitario.

Los resultados permiten observar que muchas de estas conductas siguen presentándose como parte de la convivencia cotidiana entre estudiantes, lo que puede hacer que se perciban como algo “normal” y, en consecuencia, que varias de estas experiencias no sean identificadas o denunciadas como formas de violencia sexual. Aunque las conductas físicas y de coerción se presentaron con menor frecuencia, su presencia evidencia que persisten formas más graves de violencia sexual dentro de los espacios académicos.

La información obtenida aporta evidencia sobre una problemática poco explorada en universitarios del área de la salud en el norte de México y contribuye al fortalecimiento del conocimiento relacionado con hostigamiento y acoso sexual en contextos universitarios. Los resultados resaltan la importancia de fortalecer estrategias institucionales orientadas a la prevención, detección y atención de estas conductas, así

como continuar desarrollando investigaciones en diferentes contextos educativos y poblaciones universitarias. Los resultados resaltan la necesidad de fortalecer políticas institucionales, mecanismos de denuncia y programas de prevención orientados a promover espacios educativos seguros y libres de violencia.

Finalmente, se recomienda desarrollar futuras investigaciones que permitan explorar factores asociados, consecuencias psicológicas y diferencias según sexo, orientación sexual o áreas académicas, así como ampliar el análisis a otras regiones y contextos universitarios del país.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias del sector público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la realización o publicación de los resultados del presente estudio.

Referencias

- Adimora, D. E., & Adimora, J.-F. C. (2026). *Sexual Harassment and Academic Engagement of Female Students in Higher Education Institutions in Nigeria*. European Scientific Journal, 22(14), 83–96.
<https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n14p83>
- Dilip, D., & Bates, L. (2021). *Sexual Violence and Mental Health Among College Students in the Era of #MeToo*. Violence and Gender, 8(1), 8–13.
<https://doi.org/10.1089/vio.2020.0033>

- Bondestam, F., & Lundqvist, M. (2020). Sexual harassment in higher education – A systematic review. *European Journal of Higher Education*, 10(4), 397–419.
<https://doi.org/10.1080/21568235.2020.1729833>
- Evangelista G., A. A. (2017). Hostigamiento y acoso sexual en ámbitos de educación superior del sureste mexicano. *Investigación Cualitativa En Ciencias Sociales*, 3(1), 336–341.
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1174>
- Expósito, F., Sánchez-Hernández, M. D., Badenes-Sastre, M., Beltrán-Morillas, A. M., & Villanueva-Moya, L. (2026). *Sexual Harassment Among Women in Higher Education: Psychological Distress as a Mediator of Coping Strategies*. *Women*, 6(1), 20. <https://doi.org/10.3390/women6010020>
- Fedina, L., Holmes, J. L., & Backes, B. L. (2018). Campus sexual assault: A systematic review of prevalence research from 2000 to 2015. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 76–93. <https://doi.org/10.1177/1524838016631129>
- Flórez Mejía, M. J., Giraldo Rodríguez, P. A., & Moncada Bedoya, D. (2023). Los mitos sobre el acoso sexual en la ciudad de Medellín: una percepción de los jóvenes universitarios. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 39(39), 78–99.
<https://doi.org/10.18566/rfts.v39n39.a05>
- García-Díaz, V., Fernández-Feito, A., Bringas-Molleda, C., Rodríguez-Díaz, F. J., & Ballesteros-García, M. (2020). Tolerance of violence and sexist attitudes in university students. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 179–185.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.003>

- Guarderas, P., de Lourdes Larrea, M., Moreta-Herrera, R., Reyes-Valenzuela, C., Vaca, D. & Acosta, D. (2023). Psychometric Properties of the Acoso Sexual en las Instituciones de Educación SAcosta, D.(ASIES) in an Ecuadorian Sample. *International Journal of Psychological Research*, 16(1), 16–28.
<https://doi.org/10.21500/20112084.5970>
- Larrea, M. de L. (2018). *¿Cómo se mide el acoso sexual? Sistematización de la experiencia de construcción de contenidos de un instrumento para la medición del acoso sexual en instituciones de educación superior del Ecuador*. Fundación Donum-FOS. <https://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2018/07/machometro-baja-res.pdf>
- López Estrada, S. (2020, 1 de octubre). *La Red de Estudios de Género del Norte de México y sus alcances*. El Colegio de la Frontera Norte. <https://www.colef.mx/noticia/la-red-de-estudios-de-genero-del-norte-de-mexico-y-sus-alcances/>.
- Mingo, A., & Moreno, H. (2017). Sexismo en la universidad. *Estudios Sociológicos De El Colegio De México*, 35(105), 571-595.
<https://doi.org/10.24201/es.2017v35n105.1434>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Pina, A., Gannon, T. A., & Saunders, B. (2009). An overview of the literature on sexual harassment. *Aggression and Violent Behavior*, 14(2), 126–138.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.002>

- Ruiz, E. S. & González Arias, A. I. (2023). Medir el hostigamiento y el acoso sexual en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(4), 815–830. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i4.1261>
- Vega Briones, G. (2012). Expresiones de violencia de género en la frontera norte de México: el caso de Ciudad Juárez. *Norteamérica, Revista Académica del CISAN-UNAM*, 7(2), 253–284. <https://doi.org/10.22201/cisan.24487228e.2012.2.174>



Artículo de Revisión

ESCENARIOS DE CUIDADO: ANÁLISIS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON PARA LA PRÁCTICA Y EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

Care Scenarios: Analysis of Jean Watson's Theory of Human Caring for Nursing Practice and Education

Diana Laura Prince Arano¹

 <https://orcid.org/0009-0007-4622-1529>

Sasha Iveth Olivas Alvarado^{2*}

 <https://orcid.org/0009-0002-2757-0102>

Cynthia Alejandra Acosta Ramirez³

 <https://orcid.org/0009-0008-1787-3226>

Miriam Gaxiola Flores⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-3378-7404>

Roberto Joel Tirado Reyes⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

¹ Estudiante del Programa de Maestría en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

² Estudiante del Programa de Maestría en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

³ Estudiante del Programa de Maestría en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

⁴ Coordinadora del Programa de Investigación y Posgrado, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

⁵ Coordinador del Programa de Doctorado, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

Autor para correspondencia: olivasalvaradosasha@gmail.com

Recibido: 25/11/2025

Aceptado: 27/05/2026



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual 4.0 internacional (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, transformar y desarrollar obras derivadas a partir de los contenidos publicados, utilizar los materiales para fines académicos, científicos, educativos o de divulgación no comercial.

Revista Científica FEMUAS

Núm. 6, 2026, pp. 48-67

Revista online: <https://revistas.uas.edu.mx/index.php/FEMUAS>

ISSN: 3061-8967

Universidad Autónoma de Sinaloa
Facultad de Enfermería Mochis

Resumen

Introducción: Las teorías de enfermería constituyen su base científica, ya que orientan la práctica profesional, la docencia y la investigación. La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson concibe el cuidado como la relación transpersonal que existen entre la enfermera(o) y el paciente, esta relación trasciende promoviendo el cuidado humanizado centrado en la persona. **Objetivo.** Analizar la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. **Objetivo:** Analizar la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. **Metodología:** Se realizó el análisis de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, siguiendo los seis pasos propuestos por Walker y Avant. **Resultados:** Se identificó que sus conceptos, metaparadigmas y procesos Caritas fortalecen la comprensión del cuidado como la esencia de la enfermería, demostrando su vigencia y aplicabilidad en la práctica clínica, la docencia y la investigación. **Conclusión:** Este análisis permitió concluir que el marco conceptual y la teoría sustentan la práctica de enfermería enfocada hacia el cuidado humano, siendo estos de manera integral y centrados en la persona. La teoría sigue siendo un referente que orienta la práctica de enfermería.

Palabras clave: Humanización de la atención, enfermería, modelos de enfermería, relación profesional-paciente, atención de enfermería.

Abstract

Introduction: Nursing theories constitute the scientific foundation of the discipline, guiding professional practice, education, and research. Jean Watson's Theory of Human Caring conceptualizes caring as a transpersonal relationship between the nurse and the patient, transcending the clinical encounter to promote person-centered, humanistic care.

Objective: To analyze Jean Watson's Theory of Human Caring. **Methods:** An analysis of Jean Watson's Theory of Human Caring was conducted following the six-step approach proposed by Walker and Avant. **Results:** The analysis identified that the theory's concepts, metaparadigm, and Caritas Processes strengthen the understanding of caring as the essence of nursing, demonstrating its continued relevance and applicability to clinical practice, nursing education, and research. **Conclusions:** This analysis concluded that the conceptual framework and the theory support nursing practice focused on human caring through a holistic, person-centered approach. Jean Watson's Theory of Human Caring continues to serve as a guiding framework for nursing practice.

Keywords: Humanizing care, nursing, nursing models, professional-patient relationship, nursing care.

Introducción

El desarrollo de las teorías de enfermería ha sido fundamental para consolidar la disciplina como una ciencia con identidad propia, al proporcionar marcos conceptuales que orientan la práctica asistencial, la formación de recursos humanos y la generación de conocimiento. En un contexto caracterizado por la creciente complejidad de los sistemas de salud y la necesidad de fortalecer la calidad del cuidado, estas teorías continúan constituyendo un fundamento indispensable para sustentar el ejercicio profesional y promover una atención basada en principios científicos y humanísticos (Espinoza et al., 2024; Walker y Avant, 2018).

Entre las propuestas teóricas de mayor influencia en la disciplina destaca la teoría del cuidado humano de Jean Watson, desarrollada entre 1975 y 1979 con el propósito de reconocer el cuidado como la esencia de la enfermería. Desde sus primeras publicaciones, Watson planteó que el acto de cuidar trasciende la ejecución de procedimientos técnicos y se configura como una relación transpersonal en la que la interacción entre la persona que cuida y quien recibe el cuidado adquiere un significado terapéutico (Watson, 1985, 1999). Posteriormente, la autora amplió su propuesta mediante la incorporación de los procesos Caritas, reafirmando que la presencia auténtica, la compasión y la conciencia del profesional de enfermería constituyen elementos esenciales para favorecer procesos de sanación y bienestar integral (Watson, 2008, 2022).

La vigencia de la teoría del cuidado humano refleja en su amplia presencia en la literatura científica y en su aplicación en diversos ámbitos de la práctica, la docencia y la investigación en enfermería. Un estudio bibliométrico de la producción científica publicada entre 1979 y 2023 evidenció un crecimiento sostenido de las investigaciones

sustentadas en esta teoría, así como una amplia colaboración internacional entre instituciones y grupos de investigación. En consonancia con estos hallazgos, una revisión sistemática reciente concluyó que la filosofía de Watson proporciona un marco conceptual sólido para orientar la gestión del cuidado y fortalecer la atención centrada en la persona, favoreciendo prácticas de enfermería más humanizadas e integrales (Espinoza et al., 2024).

Metodología

Se realizó un análisis de la teoría del cuidado humano de Jean Watson, mediante el método de evaluación de teorías propuesto por Walker y Avant (2018). Este método comprende seis etapas: 1) identificación del origen de la teoría, 2) examen del significado de sus conceptos, 3) análisis de la adecuación lógica, 4) determinación de su utilidad, 5) valoración del grado de generalización y parsimonia, y 6) evaluación de su capacidad de prueba. La aplicación de este procedimiento permitió examinar de manera sistemática la estructura conceptual del modelo y su contribución al desarrollo disciplinar de la enfermería.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda documental se efectuó entre marzo y mayo de 2026 en las bases de datos PubMed, SciELO, LILACS, Dialnet y Google Académico, utilizando literatura científica publicada en español e inglés. Se emplearon términos DeCS y MeSH relacionados con la teoría del cuidado humano, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR (tabla 1).

Tabla 1

Estrategia de búsqueda documental empleada para el análisis teórico de la teoría del cuidado humano de Jean Watson.

Base de datos	Oración con DeCs/MeSH y términos libres, operadores booleanos	Resultado de búsqueda	Total
PubMed	("Humanization of Care"[Mesh] OR "Nursing Care"[Mesh]) AND ("Nursing Models"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations"[Mesh])	12	18
	("Nursing Care"[Mesh]) AND ("Professional-Patient Relations"[Mesh]) AND ("Jean Watson" OR "Human Caring Theory")	6	
LILACS	(mh:"Humanización de la Atención" OR mh:"Cuidados de Enfermería") AND (mh:"Modelos de Enfermería")	9	14
	(mh:"Relaciones Profesional-Paciente") AND (mh:"Cuidados de Enfermería") AND ("Jean Watson")	5	
Base de datos	Oración con DeCs/MeSH y términos libres, operadores booleanos	Resultado de búsqueda	Total
SciELO	("Humanization of Care" OR "Humanización de la atención") AND Nursing AND ("Nursing Models" OR "Modelos de enfermería")	8	12
	("Professional-Patient Relations" OR "Relación profesional-paciente") AND Nursing Care AND "Jean Watson"	4	

	"Jean Watson" AND Enfermería AND "Cuidado Humanizado" "Cuidado Humanizado" ("Modelos de Enfermería") AND ("Relación profesional-paciente") OR ("Humanización del cuidado")	7	
Dialnet	"Jean Watson" AND "Human Caring Theory" AND Nursing ("Humanization of Care" OR "Humanización de la atención") AND Nursing AND ("Professional-Patient Relations")	5	12
Google Académico		320	350
		30	
Total			406

Nota. Elaboración propia.

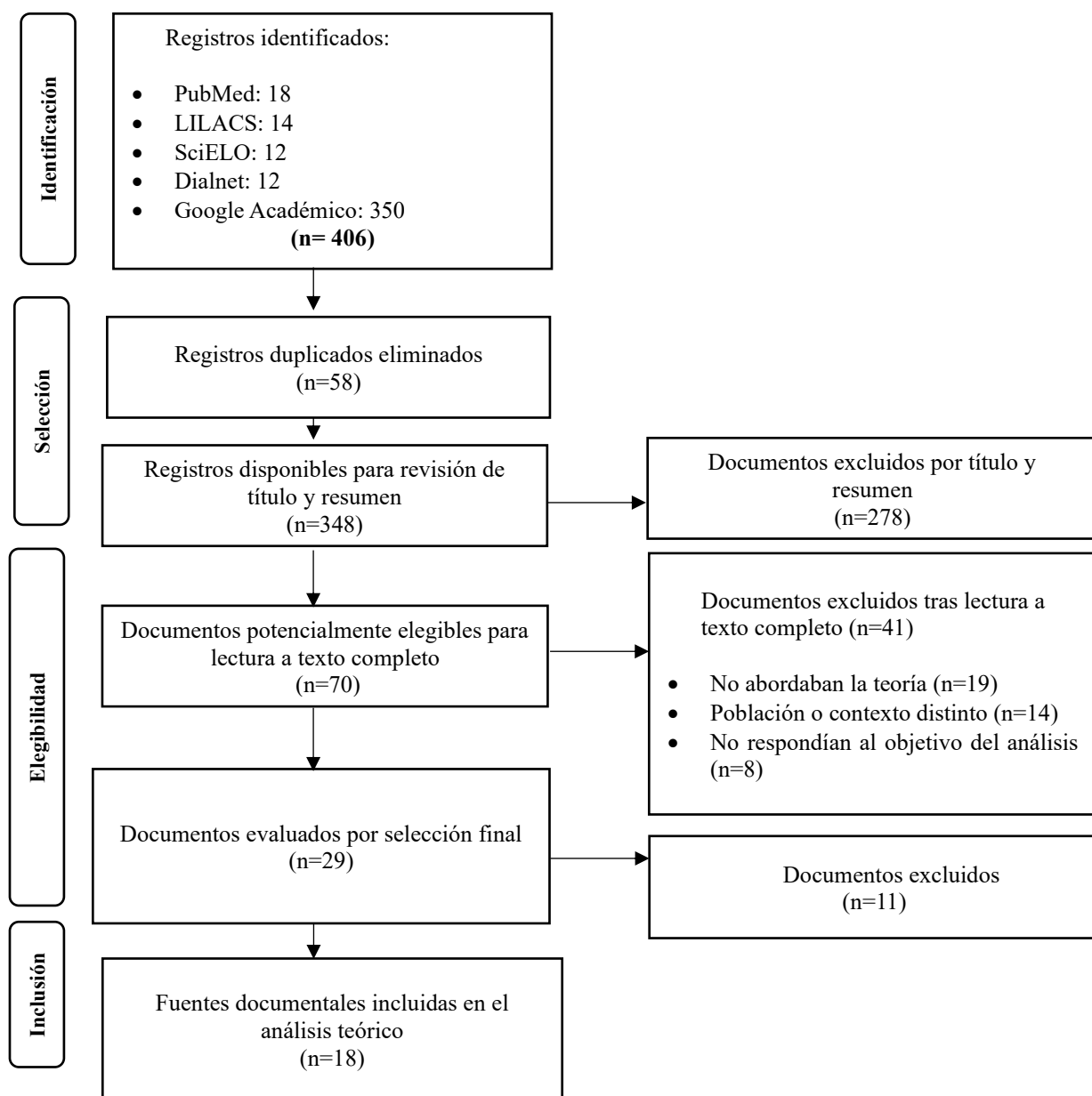
Criterios de inclusión y exclusión

Los registros identificados fueron sometidos a un proceso de selección que incluyó la eliminación de duplicados y la revisión de títulos, resúmenes y textos completos. Se incluyeron libros originales de Jean Watson, artículos científicos y otros documentos académicos relacionados con los fundamentos conceptuales y la aplicación de la teoría. Se excluyeron publicaciones duplicadas, documentos sin acceso al texto completo, editoriales, cartas al editor (figura 1).

Finalmente, la información seleccionada se organizó de acuerdo con las seis etapas propuestas por Walker y Avant (2018), lo que permitió analizar de manera sistemática el origen, la estructura conceptual, la coherencia lógica, la utilidad, el grado de generalización, la parsimonia y la capacidad de prueba de la teoría (figura 2).

Figura 1

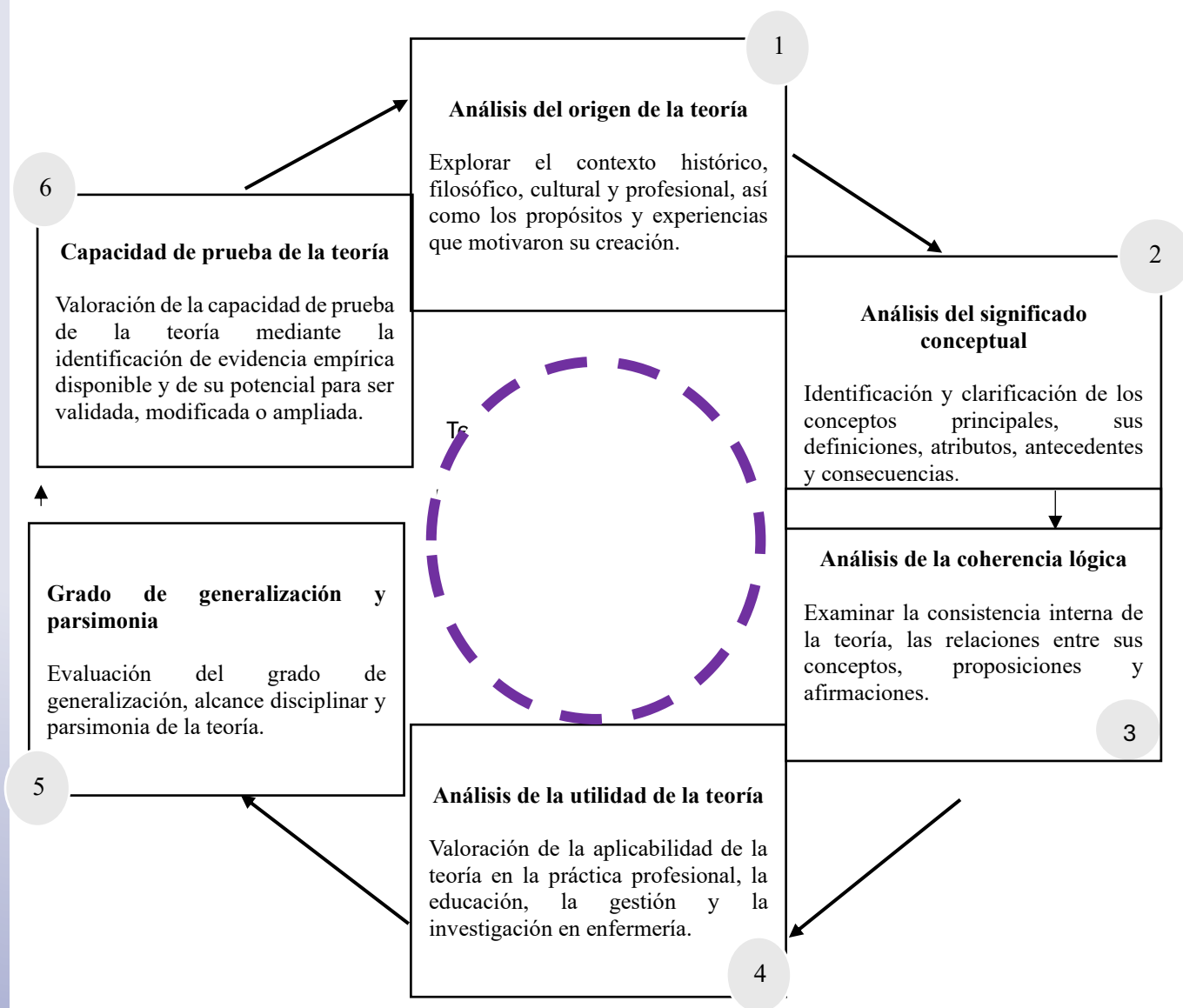
Proceso de identificación y selección de la literatura para el análisis teórico de la teoría del cuidado humano de Jean Watson.



Nota. Elaboración propia.

Figura 2

Método de análisis teórico basado en Walker y Avant aplicado a la teoría del cuidado humano de Jean Watson.



Nota. Elaboración propia. A partir del método de Walker y Avant (2018)

Resultados

Los resultados se organizaron de acuerdo con los seis criterios propuestos por Walker y Avant para la evaluación de teorías de enfermería. La revisión e integración crítica de la literatura permitieron analizar de manera sistemática los fundamentos

conceptuales, la consistencia interna y el alcance disciplinar de la teoría del cuidado humano de Jean Watson, así como identificar la evidencia que respalda su aplicación y desarrollo en la práctica clínica, la docencia y la investigación en enfermería.

1. Origen de la teoría.

La teoría del cuidado humano fue desarrollada por Jean Watson entre 1975 y 1979 como respuesta a la necesidad de fortalecer el fundamento disciplinar de la enfermería frente al predominio del modelo biomédico, centrado principalmente en la enfermedad y en los procedimientos técnicos. La autora propuso una perspectiva humanista en la que el cuidado constituye la esencia de la profesión y representa un proceso relacional orientado a preservar la dignidad, la integridad y el bienestar de la persona. Esta propuesta quedó plasmada inicialmente en la obra *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, publicada en 1979 y posteriormente ampliada mediante diversas revisiones que incorporaron los procesos *Clinical Caritas* (Watson, 1979, 1985, 2008, 2022).

El desarrollo de la teoría estuvo influenciado por corrientes filosóficas humanistas, fenomenológicas, existencialistas y espirituales que conciben al ser humano como una unidad integrada por dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales. Desde esta perspectiva, el cuidado trasciende la ejecución de intervenciones clínicas para convertirse en un encuentro entre la enfermera(o) y la persona, donde la empatía, el respeto, la conciencia y la reciprocidad adquieren un papel central (Alligood, 2022; Watson, 2022).

Desde el punto de vista disciplinar, la teoría del cuidado humano se clasifica como una gran teoría de enfermería debido a su elevado nivel de abstracción y a la amplitud de los fenómenos que aborda (Alligood, 2022; Walker y Avant, 2018).

2. Significado conceptual de la teoría

El segundo criterio del método de Walker y Avant permitió examinar el significado de los conceptos que integran la teoría del cuidado humano, identificando la forma en que se articulan para explicar el fenómeno central del cuidado en enfermería. El análisis evidenció que la propuesta de Watson se sustenta en una estructura conceptual integrada, donde los conceptos no funcionan de manera aislada (Walker y Avant, 2018; Watson, 1999).

Metaparadigma de enfermería

El análisis del metaparadigma evidenció que Watson redefine los cuatro conceptos fundamentales de la disciplina desde una perspectiva humanista. La persona es concebida como un ser único, integral y espiritual, con capacidad para otorgar significado a sus experiencias y participar activamente en su proceso de salud. La salud trasciende la ausencia de enfermedad y se entiende como un estado dinámico de armonía entre cuerpo, mente y espíritu. Por su parte, el entorno comprende las dimensiones físicas, sociales, culturales y espirituales que influyen en la experiencia del cuidado. En este contexto, la enfermería se concibe como una disciplina sustentada en una relación transpersonal orientada a promover la sanación, el crecimiento personal y el bienestar integral de la persona (Watson, 1999).

Conceptos centrales de la teoría

El análisis permitió identificar que la teoría se estructura alrededor de cinco conceptos fundamentales: los procesos *Clinical Caritas*, la relación transpersonal del cuidado, el momento de cuidado, la conciencia del cuidado y el campo fenomenológico. Estos conceptos representan los elementos que operacionalizan la filosofía del cuidado

humano y proporcionan coherencia interna al modelo. Los procesos *Clinical Caritas* constituyen el eje operativo de la teoría, ya que transforman los principios filosóficos del cuidado en acciones concretas para la práctica del profesional. A través de ellos, Watson propone que el acto de cuidar debe fundamentarse en valores como el amor, la compasión, la presencia auténtica, la sensibilidad, la confianza y el respeto por la dignidad humana (Watson, 2008, 2022).

Finalmente, el campo fenomenológico representa el conjunto de experiencias, percepciones, creencias y significados que cada individuo construye a partir de su historia de vida. Watson sostiene que comprender este campo resulta indispensable para ofrecer un cuidado verdaderamente individualizado, ya que la experiencia de salud, enfermedad o sufrimiento es única para cada persona y no puede interpretarse de manera uniforme (Watson, 1999, 2022). La interacción entre estos conceptos evidencia que la teoría del cuidado humano trasciende la simple descripción de elementos aislados y configura un marco conceptual integrado, en el que cada componente adquiere significado en relación con los demás y contribuye a explicar el fenómeno del cuidado desde una perspectiva holística y humanista (figura 3).

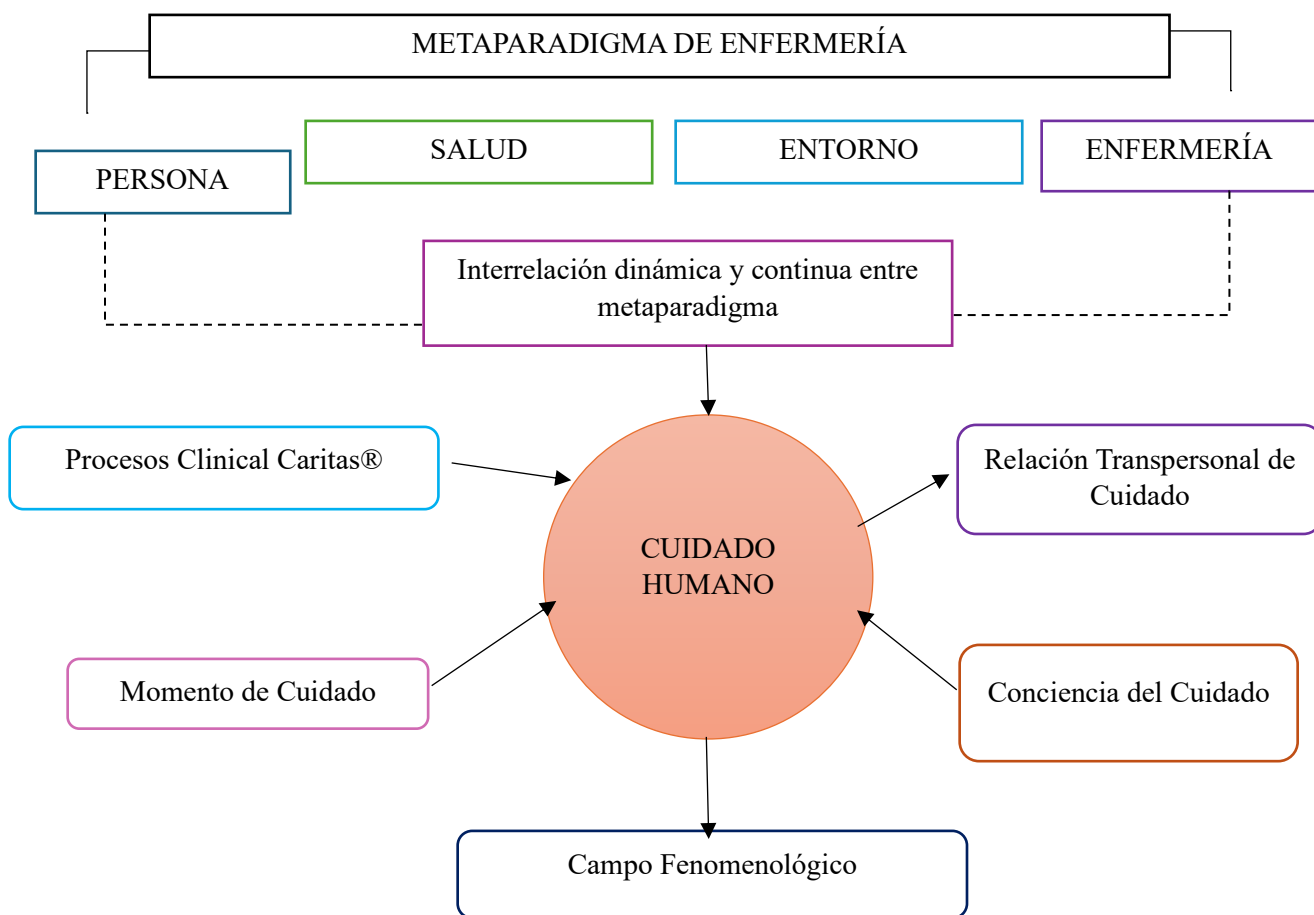
3. Analizar la adecuación lógica de la teoría

El tercer criterio del método de Walker y Avant consistió en analizar la adecuación lógica de la teoría del cuidado humano, con el propósito de evaluar la consistencia interna de sus conceptos, las relaciones que establecen entre sí y su capacidad para explicar el fenómeno central del cuidado en enfermería. El análisis evidenció que la teoría presenta una estructura conceptual coherente, en la que el metaparadigma de enfermería, los procesos Clinical Caritas, la relación transpersonal de cuidado, el momento de cuidado,

la conciencia del cuidado y el campo fenomenológico mantienen una articulación lógica. Estos conceptos no operan de manera independiente; por el contrario, se integran de forma dinámica para conformar un modelo teórico orientado a comprender el cuidado desde una perspectiva humanista y holística (Watson, 1999, 2022).

Figura 3

Integración conceptual de los principales componentes de la teoría del cuidado humano de Watson



Nota. Elaboración propia con base en Watson (1999, 2008, 2022).

4. Determinar la utilidad de la teoría

El cuarto criterio del método de Walker y Avant consistió en valorar la utilidad de la teoría del cuidado humano dentro del desarrollo de la disciplina de la enfermería. El

análisis evidenció que la propuesta de Jean Watson trasciende el plano conceptual al constituirse como un marco de referencia ampliamente utilizado para orientar la práctica clínica, la formación de profesionales, la gestión del cuidado y el desarrollo de investigaciones (Watson, 2022; Alligood, 2022).

En la práctica clínica, la teoría ha favorecido el diseño de intervenciones dirigidas a fortalecer la relación entre la enfermera y la persona cuidada mediante estrategias centradas en la escucha activa, la presencia auténtica, la comunicación terapéutica y el acompañamiento emocional. En el ámbito educativo, constituye un referente para el desarrollo de competencias relacionadas con la ética del cuidado, el pensamiento crítico, la comunicación terapéutica y las habilidades relacionales, esenciales para una práctica profesional humanizada (Watson, 2008).

Desde la perspectiva de la gestión, la teoría ha sido utilizada para fortalecer culturas organizacionales orientadas a la humanización de los servicios de salud. Un análisis bibliométrico de la producción científica publicada entre 1979 y 2023 identificó una creciente colaboración internacional y confirmó que la teoría del cuidado humano continúa sustentando investigaciones orientadas al fortalecimiento de la práctica clínica, la formación profesional (Alonso et al., 2024).

5. Definir el grado de generalización y la parsimonia de la teoría.

El quinto paso consistió en analizar el grado de generalización de la teoría del cuidado humano, entendida como la capacidad de sus postulados para orientar el cuidado en diferentes contextos, poblaciones y escenarios de la práctica profesional sin perder coherencia conceptual. La amplitud de la teoría se sustenta en que conceptos como el cuidado transpersonal, la dignidad humana, la presencia auténtica y la relación terapéutica

no dependen de una enfermedad o contexto particular, sino que constituyen principios universales. De acuerdo con Watson (2022) y Alligood (2022), esta característica ha favorecido su incorporación en áreas tan diversas como la atención primaria, los cuidados críticos, la oncología, la salud mental, la nefrología, la atención perioperatoria, los cuidados paliativos y la educación en enfermería.

Asimismo, la teoría ha demostrado ser adaptable a distintos niveles de complejidad asistencial. Un reporte de caso en una persona con cáncer gástrico aplicó el Proceso de Enfermería sustentado en la teoría del cuidado humano y en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, evidenciando que sus principios pueden operacionalizarse durante la valoración, planificación, ejecución y evaluación del cuidado individualizado (Mondol-Hernández y Solano-López, 2024).

6. Determinar la capacidad de prueba.

La capacidad de prueba constituye uno de los criterios fundamentales para valorar la solidez de una teoría. Desde la perspectiva de Walker y Avant, este criterio implica analizar la posibilidad de operacionalizar los conceptos centrales, medirlos empíricamente y generar evidencia que confirme, amplíe y refine los planteamientos teóricos. En este sentido, la fortaleza metodológica de la teoría del cuidado humano radica en que sus proposiciones han podido traducirse en indicadores observables y susceptibles de evaluación científica.

Una muestra de ello es el estudio realizado por Leyva-Moral et al. (2024), quienes llevaron a cabo la adaptación transcultural y validación al español de Caring Behaviors Assessment Tool. Los autores demostraron que el instrumento presentó adecuados indicadores de validez y confiabilidad para evaluar comportamientos de cuidado

fundamentados en la teoría de Watson, respaldando la posibilidad de medir empíricamente este constructo en diferentes contextos culturales.

Discusión

El presente análisis permitió identificar que la teoría del cuidado humano de Jean Watson conserva una sólida estructura conceptual y mantiene plena vigencia dentro del desarrollo disciplinar de la enfermería. La aplicación del método de Walker y Avant evidenció la coherencia existente entre sus fundamentos filosóficos, sus conceptos centrales y su proyección hacia la práctica profesional, características que han favorecido su consolidación como uno de los principales referentes para comprender el cuidado desde una perspectiva humanista.

La permanencia de la teoría durante más de cuatro décadas puede explicarse por su capacidad para responder a problemáticas contemporáneas relacionadas con la humanización de los servicios de salud. Esta situación coincide con lo señalado por Afonso et al. (2024), quienes identificaron un incremento sostenido de la producción científica internacional fundamentada en esta teoría, reflejando su vigencia y aceptación dentro de la disciplina.

No obstante, el análisis también permitió reconocer algunas limitaciones inherentes a las grandes teorías de enfermería. Su elevado nivel de abstracción dificulta la operacionalización homogénea de algunos conceptos y favorece diferencias en la interpretación de los procesos *Clinical Caritas* entre distintos estudios.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de continuar desarrollando instrumentos y metodologías que faciliten la evaluación empírica de sus constructos y fortalezcan su aplicabilidad en diversos contextos clínicos y culturales. Desde la

perspectiva disciplinar, los hallazgos poseen implicaciones relevantes para la práctica clínica, la formación de recursos humanos, la gestión de los servicios de salud y la investigación en enfermería. La teoría del cuidado humano continúa proporcionando un marco conceptual que favorece el diseño de intervenciones centradas en la persona, el fortalecimiento de competencias humanísticas durante la formación profesional y el desarrollo de investigaciones orientadas a consolidar el cuidado como núcleo disciplinar de la enfermería.

Conclusión

El análisis teórico realizado mediante el método de Walker y Avant permitió concluir que la teoría del cuidado humano de Jean Watson mantiene una sólida estructura conceptual, coherencia lógica y una vigencia que respalda su permanencia como uno de los principales referentes disciplinarios de la enfermería. Sus fundamentos filosóficos, la amplitud de su aplicación en diversos contextos asistenciales y la disponibilidad de evidencia empírica sustentan su utilidad para orientar la práctica, la docencia y la investigación.

No obstante, persisten desafíos relacionados con la operacionalización de algunos de sus conceptos y la necesidad de fortalecer su validación mediante estudios metodológicos y empíricos en diferentes contextos socioculturales. En conjunto, la teoría continúa ofreciendo un marco conceptual robusto para promover el cuidado humanizado, centrado en la persona y sustentado en evidencia científica, contribuyendo al fortalecimiento y evolución del conocimiento disciplinar de enfermería.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias del sector público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de interés

Los autores manifiestan que no existe conflicto de intereses de ninguna naturaleza asociado a la elaboración y publicación de este artículo.

Referencias

- Afonso, S. D. R., Padilha, M. I., Neves, V. R., Elizondo, N. R., & Vieira, R. Q. (2024). Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. *Revista brasileira de enfermagem*, 77(2), e20230231. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231>
- Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.
- Bidik, G., & Sisman, F. N. (2024). Mindful self-compassion program based on Watson's theory of human caring in nursing students: A randomized controlled study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 51, 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.04.003>
- Espinoza-Padilla, D. J., Guerra-Guerrero, V. T., & Poblete-Troncoso, M. (2024). Proyecciones del cuidado disciplinar de enfermería desde la filosofía de Jean Watson: Una revisión sistemática. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13(2), e4058. <https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.4058>
- Delgado-Galeano, M., Villamizar-Carvajal, B., Ibáñez-Alfonso, L.-E., & Camargo-Figuera, F. (2025). Cultural adaptation and content validation of the Watson Caritas

patient instrument for a Latin American Spanish context. *Journal of Research in Nursing*, 30(5–6), 568–585. Advance online publication. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40762013/>

Mondol-Hernández, D., & Solano-López, A. L. (2024). Humanized oncology nursing care in a person with gastric cancer: A case report. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 34(3), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2024.05.004>

Leyva-Moral, J. M., Watson, C., Granel, N., Raij-Johansen, C., & Ayala, R. A. (2024). Cultural adaptation and validation of the caring behaviors assessment tool into Spanish. *BMC Nursing*, 23(1), Article 240. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01892-2>

Pehlivan-Sarıbudak, T., & Üstün, B. (2024). Cancer patients' perceptions of nursing: Expectations & realities, a phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 70, Article 102603. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102603>

Viana, A. C. G., Batista, P. S. de S., Evangelista, C. B., França, J. R. F. de S., Oliveira, J. dos S., Alves, A. M. P. de M., & Lima, D. R. A. de. (2024). Cuidados paliativos realizado por enfermeiros em oncopediatria: Reflexões à luz da teoria de Jean Watson. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 28(2), 133–148. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i2.2024-11021>

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2018). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). Pearson.

Watson caring science. (2019). *Reflexiones de cuidado humano: un compromiso del profesional de enfermería*. Colombia: Editorial Universidad Popular del Cesar.

<https://www.watsoncaringscience.org/files/pdf/articles/memorias-congreso-internacional-decuidado-humano.pdf>

Watson J. (1988). Ciencia humana y cuidado humano. Una teoría de enfermería. Nueva York. National League for Nursing Publications.

Watson J. (2008). Enfermería la filosofía y ciencia del cuidado. Chihuahua: Universidad Autónoma de Chihuahua.
<https://books.google.com.mx/books?id=J1yWpFKQd3oC>

Watson J. (2022). Enfermería: la filosofía y ciencia del cuidado. 2ª ed. New York: Lotus Library.

Watson J. (1999). Human science and human care: a theory of nursing. Boston: Jones and Bartlett.

Watson J. Nursing. (1985). Human science and human care, a theory of nursing. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1985.
<https://books.google.com.mx/books?id=J1yWpFKQd3oC>

Yangöz, Ş. T., & Özer, Z. (2025). Effects of motivational interviewing and an education programme based on Watson's theory of human caring on adults receiving haemodialysis: Randomised controlled trial. *Journal of Research in Nursing*, 30(1), 80–99. <https://doi.org/10.1177/17449871241290450>



Aporte de innovación para la practica

ANÁLISIS ESTRUCTURAL Y APLICADO DE LA TEORÍA “DE NOVATO A EXPERTO” DE PATRICIA BENNER EN LA FORMACIÓN CLÍNICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Structural and Applied Analysis of Patricia Benner's "Novice to Expert" Theory in the Clinical Training of Nursing Professionals

Graciela Morales Ojeda ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0714-4387>

Miriam Gaxiola Flores ^{2*}

 <https://orcid.org/0000-0003-3378-7404>

Roberto Joel Tirado Reyes ³

 <https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

Krisna Karem López Hernández ⁴

 <https://orcid.org/0009-0006-1906-3783>

Jesús Yamileth Báez Nevárez ⁵

 <https://orcid.org/0009-0003-7949-1251>

Prince Arano Diana Laura ⁶

 <https://orcid.org/0009-0007-4622-1529>

¹Estudiante del Maestría en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

²Doctora en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

³Doctor en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

⁴Estudiante de Maestría en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

⁵Estudiante de Maestría en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

⁶Estudiante de Maestría en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

*Autor para correspondencia: miriamgaxiola@uas.edu.mx

Recibido: 25/10/2025

Aceptado: 05/05/2026



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual 4.0 internacional (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, transformar y desarrollar obras derivadas a partir de los contenidos publicados, utilizar los materiales para fines académicos, científicos, educativos o de divulgación no comercial.

Resumen

Introducción: La teoría “De Novato a Experto” de Patricia Benner ofrece un marco conceptual que explica cómo se desarrolla progresivamente la competencia clínica en enfermería a través de la experiencia situada y la práctica reflexiva. **Objetivo:** Analizar la estructura, coherencia interna y aplicabilidad de la teoría de Benner, resaltando su contribución en la formación clínica y el desarrollo profesional del personal de enfermería. **Metodología:** Se empleó el enfoque propuesto por Walker y Avant para el análisis teórico, abarcando seis dimensiones: orígenes de la teoría, significado, adecuación lógica, utilidad, nivel de generalidad y capacidad de prueba empírica. La evaluación consideró las cinco etapas de competencia descritas en el modelo: novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. **Resultados:** El análisis evidenció que la teoría presenta una estructura conceptual coherente y un adecuado sustento filosófico y metodológico. Destaca el valor de la experiencia clínica como eje del desarrollo del juicio profesional y del conocimiento tácito. Asimismo, mostró utilidad para orientar la formación basada en competencias, la tutoría clínica, la evaluación del desempeño y el desarrollo profesional continuo. **Conclusión:** La teoría de Benner constituye una herramienta valiosa para el fortalecimiento de la educación en enfermería, al posicionar la experiencia clínica como un componente esencial del aprendizaje significativo y el desarrollo del juicio profesional.

Palabras clave: Educación en enfermería, competencias clínicas, experiencia profesional, desarrollo profesional.

Abstract

Introduction: Patricia Benner's From Novice to Expert theory provides a conceptual framework that explains the progressive development of clinical competence in nursing through situated experience and reflective practice. **Objective:** To analyze the structure, internal coherence, and applicability of Benner's theory, highlighting its contribution to clinical education and the professional development of nursing personnel. **Methods:** The theoretical analysis was conducted using the six-step framework proposed by Walker and Avant, encompassing six dimensions: the origins of the theory, meaning, logical adequacy, usefulness, level of generality, and empirical testability. The evaluation considered the five stages of competence described in Benner's model: novice, advanced beginner, competent, proficient, and expert. **Results:** The analysis demonstrated that the theory has a coherent conceptual structure supported by a sound philosophical and methodological foundation. It emphasizes the value of clinical experience as the cornerstone of professional judgment and tacit knowledge development. Furthermore, the theory proved useful for guiding competency-based education, clinical mentoring, performance evaluation, and continuing professional development. **Conclusions:** Benner's theory is a valuable framework for strengthening nursing education by positioning clinical experience as an essential component of meaningful learning and the development of professional clinical judgment.

Key words: Nursing education, clinical competence, professional experience, professional development.

Introducción

El desarrollo de teorías en enfermería ha sido un componente fundamental en la consolidación del cuerpo disciplinar, al permitir la delimitación de marcos conceptuales que guían la práctica, la enseñanza y la investigación. En este contexto, la teoría “De novato a experto”, formulada por Patricia Benner en la década de 1980, ofrece una perspectiva innovadora sobre la adquisición progresiva de habilidades clínicas en la práctica enfermera (Benner, 1984). Esta propuesta se distingue por identificar cinco niveles de competencia profesional: novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto; los cuales se construyen a partir de la experiencia práctica y el razonamiento reflexivo ante situaciones clínicas reales (Benner, 1984; Benner et al., 1996).

Benner fundamenta su teoría en la premisa de que el aprendizaje profesional en enfermería no es un proceso exclusivamente teórico o lineal, sino que se desarrolla mediante la inmersión progresiva en escenarios asistenciales, donde el juicio clínico se va afinando a través de la repetición significativa y la interpretación contextualizada de los cuidados (Benner, 1984; Benner et al., 2011). Desde esta perspectiva, el conocimiento práctico y la experiencia situada adquieren un papel central en la formación del criterio clínico, en contraposición a modelos tradicionales centrados únicamente en el conocimiento declarativo.

Este análisis tiene como finalidad examinar sistemáticamente la propuesta teórica de Benner, considerando aspectos como su origen, estructura conceptual, consistencia interna, aplicabilidad, nivel de generalidad y validación empírica. Para ello, se adopta como marco metodológico el enfoque de análisis teórico propuesto por Walker y Avant, el cual permite evaluar con rigurosidad las fortalezas y limitaciones de los modelos

conceptuales en enfermería (Walker & Avant, 2019). A partir de este proceso, se busca argumentar la relevancia de la teoría “De novato a experto” en la formación de competencias clínicas, así como su utilidad en contextos educativos y asistenciales diversos.

Metodología

El presente estudio correspondió a un análisis teórico de la propuesta conceptual “De novato a experto”, desarrollada por Patricia Benner, con el propósito de examinar su estructura, coherencia interna, utilidad y aplicabilidad en la formación clínica del profesional de enfermería. Esta teoría plantea que la competencia profesional se desarrolla progresivamente mediante la experiencia situada, el juicio clínico y la reflexión sobre la práctica, transitando por cinco niveles de desarrollo profesional: novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto (Benner, 1984; Benner et al., 2011).

Para el abordaje metodológico se empleó el modelo de análisis de teorías propuesto por Walker y Avant (2019), el cual permite examinar de forma sistemática los componentes estructurales de una teoría. Este método contempla seis etapas: identificación de los orígenes de la teoría, análisis del significado de sus conceptos, evaluación de la adecuación lógica, determinación de la utilidad, valoración del nivel de generalidad y parsimonia, así como análisis de su capacidad de prueba empírica (Walker & Avant, 2019). La elección de este enfoque permitió realizar una revisión crítica y sistemática de la teoría de Benner, considerando tanto sus fundamentos conceptuales como su aplicabilidad en la educación, la práctica clínica y la investigación en enfermería.

La búsqueda bibliográfica se realizó durante el periodo de enero a marzo de 2025. Se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL, SciELO y Google Scholar,

por su relevancia en la recuperación de literatura científica en enfermería y ciencias de la salud. La estrategia de búsqueda incluyó términos en español e inglés, tales como: “Patricia Benner”, “De novato a experto”, “Novice to Expert”, “clinical competence”, “clinical judgment”, “nursing education”, “professional development”, “experiential learning” y “nursing theory analysis”. Estos descriptores se combinaron mediante operadores booleanos AND y OR, de acuerdo con las características de cada base de datos.

Se incluyeron documentos que abordaran de manera directa la teoría “De novato a experto”, publicaciones originales o derivadas de Benner, estudios de aplicación del modelo en escenarios clínicos o educativos, artículos relacionados con el desarrollo de competencias clínicas en enfermería y textos metodológicos sobre análisis de teorías. Asimismo, se consideraron publicaciones en español e inglés, con acceso a resumen o texto completo, que aportaran elementos útiles para responder a las dimensiones propuestas por Walker y Avant (2019). Se excluyeron documentos duplicados, trabajos sin relación directa con la teoría de Benner, publicaciones de opinión sin sustento académico, documentos sin datos editoriales identificables y estudios que solo mencionaban el modelo de forma superficial sin desarrollarlo conceptualmente.

En total, se analizaron 18 documentos, incluyendo la obra original de Benner (1984), publicaciones derivadas de la autora, estudios de aplicación de la teoría en contextos clínicos y educativos, así como fuentes metodológicas relacionadas con el análisis teórico. La selección final se realizó mediante lectura de título, resumen y contenido completo cuando fue necesario, priorizando aquellos documentos que aportaran información sobre los fundamentos, conceptos, relaciones teóricas, utilidad práctica y

evidencia empírica del modelo.

La información obtenida se organizó en matrices de análisis elaboradas por los autores. En dichas matrices se registraron los datos principales de cada documento, el tipo de fuente, los conceptos abordados, los aportes al análisis de la teoría y su correspondencia con las etapas propuestas por Walker y Avant (2019). Posteriormente, se realizó una lectura crítica y comparativa de la información, lo que permitió identificar convergencias, limitaciones, supuestos conceptuales y posibilidades de aplicación de la teoría en la formación clínica del personal de enfermería.

El análisis se desarrolló de manera secuencial siguiendo las seis etapas descritas por Walker y Avant (2019). Primero, se revisaron los antecedentes históricos, filosóficos y disciplinares que sustentan la teoría. Después, se examinaron sus conceptos centrales y la forma en que estos se relacionan dentro del modelo. Posteriormente, se valoró la congruencia lógica entre sus supuestos, conceptos y proposiciones. En las etapas siguientes, se analizó la utilidad de la teoría para orientar procesos educativos, asistenciales y de investigación, así como su nivel de generalidad para ser aplicada en diferentes escenarios de enfermería. Finalmente, se revisó su capacidad de prueba empírica a partir de estudios previos, instrumentos de evaluación de competencias clínicas y experiencias documentadas en la literatura científica.

Este procedimiento permitió desarrollar una valoración metodológica más rigurosa de la teoría “De novato a experto”, integrando la revisión bibliográfica con los criterios analíticos de Walker y Avant (2019) y favoreciendo una comprensión crítica de sus aportaciones al desarrollo profesional, la formación clínica y el fortalecimiento del juicio enfermero.

Resultados

1.-Orígenes de la teoría

La teoría “De novato a experto” fue desarrollada por Patricia Benner a partir de una investigación que buscaba comprender cómo las enfermeras adquirirían conocimiento clínico a lo largo de su trayectoria profesional. Su propuesta se publicó formalmente en 1984 en la obra *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (Benner, 1984). Esta teoría surge como una respuesta crítica a la escasa valoración que históricamente ha recibido el conocimiento derivado de la práctica, especialmente aquel que no se formaliza en manuales o guías teóricas tradicionales (Benner, 1984; Benner et al., 1996).

Benner estructuró su modelo tomando como base el marco teórico propuesto por Dreyfus y Dreyfus, quienes habían identificado cinco niveles de desarrollo de habilidades en profesiones complejas como la aviación o el ajedrez (Dreyfus & Dreyfus, 1986). Al adaptar esta estructura al campo de la enfermería, Benner introdujo una visión progresiva de la competencia profesional, donde el juicio clínico se va refinando mediante la exposición constante a situaciones reales y la reflexión sobre las mismas (Benner, 1984; Benner et al., 1996).

La formulación de la teoría se basó en un estudio cualitativo realizado con enfermeras reconocidas por sus pares como expertas. A través de entrevistas y relatos clínicos narrados por estas profesionales, Benner logró identificar patrones de razonamiento clínico y toma de decisiones que no respondían a reglas explícitas, sino a una comprensión intuitiva del contexto y la experiencia acumulada (Benner et al., 2011). Este hallazgo permitió visibilizar un tipo de saber que se desarrolla en la práctica diaria,

difícil de verbalizar, pero crucial para una atención oportuna y segura.

Además, la autora cuestionó la noción de que el desarrollo profesional en enfermería requiere necesariamente un alejamiento de la práctica clínica hacia roles administrativos o académicos. Por el contrario, argumentó que la experiencia vivida en entornos asistenciales genera un conocimiento tácito altamente valioso, que debe ser reconocido como fundamento legítimo para la toma de decisiones clínicas (Benner, 1984; Walker & Avant, 2019).

Desde una perspectiva filosófica, la teoría de Benner está influida por el pensamiento hermenéutico de autores como Heidegger y Gadamer. Estos plantean que la experiencia modifica las preconcepciones iniciales del sujeto y genera nuevas comprensiones a través del contacto con la realidad (Benner, 1994). En ese sentido, la práctica clínica se convierte en una fuente continua de aprendizaje, donde cada situación desafía, confirma o transforma el conocimiento previo.

Como ejemplo práctico, Benner ilustra cómo una enfermera sin experiencia puede seguir un protocolo ante signos vitales alterados sin identificar la urgencia real de la situación, mientras que una enfermera experta, al percibir cambios sutiles en el tono de piel o en la conducta del paciente, puede anticipar un deterioro clínico inminente y actuar preventivamente sin depender exclusivamente de algoritmos o guías escritas (Benner et al., 2011).

2.-Significado de la teoría

Patricia Benner concibe la enfermería como una práctica compleja que trasciende la mera ejecución técnica, integrando dimensiones éticas, interpretativas y experienciales. Desde esta perspectiva, el cuidado se configura como una respuesta situada y reflexiva

ante las necesidades humanas, sustentada tanto en el conocimiento clínico como en la comprensión del sufrimiento, la vulnerabilidad y el contexto del paciente (Benner, 1984; Benner et al., 2011).

El núcleo de su propuesta radica en la identificación de cinco niveles progresivos de competencia profesional: novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. Cada uno de estos estadios representa una transformación cualitativa en la manera en que el profesional interpreta y responde a las situaciones clínicas (Benner, 1984; Benner et al., 1996).

Este desarrollo no se entiende como una acumulación de información, sino como un cambio profundo en la forma de pensar, actuar y tomar decisiones en el contexto del cuidado.

En la etapa de novato, el profesional se orienta por reglas explícitas y principios abstractos, dado que carece de experiencia clínica previa. Sus acciones suelen ser rígidas y se centran en cumplir instrucciones de manera literal. Al avanzar al nivel de principiante avanzado, comienza a reconocer patrones en las situaciones clínicas, pero aún depende de lineamientos estructurados para guiar su conducta. En esta fase, la capacidad de establecer prioridades es limitada, lo que requiere de supervisión continua (Benner, 1984; Benner et al., 2011).

El nivel de competencia se alcanza generalmente tras varios años de práctica en un mismo entorno. Aquí, la enfermera o el enfermero logra planificar el cuidado con base en metas y prioridades, mostrando un mayor dominio del entorno clínico. El profesional eficiente, por su parte, percibe las situaciones de forma más global, integra múltiples variables de manera simultánea y es capaz de anticipar desenlaces clínicos gracias a su

experiencia acumulada (Benner et al., 2011).

Finalmente, el nivel de experto se caracteriza por un juicio clínico altamente desarrollado, en el que la toma de decisiones ocurre de manera casi intuitiva. La persona experta reconoce lo esencial de cada situación sin necesidad de realizar un análisis consciente paso a paso. Su actuar es flexible, rápido y adaptado a las necesidades individuales del paciente, fruto de un conocimiento tácito profundamente arraigado en la práctica (Benner, 1984; Benner et al., 2011).

El modelo de Benner, en consecuencia, no solo describe un proceso de adquisición de habilidades, sino que también reivindica el valor del saber práctico, la comprensión contextualizada y el juicio moral como elementos esenciales del cuidado profesional. Esta visión ha sido especialmente influyente en el ámbito de la formación en enfermería, donde se ha incorporado como base para el diseño de programas centrados en la progresión de competencias clínicas (González-Román et al., 2022; Martinsen, 2011).

3.- Adecuación lógica

La teoría “De novato a experto” de Patricia Benner presenta una estructura interna sólida, que se articula de manera coherente en torno a la premisa central de que el conocimiento clínico se desarrolla progresivamente a través de la experiencia situada. Inspirada en el modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus y Dreyfus, la propuesta de Benner trasciende las explicaciones mecanicistas del aprendizaje para centrarse en la transformación cualitativa del juicio clínico conforme el profesional se enfrenta a situaciones reales de cuidado (Benner, 1984; Dreyfus & Dreyfus, 1986).

Uno de los principales aportes de la teoría es que no concibe la competencia como un producto del conocimiento teórico acumulado, sino como una habilidad que emerge

del contacto continuo con escenarios clínicos complejos. En este sentido, los conceptos fundamentales del modelo —como experiencia, conocimiento tácito y juicio clínico— se integran de forma lógica, mostrando un desarrollo natural entre cada uno de los niveles de competencia descritos. Esta consistencia interna fortalece la plausibilidad de la teoría, al tiempo que permite su aplicabilidad en múltiples contextos formativos y asistenciales (Benner, 1984; Benner et al., 2011; Slevin, 2002).

Además, la progresión entre niveles no se plantea como una secuencia rígida o temporalmente determinada, sino como un tránsito dinámico influenciado por el entorno, la reflexión, la retroalimentación y la exposición repetida a desafíos clínicos. Esta característica otorga flexibilidad al modelo y lo hace compatible con programas educativos que respetan los ritmos individuales de aprendizaje (Martinsen, 2011).

En el ámbito educativo, la teoría permite diseñar experiencias formativas auténticas, donde el estudiante no solo adquiere conocimientos técnicos, sino que desarrolla competencias cognitivas, éticas y contextuales. Estrategias como el análisis de casos, la simulación clínica y la tutoría reflexiva encuentran sustento en este marco teórico, al promover la internalización del saber práctico mediante la reflexión en la acción (González-Román et al., 2022; Berregan, 2011).

Por otro lado, la coherencia lógica también se observa en la manera en que la teoría asume que la experiencia modifica las preconcepciones y permite generar nuevas comprensiones. Esto la alinea con corrientes interpretativas que reconocen la construcción del conocimiento como un proceso dinámico, influido por la interacción entre el profesional, el paciente y el entorno (Berregan, 2011).

En síntesis, el modelo de Benner mantiene una congruencia conceptual que

permite entender el desarrollo de la experticia como un fenómeno integral, influido por factores tanto personales como contextuales. Su estructura no solo es teóricamente robusta, sino que ofrece herramientas prácticas para la planificación del aprendizaje clínico progresivo, consolidando así su adecuación lógica en los campos de la formación y la práctica profesional.

4.- Utilidad de la teoría

La teoría “De novato a experto” formulada por Patricia Benner ha demostrado ser altamente funcional en diversos contextos de la práctica enfermera, especialmente en los ámbitos de la formación profesional, la evaluación de competencias y la gestión del conocimiento clínico. Su estructura permite articular procesos educativos centrados en el desarrollo progresivo de habilidades, favoreciendo el diseño de intervenciones formativas acordes con el nivel de experiencia de cada profesional (Benner, 1984; González-Román, 2022).

En el contexto educativo, esta teoría ofrece un enfoque constructivista en el que el aprendizaje se construye a partir de la experiencia reflexiva. Desde esta perspectiva, el docente actúa como guía y facilitador, mientras que el escenario clínico se convierte en un espacio de aprendizaje situado, donde el estudiante puede integrar el saber teórico con la práctica real a través del acompañamiento, el modelamiento y la retroalimentación continua (Martinsen, 2011). Esta visión ha sido clave en la transformación de los modelos pedagógicos tradicionales hacia propuestas más centradas en la competencia clínica y el juicio profesional; esta perspectiva mantiene vigencia en la formación contemporánea de enfermería. Chan (2025) señala que los planteamientos de Benner continúan orientando el desarrollo del razonamiento clínico y la preparación para la práctica profesional, al

proporcionar un marco que facilita la integración progresiva de conocimientos, habilidades y experiencias en contextos reales de atención. Lo anterior refuerza la utilidad del modelo como referente para el diseño de estrategias educativas centradas en el fortalecimiento de competencias clínicas.

Asimismo, el modelo resulta útil para estructurar procesos de tutoría, supervisión clínica y acompañamiento profesional en entornos laborales. Gracias a la identificación clara de los niveles de competencia, es posible adaptar la enseñanza, asignación de responsabilidades y evaluación del desempeño conforme al nivel en el que se encuentra cada enfermera o enfermero. Esto contribuye a una transición más eficiente entre el rol estudiantil y el ejercicio profesional autónomo (Benner et al., 2011; Eraut, 2000).

Otro aspecto destacable es su capacidad para visibilizar saberes tácitos que, tradicionalmente, han sido subvalorados en los procesos formales de evaluación. El modelo de Benner reconoce que gran parte del conocimiento clínico no se manifiesta en discursos estructurados o pruebas escritas, sino en la acción competente, sensible al contexto y adaptativa frente a la complejidad de los cuidados (Benner et al., 1996; Day & Benner, 2010).

En la gestión del talento humano en salud, la teoría también ha sido aplicada como marco para orientar el desarrollo profesional continuo, establecer rutas de progresión clínica y promover entornos de aprendizaje permanente; demostrando que la implementación de sistemas de gestión clínica fundamentados en la teoría de Benner favorece el desarrollo profesional y la satisfacción laboral de las enfermeras especialistas. De esta manera, se convierte en una herramienta estratégica para fortalecer el desempeño institucional, mejorar la calidad de los cuidados y fomentar una cultura de excelencia.

clínica basada en la experiencia y el juicio reflexivo (Benner, 1984; Benner et al., 2011; Yu et al., 2024).

En suma, la utilidad de la teoría de Benner radica en su capacidad para generar transformaciones tanto en la formación como en la práctica profesional, al ofrecer un marco comprensivo, adaptable y centrado en el desarrollo de la competencia clínica como proceso progresivo, ético y situado.

5. Nivel de generalidad

La teoría “De novato a experto” presenta un nivel de generalidad intermedio que permite su aplicación en una diversidad de contextos clínicos y formativos, sin perder especificidad en su enfoque. Aunque su desarrollo inicial se centró en entornos hospitalarios norteamericanos, la estructura conceptual del modelo ha demostrado ser lo suficientemente flexible para ser adoptada en otros escenarios del cuidado, como la atención primaria, los cuidados paliativos, la salud comunitaria e incluso la docencia en enfermería (Benner, 1984; Benner et al., 2011; Martinsen, 2011).

Esta versatilidad se debe a que la teoría no está condicionada por tecnologías, protocolos o normativas locales, sino que se basa en principios universales del desarrollo profesional y del juicio clínico, tales como la progresión por experiencia, el valor del conocimiento tácito y la toma de decisiones situada. En consecuencia, puede ser utilizada como herramienta diagnóstica, pedagógica y organizativa en múltiples culturas y sistemas de salud (Benner et al., 1996; Slevin, 2002).

En el ámbito educativo, el modelo ha sido implementado para estructurar currículos basados en competencias, diseñar rutas de aprendizaje progresivo y establecer criterios de evaluación más ajustados al desempeño real del estudiante en contextos

clínicos. También ha sido de utilidad en la planificación de prácticas supervisadas, simulaciones clínicas y programas de formación continua para profesionales en ejercicio (González-Román et al., 2022; Berregan, 2011).

A nivel institucional, su aplicación ha permitido categorizar perfiles de competencia, organizar programas de mentoría y evaluar la evolución del juicio clínico a lo largo del tiempo. Además, ha facilitado la articulación entre los niveles de formación y la progresión profesional, especialmente en programas de transición del rol estudiantil al profesional, como residencias, pasantías y periodos de inducción clínica (Benner et al., 2011; Eraut, 2000).

En resumen, el nivel de generalidad de la teoría de Benner permite su integración en diversos entornos sin que pierda su capacidad explicativa ni su pertinencia formativa. Esta amplitud de aplicación, acompañada de una sólida base conceptual, ha favorecido su adopción internacional como uno de los marcos más influyentes para comprender y promover el desarrollo de la competencia profesional en enfermería.

6. Determinar la capacidad de prueba.

Aunque la teoría “De novato a experto” fue construida desde una perspectiva cualitativa e interpretativa, su aplicabilidad ha sido validada empíricamente a través de numerosos estudios que documentan la progresión en el desarrollo de competencias clínicas y la efectividad de estrategias formativas basadas en el modelo (Benner et al., 2011; Slevin, 2022; Eraut, 2000). La riqueza de esta teoría radica, en gran medida, en su capacidad para ser operacionalizada mediante herramientas metodológicas que permiten observar, describir y medir el tránsito profesional entre los distintos niveles de competencia propuestos por Benner.

Entre las estrategias más utilizadas para evaluar el modelo se encuentran la observación clínica estructurada, el análisis de narrativas de experiencia, el uso de rúbricas competenciales, los diarios reflexivos y los portafolios clínicos. Estos instrumentos han permitido identificar patrones en la toma de decisiones, el juicio clínico y la capacidad de priorización del cuidado, todos ellos coherentes con las etapas descritas por la autora (Benner et al., 1996; Benner et al., 2011; Day & Benner, 2010).

Asimismo, escalas estandarizadas como la *Nurse Competence Scale* (NCS) han sido empleadas para medir la percepción del nivel de competencia clínica en profesionales de enfermería en diferentes países, mostrando correlación con los niveles del modelo de Benner (Benner, 1994). Esta herramienta ha facilitado la evaluación cuantitativa de aspectos que tradicionalmente eran considerados difíciles de medir, como la experticia, la confianza en la toma de decisiones y la capacidad de adaptación al entorno clínico.

Por otro lado, investigaciones aplicadas en hospitales universitarios y unidades clínicas de formación han evidenciado que los profesionales que reciben acompañamiento estructurado durante las primeras etapas de su ejercicio clínico tienden a avanzar con mayor rapidez hacia niveles de competencia intermedia y avanzada. Este avance se traduce en una mejora del juicio clínico, mayor precisión diagnóstica, disminución de errores y mayor seguridad en la atención al paciente (Benner et al., 2011; Slevin, 2002; Eraut, 2000).

Además, la implementación del modelo en programas educativos ha fortalecido procesos de mentoría, supervisión y evaluación progresiva. Instituciones que han adoptado esta teoría como marco pedagógico reportan mejores niveles de satisfacción en la transición del rol estudiantil al profesional, así como una mayor retención del personal

de enfermería, lo que refuerza su validez práctica y utilidad institucional (Benner, 1984; González-Román et al., 2022; Martinsen, 2011).

En conjunto, estos hallazgos empíricos respaldan la capacidad del modelo de Benner para ser probado y aplicado en la práctica real. A pesar de su origen fenomenológico, la teoría ha demostrado ser compatible con enfoques evaluativos rigurosos, lo que permite tanto su implementación como su seguimiento mediante evidencia verificable.

Discusión

El análisis realizado permitió identificar que la teoría “De novato a experto” continúa siendo uno de los modelos conceptuales más influyentes para comprender el desarrollo de la competencia profesional en enfermería. Los hallazgos obtenidos muestran que la propuesta de Benner mantiene una estructura conceptual coherente, sustentada en la premisa de que la experiencia clínica constituye un elemento central en la construcción del juicio profesional y en la transición progresiva hacia niveles superiores de desempeño (Benner, 1984; Benner et al., 2011). Esta perspectiva ha favorecido que la teoría conserve vigencia dentro de los procesos de formación clínica, particularmente en contextos donde el aprendizaje experiencial representa un componente esencial del desarrollo profesional.

Uno de los aspectos más relevantes identificados durante el análisis fue la consistencia existente entre los fundamentos filosóficos del modelo y sus aplicaciones prácticas. La influencia del pensamiento fenomenológico e interpretativo permite comprender el cuidado de enfermería como una práctica contextualizada, en la que las decisiones clínicas no dependen exclusivamente del conocimiento técnico, sino también de la capacidad del profesional para interpretar situaciones complejas y responder de

manera pertinente a las necesidades de las personas atendidas (Benner, 1994). Esta característica diferencia la propuesta de Benner de otros modelos centrados predominantemente en la adquisición de conocimientos teóricos y explica, en parte, su amplia aceptación en escenarios educativos y asistenciales.

La revisión también evidenció que la teoría posee una utilidad significativa para orientar procesos de enseñanza y aprendizaje basados en competencias. Diversos autores coinciden en que la progresión descrita por Benner ofrece un marco comprensible para planificar experiencias formativas acordes con el nivel de desarrollo del estudiante o del profesional en ejercicio (Berragan, 2011; González-Román et al., 2022; Martinsen, 2011). Asimismo, Lamichhane (2025) señala que la teoría de Benner continúa siendo relevante para orientar la formación y la práctica profesional contemporánea. En este sentido, el modelo ha contribuido al fortalecimiento de estrategias pedagógicas como la simulación clínica, la tutoría reflexiva, la mentoría profesional y la evaluación progresiva de competencias, recursos que actualmente ocupan un lugar central en la educación en enfermería.

No obstante, el análisis también permitió identificar algunas limitaciones que deben ser consideradas. Aunque la teoría describe con claridad los niveles de progresión profesional, los límites entre cada etapa no siempre resultan fácilmente distinguibles en la práctica. La transición entre los niveles competente, eficiente y experto puede variar considerablemente entre individuos, especialidades y contextos institucionales, lo que dificulta establecer criterios universales para determinar con precisión el nivel de desarrollo alcanzado por un profesional (Slevin, 2002). Esta situación representa uno de los principales desafíos para su operacionalización y evaluación objetiva.

Asimismo, se observó que gran parte de la evidencia que respalda el modelo proviene de contextos hospitalarios y educativos específicos, principalmente desarrollados en países con sistemas de salud y estructuras formativas diferentes a las presentes en muchas regiones latinoamericanas. Aunque los principios fundamentales de la teoría han demostrado ser transferibles a diversos escenarios, persiste la necesidad de generar mayor evidencia en contextos socioculturales distintos que permita comprender cómo influyen factores organizacionales, culturales y laborales en la progresión de la competencia profesional (Eraut, 2000; Martinsen, 2011).

Otro aspecto que merece atención es el papel atribuido a la experiencia clínica como principal motor del desarrollo profesional. Si bien la evidencia revisada respalda la relevancia de la experiencia para la construcción del juicio clínico, algunos autores señalan que la acumulación de años de práctica por sí sola no garantiza la adquisición de experticia. La reflexión crítica, el acompañamiento profesional, la formación continua y la exposición a situaciones clínicas diversas parecen desempeñar un papel igualmente importante en este proceso (Day & Benner, 2010; Eraut, 2000). Desde esta perspectiva, la experiencia debe entenderse como una condición necesaria, pero no suficiente, para alcanzar niveles avanzados de competencia.

En relación con la capacidad de prueba empírica, los hallazgos muestran que la teoría ha logrado trascender su origen fenomenológico mediante la utilización de instrumentos y estrategias que permiten evaluar aspectos asociados al desarrollo profesional. Sin embargo, conceptos como conocimiento tácito, intuición clínica y juicio experto continúan representando desafíos metodológicos debido a su complejidad conceptual y a las dificultades inherentes para su medición directa (Benner et al., 1996;

Benner et al., 2011). Esta situación constituye un área de oportunidad para futuras investigaciones orientadas al desarrollo de herramientas más precisas que permitan evaluar estos fenómenos sin perder la riqueza interpretativa que caracteriza al modelo.

Desde una perspectiva contemporánea, la teoría de Benner mantiene una notable pertinencia frente a las demandas actuales de los sistemas de salud. El incremento de la complejidad clínica, la necesidad de fortalecer la seguridad del paciente y la creciente incorporación de metodologías activas de enseñanza han reforzado la importancia de modelos que permitan comprender cómo se desarrolla el razonamiento clínico a lo largo de la trayectoria profesional. En consecuencia, la propuesta de Benner continúa ofreciendo un referente útil para orientar programas de formación, procesos de mentoría y estrategias institucionales dirigidas al fortalecimiento de las competencias profesionales.

Finalmente, debe reconocerse que el presente análisis posee algunas limitaciones. La revisión se sustentó en un conjunto específico de fuentes documentales seleccionadas por su pertinencia temática, por lo que existe la posibilidad de que otras publicaciones recientes o literatura no indexada aporten perspectivas adicionales sobre la teoría. No obstante, la inclusión de obras originales de Benner, estudios de aplicación y textos metodológicos especializados permitió realizar una valoración suficientemente amplia y fundamentada de la propuesta conceptual.

En conjunto, los hallazgos sugieren que la teoría “De novato a experto” conserva una sólida capacidad explicativa para comprender el desarrollo de la competencia clínica en enfermería. A pesar de las limitaciones identificadas, su coherencia conceptual, utilidad práctica y vigencia educativa continúan respaldando su utilización como marco

de referencia para la formación y el desarrollo profesional de las enfermeras y los enfermeros en distintos contextos asistenciales.

El presente análisis contribuye al desarrollo del conocimiento disciplinar en enfermería al ofrecer una valoración crítica y estructurada de la teoría “De novato a experto” mediante la aplicación del método de análisis teórico de Walker y Avant. Más allá de describir los postulados de Benner, el estudio permitió examinar de manera integrada sus fundamentos conceptuales, su consistencia lógica, su utilidad práctica y las limitaciones asociadas a su aplicación en contextos contemporáneos de formación y atención en salud.

Uno de los principales aportes de este trabajo radica en evidenciar que la experiencia clínica continúa siendo un componente fundamental para el desarrollo del juicio profesional, aunque su influencia debe entenderse en interacción con procesos de reflexión, acompañamiento formativo y aprendizaje continuo. Asimismo, el análisis permite reconocer fortalezas que han favorecido la permanencia y vigencia internacional del modelo, así como limitaciones relacionadas con la delimitación de los niveles de competencia y la evaluación objetiva de constructos como el conocimiento tácito y la experticia clínica.

Desde la perspectiva educativa, los hallazgos ofrecen elementos teóricos que pueden orientar el diseño de estrategias de enseñanza centradas en el desarrollo progresivo de competencias clínicas, favoreciendo la integración entre conocimiento científico, experiencia práctica y toma de decisiones. En el contexto latinoamericano, donde persisten desafíos relacionados con la formación clínica y la transición al ejercicio profesional, este análisis aporta una base conceptual útil para fortalecer procesos de

mentoría, simulación clínica y evaluación del desempeño profesional.

Finalmente, el estudio contribuye a la discusión contemporánea sobre el desarrollo de la competencia profesional en enfermería, al reafirmar la vigencia de la teoría de Benner y, al mismo tiempo, señalar áreas que requieren mayor investigación y actualización frente a las transformaciones actuales de los sistemas de salud y los entornos educativos.

Conclusiones

El análisis realizado permitió constatar que la teoría “De novato a experto” constituye una de las propuestas conceptuales más sólidas para comprender el desarrollo progresivo de la competencia clínica en enfermería. Su principal fortaleza radica en reconocer que el crecimiento profesional no depende únicamente de la adquisición de conocimientos teóricos, sino de la capacidad de integrar la experiencia, la reflexión y la comprensión contextual de las situaciones de cuidado. Esta perspectiva continúa siendo especialmente relevante en escenarios clínicos donde la toma de decisiones exige interpretar fenómenos complejos y responder de manera oportuna a las necesidades de las personas atendidas.

La revisión también evidenció que la teoría mantiene una estructura conceptual coherente y una amplia capacidad de aplicación en los ámbitos educativo y asistencial. Su utilidad trasciende la descripción de niveles de desempeño, al ofrecer una base para orientar procesos de formación, acompañamiento profesional y desarrollo de competencias clínicas. Esta característica explica, en gran medida, su permanencia como referente dentro de la disciplina de enfermería a más de cuatro décadas de su formulación.

Sin embargo, el análisis permitió reconocer que algunos elementos del modelo

continúan planteando desafíos para su aplicación y evaluación. La delimitación precisa entre determinados niveles de competencia, así como la medición objetiva de fenómenos complejos como el conocimiento tácito, la intuición clínica y la experticia profesional, representan aspectos que aún requieren profundización conceptual y metodológica. Asimismo, las transformaciones actuales de los sistemas de salud demandan una revisión constante de los marcos teóricos para garantizar su pertinencia frente a contextos cada vez más dinámicos y tecnológicamente complejos.

Desde una postura reflexiva, se considera que el mayor aporte de la teoría no radica exclusivamente en clasificar etapas de desarrollo profesional, sino en visibilizar el valor del aprendizaje construido a partir de la experiencia y del encuentro cotidiano con la práctica clínica. En este sentido, el modelo continúa ofreciendo una perspectiva válida para comprender cómo se construye el juicio profesional y cómo las enfermeras y los enfermeros transforman progresivamente el conocimiento en sabiduría clínica.

Finalmente, se concluye que la teoría de Patricia Benner conserva vigencia, relevancia disciplinar y potencial formativo, constituyéndose en un marco conceptual capaz de orientar la educación, la práctica y el desarrollo profesional de enfermería. No obstante, su fortalecimiento futuro dependerá de la generación de nueva evidencia que permita ampliar su comprensión y adaptación a los desafíos contemporáneos del cuidado.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias del sector público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la realización o publicación de los resultados del presente estudio.

Referencias

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

<https://archive.org/details/fromnovicetoexpe0000benn>

Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Sage. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/interpretive-phenomenology/book4829>

Benner, P., Stannard, D., & Hooper-Kyriakidis, P. (2011). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach*. Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4419-1523-3>

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. Springer Publishing Company. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4615-3710-4>

Berragan, E. (2011). Simulation: An effective pedagogical approach for nursing? *Nurse Education Today*, 31(7), 660–663. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.01.007>

Chan, G. K., Benner, P., Burns, E. M., Orozco, R., Bowman, M., Escobedo-Wu, E. L. G., & Vallejo, E. (2025). Establishing the “North Star” for clinical education to accelerate practice readiness: Implications for leaders, faculty, educators, nursing professional development practitioners, and preceptors. *Nursing Administration Quarterly*, 49(3), 206–225.

<https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000684>

Day, R. A., & Benner, P. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*.

Jossey-Bass.

[https://www.wiley.com/en-](https://www.wiley.com/en-us/Educating+Nurses%3A+A+Call+for+Radical+Transformation-p-9780470457962)

[us/Educating+Nurses%3A+A+Call+for+Radical+Transformation-p-](https://www.wiley.com/en-us/Educating+Nurses%3A+A+Call+for+Radical+Transformation-p-9780470457962)

[9780470457962](https://www.wiley.com/en-us/Educating+Nurses%3A+A+Call+for+Radical+Transformation-p-9780470457962)

Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Free Press.

<https://archive.org/details/mindovermachinep00drey>

Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70(1), 113–136.

<https://doi.org/10.1348/000709900158001>

González-Román, F. R., Cruz-Arroyo, R. A., & Sánchez-Casanova, P. (2022). Teorías y modelos de enfermería: Aplicaciones en el cuidado y la educación. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 30(3), 147–154.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=118718>

Lamichhane, G. (2025). *Shaping professional nursing practice using Benner's novice to expert model*. *British Journal of Nursing*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0387>

Lindeman, C. A. (2000). Educational innovations in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39(6), 245–250. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20000601-06>

Martinsen, B. (2011). Clinical judgment and the novice nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 553–560. [https://doi.org/10.1111/j.1471-](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x)

[6712.2010.00866.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x)

- Slevin, O. (2002). From novice to expert: Validity and usability in nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 243–249. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02371.x>
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). Pearson.
- Yu, H., et al. (2024). Construction and implementation of a hierarchical management system for specialist nurses based on Patricia Benner's theory. *Frontiers in Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1472384>



Aporte de innovación para la practica

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA PERSONA CON DEPRESIÓN: APLICACIÓN DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE OREM

Nursing Care Process for a Patient with Depression: Application of Orem's Self-Care Deficit Theory

Delia Esperanza Sillas-González ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2966-8541>

Tania Lizeth Sánchez Palafox ²

 <https://orcid.org/0009-0004-8560-1581>

Martha Ofelia Valle Solis ^{3*}

 <https://orcid.org/0000-0001-8772-6549>

María De Lourdes Páez Jiménez ⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-6560-0929>

Martina García Ramos ⁵

 <https://orcid.org/0009-0009-9528-8521>

Cesar Antonio Tapia Varela ⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-9766-7842>

Cecilia Palacios Fonceca ⁷

 <https://orcid.org/0009-0009-4803-1520>

¹Doctora en Ciencias naturales y biopsicosociales, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

²Licenciada en Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

³Doctora en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

⁴Doctora en psicología, Universidad de Baja California, México.

⁵Licenciada en Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

⁶Doctor en Ciencias naturales y biopsicosociales, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

⁷Maestra en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

*Autor para correspondencia: martha.valle@uan.edu.mx

Recibido: 25/02/2026

Aceptado: 30/06/2026



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual 4.0 internacional (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, transformar y desarrollar obras derivadas a partir de los contenidos publicados, utilizar los materiales para fines académicos, científicos, educativos o de divulgación no comercial.

Resumen

Introducción: La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta el estado de ánimo, el funcionamiento diario y la calidad de vida, constituyendo un importante problema de salud pública. **Objetivo:** Desarrollar un proceso de atención de enfermería en una paciente con depresión, fundamentado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. **Método:** Se realizó un estudio de caso mediante el proceso de atención de enfermería. La valoración se basó en los requisitos universales de autocuidado de Orem, identificando y priorizando diagnósticos de enfermería con la taxonomía NANDA-I. Las intervenciones se planificaron con la clasificación NIC y los resultados se evaluaron mediante la clasificación NOC. **Resultados:** Se identificó déficit de autocuidado relacionado con la alimentación, el equilibrio entre actividad y reposo, la interacción social y el funcionamiento humano. Se priorizaron los diagnósticos de desesperanza, riesgo de conducta suicida, baja autoestima, deterioro de la regulación del estado de ánimo y riesgo de automutilación. Las intervenciones favorecieron la regulación emocional, el autocuidado y el afrontamiento, observándose mejoría clínica, continuidad en psicoterapia, incorporación de actividad física y ausencia de tratamiento farmacológico. **Conclusión:** El proceso de atención de enfermería fundamentado en la Teoría del Déficit de Autocuidado permitió proporcionar cuidados individualizados y obtener resultados clínicos favorables, evidenciando la utilidad de las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC en la atención integral de personas con depresión.

Palabras clave: Proceso de enfermería, depresión, Teoría del Déficit de Autocuidado.

Abstract

Introduction: Depression is a common mental disorder that affects mood, daily functioning, and quality of life, representing a major public health concern. Objective: To develop a nursing care process for a patient with depression based on Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory. **Method:** A case study was conducted using the nursing care process. The assessment was based on Orem's universal self-care requisites, identifying and prioritizing nursing diagnoses according to the NANDA-I taxonomy. Nursing interventions were planned using the Nursing Interventions Classification (NIC), and outcomes were evaluated using the Nursing Outcomes Classification (NOC). **Results:** Self-care deficits were identified in relation to nutrition, the balance between activity and rest, social interaction, and human functioning. The priority nursing diagnoses included hopelessness, risk for suicidal behavior, low self-esteem, impaired mood regulation, and risk for self-mutilation. The implemented interventions promoted emotional regulation, self-care, and effective coping. Clinical improvement was observed, including continued participation in psychotherapy, engagement in regular physical activity, and no need for pharmacological treatment. **Conclusion:** The nursing care process based on Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory enabled the delivery of individualized nursing care and achieved favorable clinical outcomes, demonstrating the usefulness of the NANDA-I, NIC, and NOC taxonomies in the comprehensive care of individuals with depression.

Key words: Nursing process, depression, Self-Care Deficit Theory.

Introducción

A nivel internacional, la depresión se ha consolidado como uno de los trastornos mentales más prevalentes y una de las principales causas de discapacidad en adultos jóvenes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), este trastorno afecta aproximadamente a 280 millones de personas en el mundo, representa cerca del 5 % de la población adulta y constituye una de las principales causas de discapacidad debido a su impacto sobre el funcionamiento físico, psicológico, social y laboral (World Health Organization [WHO], 2023). Cuando la depresión coexiste con trastornos metabólicos o nutricionales, como la obesidad, el deterioro de la calidad de vida, la discapacidad y el riesgo de morbilidad aumentan considerablemente, representando un desafío para los sistemas de salud (Blüher, 2019).

A nivel mundial, la depresión continúa siendo un importante problema de salud pública, especialmente en América Latina, Estados Unidos y Europa. La evidencia muestra que los trastornos depresivos se encuentran entre las principales causas de años vividos con discapacidad y generan una importante carga económica y social (GBD 2021 Mental Disorders Collaborators, 2024). En Estados Unidos, el National Institute of Mental Health estima que cerca de uno de cada cinco adultos presenta algún trastorno mental cada año y que la población hispana experimenta importantes barreras para acceder oportunamente a los servicios de salud mental (National Institute of Mental Health, 2024). Asimismo, la American Psychiatric Association reportó que durante 2024 el 43 % de los adultos estadounidenses manifestó sentirse más ansioso que el año previo, reflejando el incremento sostenido de los problemas de salud mental posteriores a la pandemia (American Psychiatric Association, 2024). Estos datos evidencian la necesidad de

fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y reducción del estigma.

En México, la depresión constituye uno de los principales problemas de salud mental. La Secretaría de Salud estima que alrededor de 3.6 millones de personas adultas viven con depresión, la cual se caracteriza por tristeza persistente, pérdida del interés, alteraciones del sueño y del apetito, disminución de la concentración y síntomas físicos que afectan significativamente la vida familiar, laboral, académica y social (Secretaría de Salud, 2022). De manera complementaria, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ha documentado un incremento en los indicadores relacionados con sintomatología depresiva y ansiedad en la población mexicana durante los últimos años (INEGI, 2024).

En el estado de Nayarit, la depresión representa un problema creciente de salud pública. De acuerdo con el Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología, la entidad mantiene una elevada incidencia de trastornos depresivos, particularmente en mujeres, mientras que los hombres concentran la mayor mortalidad por suicidio. Estos indicadores ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la detección temprana, la atención interdisciplinaria y el seguimiento comunitario de las personas con depresión, especialmente en zonas rurales donde el acceso a servicios especializados continúa siendo limitado (Dirección General de Epidemiología, 2025).

Esta problemática se manifiesta de manera concreta en la comunidad de Rosamorada, Nayarit, donde el acceso a servicios especializados de salud mental es limitado, delegando gran parte del seguimiento en la familia y en el personal de enfermería del primer nivel de atención. El presente caso corresponde a una mujer de 24 años con

diagnóstico de depresión y obesidad grado III ($\text{IMC} = 40 \text{ kg/m}^2$), quien además presenta sintomatología gastrointestinal caracterizada por agruras, flatulencias y regurgitación, a pesar de haber iniciado modificaciones en la alimentación y la práctica regular de actividad física.

Para abordar esta compleja interacción entre la salud mental y la condición física, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye la metodología científica que permite brindar cuidados sistematizados, individualizados y basados en evidencia. Mediante sus cinco etapas, el PAE facilita la valoración integral de las respuestas humanas, la identificación de diagnósticos de enfermería, la planificación de intervenciones y la evaluación de resultados, favoreciendo un cuidado seguro y de calidad (Hernández Becerril & Nava Galán, 2012).

La fundamentación teórica del presente estudio se sustenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual plantea que la intervención de enfermería es necesaria cuando la capacidad de autocuidado resulta insuficiente para satisfacer las demandas terapéuticas de la persona. En pacientes con depresión, la disminución de la motivación, la autoestima y la capacidad para tomar decisiones repercute directamente sobre la alimentación, el descanso, la actividad física y las relaciones sociales, generando un déficit de autocuidado que requiere un sistema de apoyo-educativo orientado a fortalecer la autonomía y promover hábitos saludables (Naranjo-Hernández et al., 2017). La enfermería, como disciplina científica y profesión orientada al cuidado, responde a las necesidades de salud mediante intervenciones fundamentadas en el razonamiento clínico y la mejor evidencia disponible. La aplicación del proceso de enfermería integra habilidades cognitivas, psicomotoras y afectivas que permiten identificar problemas

reales y potenciales, planificar cuidados individualizados y evaluar los resultados obtenidos (Alfaro-LeFevre, 2021).

Como complemento del fundamento teórico, el presente estudio emplea las taxonomías NANDA International (NANDA-I) para la formulación de diagnósticos enfermeros (NANDA International, 2024), la Nursing Outcomes Classification (NOC) para la evaluación de los resultados esperados (Moorhead et al., 2024) y la Nursing Interventions Classification (NIC) para la planificación de las intervenciones de enfermería (Butcher et al., 2024). Estas clasificaciones constituyen un lenguaje estandarizado que fortalece el razonamiento clínico, facilita la comunicación entre profesionales y promueve cuidados de enfermería basados en evidencia científica.

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Agente MGG femenina de 24 años, con diagnóstico de Depresión desde aproximadamente 1 año. Su estado civil es soltera, con escolaridad de Licenciatura en LIC. Contaduría y Administración, de religión católica, estudiante, actualmente cuenta con IMSS otorgado por seguro facultativo de la escuela. Su cuidador principal es su madre CPHG con domicilio actual La Bonita carretera internacional Tepic – Mazatlán Kilómetro 106, la comunidad cuenta con servicios de luz eléctrica y agua potable. Su vivienda es propia ya que vive con sus padres, cuenta con servicios antes mencionados. La casa construida de block, ladrillo y cemento, con 2 habitaciones, un W.C., un pretil fuera en el patio y una pila de agua y lavadero. Las condiciones higiénicas son regulares, vive con sus padres, hábitos higiénicos personales: realiza el baño diario, lavado de manos antes y después de cada comida, el aseo bucal es 2 veces al día, mañana y noche antes de ir a dormir, su cambio de ropa es diario. Dentro de sus antecedentes hace mención que su

madre padece de enfermedades crónico-degenerativas como la Hipertensión arterial, al igual que su padre.

ETAPA I. VALORACIÓN POR REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

La paciente (MGGP) presenta un adecuado patrón respiratorio y capacidad funcional. Realiza actividad física de tipo aeróbico, fuerza y resistencia de lunes a sábado, lo que favorece el mantenimiento de una adecuada función respiratoria. El domicilio cuenta con condiciones apropiadas de ventilación; sin embargo, existen fuentes potenciales de contaminación ambiental cercanas, principalmente por acumulación de residuos sólidos.

Durante la valoración se registró una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno del 98 % y adecuada coloración e hidratación de la piel, sin datos clínicos de compromiso respiratorio.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

La paciente refiere una ingesta aproximada de cuatro litros de líquidos al día, de los cuales 2.5 litros corresponden a agua simple y el resto proviene del consumo de té, leche, caldos y jugos.

Menciona que cuando disminuye la ingesta hídrica presenta xerostomía, disminución de la salivación y oliguria. Asimismo, refiere que la orina adquiere una coloración más oscura, olor concentrado y ocasionalmente presenta dolor lumbar, el cual relaciona con la disminución en el consumo de agua.

Durante la exploración física presentó frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto y presión arterial de 110/80 mmHg, sin evidencia de alteraciones hemodinámicas.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Este requisito de autocuidado se encontró alterado debido al estado nutricional de la paciente. La valoración antropométrica mostró un peso corporal de 90 kg, talla de 1.50 m e índice de masa corporal (IMC) de 40 kg/m², correspondiente a obesidad grado III.

Como aspecto favorable, la paciente refiere una pérdida ponderal aproximada de 10 kg durante los últimos seis meses, atribuida a la adopción de una alimentación baja en grasas y a la práctica regular de actividad física iniciada dos meses antes de la valoración.

En relación con los hábitos alimentarios, realiza entre cuatro y cinco tiempos de comida al día, incluyendo carnes, frutas, verduras, cereales, lácteos, pollo, pan, tortillas, pastas y embutidos. Además, mantiene adecuadas prácticas de higiene alimentaria, como el lavado, desinfección y cocción de los alimentos, y habitualmente realiza sus comidas en compañía de familiares.

La paciente refiere presentar agruras, flatulencias y regurgitación tras el consumo de determinados alimentos. En los estudios de laboratorio realizados durante los últimos dos años (biometría hemática, química sanguínea y perfil de lípidos), el único parámetro alterado fue colesterol total de 205 mg/dL, por lo que únicamente recibió recomendaciones dietéticas orientadas a disminuir el consumo de grasas, sin requerir tratamiento farmacológico.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación

La paciente presenta un patrón urinario conservado, con una frecuencia de cuatro a seis micciones al día, orina de color amarillo claro y sin olor fétido. El examen general de orina no mostró alteraciones.

Respecto al patrón intestinal, realiza dos evacuaciones al día, correspondientes al tipo II de la Escala de Bristol. Refiere antecedente de estreñimiento, el cual mejoró tras la modificación de los hábitos alimentarios y el incremento de la actividad física.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Este requisito se encontró alterado.

La paciente dedica entre cuatro y seis horas diarias al estudio, permaneciendo la mayor parte del tiempo sentada. Además, realiza ejercicio en gimnasio, cuida de sus sobrinos y desarrolla actividades recreativas como ver televisión, escuchar música, conversar con amigos y utilizar redes sociales.

Refiere contracturas musculares, inflamación articular, cefalea recurrente y un descanso diurno aproximado de dos horas, sin realizar siestas.

El patrón de sueño se encuentra comprometido, ya que duerme únicamente entre cuatro y cinco horas por noche debido a dolor cervical, cefalea, pesadillas e insomnio. Estas alteraciones ocasionan cansancio, somnolencia y disminución de la concentración durante el día. Para favorecer el inicio del sueño suele utilizar televisión y redes sociales.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Este requisito se encuentra alterado.

La paciente identifica como principales factores desencadenantes de su depresión los conflictos familiares derivados de malentendidos, diferencias de pensamiento y problemas de comunicación.

Aunque mantiene una buena relación con sus amistades, la frecuencia de interacción disminuyó considerablemente después de la pandemia, limitándose a encuentros ocasionales.

Refiere elevados niveles de autoexigencia, lo que la lleva a intentar finalizar sus actividades antes del tiempo previsto, generando estrés constante. Como consecuencia, experimentó aumento de peso, acné, Petequias y resequedad cutánea, alteraciones que afectaron negativamente su imagen corporal y favorecieron la aparición de síntomas depresivos.

Actualmente implementa estrategias de afrontamiento como realizar actividad física, escuchar música y destinar tiempo para actividades recreativas, las cuales han contribuido a disminuir el impacto emocional.

Asimismo, manifiesta inseguridad y baja autoestima relacionadas con experiencias negativas en relaciones de pareja y amistades. Refiere que una relación sentimental caracterizada por violencia psicológica desencadenó un episodio depresivo acompañado de aumento de peso, descuido de su apariencia física y disminución de su autoestima.

Inicialmente evitó solicitar ayuda profesional por temor a generar conflictos familiares y sociales, así como por miedo a sufrir agresiones por parte de su pareja. Posteriormente decidió acudir a atención psicológica, intervención que refiere ha favorecido significativamente su recuperación emocional, brindándole mayor tranquilidad, fortalecimiento en la toma de decisiones y mejor manejo de sus emociones.

No obstante, continúa presentando tensión muscular, hipersensibilidad a la crítica, autocompasión, conductas autodestructivas e ideación suicida ocasional. Hasta el momento únicamente ha recibido tratamiento psicológico, sin atención psiquiátrica ni tratamiento farmacológico.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

La paciente se encuentra orientada en tiempo, lugar y persona, con adecuado nivel de conciencia. Refiere que su estilo de aprendizaje es predominantemente visual y práctico.

Entre sus antecedentes traumáticos destaca una caída durante la infancia que ocasionó una herida profunda y requirió refuerzo de inmunización antitetánica, así como una quemadura de tercer grado que dejó cicatrices permanentes.

Actualmente presenta contracturas musculares asociadas al estrés. En su comunidad identifica factores de riesgo ambientales, como contaminación auditiva y acumulación de residuos sólidos. En contraste, su vivienda cuenta con instalaciones seguras de agua, electricidad, gas y electrodomésticos.

Refiere conocer las medidas básicas de protección civil ante fenómenos naturales como terremotos, inundaciones e incendios.

Aunque mantiene seguimiento psicológico, no recibe tratamiento farmacológico para la depresión, situación que incrementa la vulnerabilidad frente al riesgo de autolesión debido a la presencia de ideación suicida ocasional.

8. Promoción del funcionamiento humano, desarrollo social y limitaciones humanas

Este requisito también se encontró alterado.

La paciente manifiesta insatisfacción consigo misma, inseguridad para la toma de decisiones y tendencia a priorizar las necesidades de otras personas sobre las propias.

Describe una adecuada relación con su familia; sin embargo, refiere una relación de pareja caracterizada por violencia psicológica, emocional y ocasionalmente física, situación que identifica como el principal factor asociado con sus alteraciones emocionales, manifestadas por tristeza, aislamiento, introversión y recuerdos recurrentes relacionados con dichas experiencias.

Profesa la religión católica y considera que la espiritualidad constituye un recurso importante para afrontar las dificultades personales, ya que le proporciona seguridad, esperanza y una perspectiva positiva ante los problemas.

Entre sus proyectos de vida destacan ejercer su profesión, ampliar su círculo social, viajar, formar una familia y brindar apoyo económico a sus padres. Asimismo, identifica como valores fundamentales el respeto, la honestidad, la humildad, la empatía, la solidaridad y la convivencia familiar.

Requisito de autocuidado por desviación de la salud

Desviación de la salud: Depresión, obesidad grado III, cefalea e insomnio.

Signos y síntomas: Fatiga, descuido personal, desesperanza, aislamiento social, baja autoestima y riesgo de soledad.

Tratamiento actual: Atención psicológica; no recibe tratamiento farmacológico.

Estudios de laboratorio y gabinete: Sin estudios complementarios recientes.

Signos vitales: Frecuencia respiratoria 18 respiraciones/min, frecuencia cardíaca 80 latidos/min, temperatura corporal 36.5 °C, presión arterial 110/80 mmHg, peso 90 kg, talla 1.50 m e IMC de 40 kg/m².

Demanda de autocuidado

La paciente requiere apoyo de dos fuentes de cuidado:

1. **Agencia de autocuidado terapéutico**, representada por el profesional de Psicología, para el seguimiento y manejo de la depresión, el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y el desarrollo de habilidades para el autocuidado.
2. **Red de apoyo familiar**, integrada principalmente por sus padres, quienes proporcionan apoyo emocional en situaciones específicas; no obstante, la paciente conserva independencia para la realización de la mayoría de sus actividades cotidianas.

Capacidad de autocuidado

La paciente presenta capacidad suficiente para realizar de manera independiente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incluyendo el autocuidado personal, la alimentación, el baño, el vestido, la preparación de alimentos, las compras, el traslado y la práctica de actividad física. En consecuencia, no requiere una agencia de cuidado dependiente para satisfacer sus necesidades básicas; sin embargo, el acompañamiento familiar y el seguimiento psicológico constituyen recursos importantes para fortalecer su proceso de recuperación y mantener conductas de autocuidado efectivas.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de caso clínico con enfoque descriptivo, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), sustentado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Este diseño permitió valorar de manera

integral las respuestas humanas de la paciente, identificar sus necesidades de autocuidado y planificar intervenciones de enfermería individualizadas basadas en evidencia.

Participante

La unidad de análisis fue una paciente de 24 años, residente del municipio de Rosamorada, Nayarit, México, con diagnóstico médico de depresión de aproximadamente un año de evolución. La paciente presentó obesidad grado III ($IMC = 40 \text{ kg/m}^2$), sintomatología gastrointestinal (agruras, flatulencias y regurgitación), insomnio, baja autoestima e ideación suicida ocasional, sin tratamiento farmacológico y con seguimiento psicológico.

Procedimiento

La atención se desarrolló siguiendo las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La valoración se realizó utilizando los ocho requisitos universales de autocuidado propuestos por Dorothea Orem, además de la identificación de los factores condicionantes básicos y los requisitos de autocuidado por desviación de la salud.

Con base en la información obtenida se formularon los diagnósticos de enfermería empleando la taxonomía NANDA International (NANDA-I) 2024–2026. Posteriormente, se establecieron los resultados esperados mediante la Nursing Outcomes Classification (NOC) y se planificaron e implementaron las intervenciones utilizando la Nursing Interventions Classification (NIC). Finalmente, la efectividad de las intervenciones se evaluó comparando las puntuaciones iniciales y finales de los indicadores NOC establecidos para cada diagnóstico prioritario.

Instrumentos

La valoración clínica se realizó mediante entrevista, exploración física y revisión de antecedentes personales y familiares, utilizando como marco conceptual la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Para la estandarización del lenguaje enfermero se emplearon las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, las cuales permitieron formular diagnósticos, establecer resultados esperados y seleccionar intervenciones fundamentadas en evidencia científica.

Consideraciones éticas

El estudio respetó los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para el uso de la información con fines académicos y científicos, garantizando en todo momento la confidencialidad, el anonimato y la protección de sus datos personales.

Resultados

A partir de la valoración clínica y de la información obtenida mediante la guía de valoración, se identificaron los déficits de autocuidado con base en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Posteriormente, se formularon los diagnósticos de enfermería prioritarios de acuerdo con la taxonomía NANDA International (NANDA-I 2024–2026). Con base en estos diagnósticos, se diseñaron los planes de cuidados empleando el lenguaje estandarizado NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).

En cada plan de cuidados se describieron los diagnósticos de enfermería prioritarios, las intervenciones implementadas y la evolución de los criterios de resultado, evaluada mediante la variación de las puntuaciones de los indicadores NOC utilizando la escala Likert (puntuación diana inicial y puntuación diana final). Asimismo, los planes de cuidados se fundamentaron en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y en las recomendaciones de las guías de práctica clínica vigentes.

ETAPA II. DIAGNÓSTICO

La construcción de los diagnósticos de enfermería se realizó conforme a las directrices establecidas por **NANDA International (2024–2026)** y siguiendo la metodología para el razonamiento clínico propuesta por **Alfaro-LeFevre (2021)**. Inicialmente, se identificaron las respuestas humanas presentes en la paciente y se seleccionaron las etiquetas diagnósticas potenciales con base en los datos obtenidos durante la valoración clínica.

Las etiquetas diagnósticas identificadas fueron las siguientes:

- **Dominio 2. Nutrición. Clase 1. Ingestión. (00232) Obesidad:** Condición en la que un individuo presenta una acumulación excesiva o anormal de grasa corporal para su edad y sexo, superior al sobrepeso.
- **Dominio 4. Actividad/reposo. Clase 1. Sueño/reposo. (00095) Insomnio:** Trastorno de la cantidad y/o calidad del sueño que deteriora el funcionamiento de la persona.
- **Dominio 4. Actividad/reposo. Clase 3. Equilibrio de la energía. (00093) Fatiga:** Sensación persistente y abrumadora de agotamiento que disminuye la capacidad para realizar actividades físicas y mentales habituales.

- **Dominio 4. Actividad/reposo. Clase 5. Autocuidado. (00193) Descuido personal:** Conjunto de conductas relacionadas con el incumplimiento de actividades de autocuidado necesarias para mantener estándares aceptables de salud y bienestar.
- **Dominio 6. Autopercepción. Clase 1. Autoconcepto. (00124) Desesperanza:** Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa para mejorar su situación y es incapaz de movilizar recursos personales.
- **Dominio 11. Seguridad/protección. Clase 3. Violencia. (00289) Riesgo de conducta autolesiva suicida:** Vulnerabilidad para realizar conductas dirigidas a causarse daño con intención de morir.
- **Dominio 6. Autopercepción. Clase 2. Autoestima. (00483) Autoestima inadecuada crónica:** Percepción negativa persistente de la propia valía, autoaceptación, competencia y autorrespeto.
- **Dominio 7. Rol/relaciones. Clase 2. Relaciones familiares. (00063) Procesos familiares disfuncionales:** Alteración crónica de las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas del sistema familiar que favorece conflictos persistentes y afrontamiento ineficaz.
- **Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2. Respuestas de afrontamiento. (00146) Ansiedad:** Sensación vaga de malestar o amenaza acompañada de respuestas autonómicas, generalmente asociada a la anticipación de un peligro.

- **Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2. Respuestas de afrontamiento. (00177) Estrés por sobrecarga:** Exceso de demandas que requieren respuesta y adaptación por parte de la persona.
- **Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 3. Respuestas neuroconductuales. (00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo:** Alteración caracterizada por cambios persistentes del estado afectivo acompañados de manifestaciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales.
- **Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2. Respuestas de afrontamiento. (00210) Deterioro de la resiliencia:** Disminución de la capacidad para recuperarse o adaptarse frente a situaciones adversas.
- **Dominio 11. Seguridad/protección. Clase 3. Violencia. (00468) Riesgo de conducta autolesiva no suicida:** Vulnerabilidad para provocarse lesiones de manera deliberada sin intención suicida.
- **Dominio 12. Confort. Clase 1. Confort físico. (00214) Disconfort:** Percepción de falta de bienestar en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.
- **Dominio 12. Confort. Clase 3. Confort social. (00053) Aislamiento social:** Experiencia de soledad percibida como impuesta por otras personas y vivida como una situación negativa.
- **Dominio 12. Confort. Clase 3. Confort social. (00054) Riesgo de soledad:** Vulnerabilidad para experimentar malestar derivado de la necesidad insatisfecha de interacción social.

Posteriormente, se realizó el análisis y depuración de las etiquetas diagnósticas con el propósito de eliminar duplicidades y establecer, mediante razonamiento clínico, los diagnósticos reales y de riesgo, así como sus factores relacionados y características definitorias. Como resultado de este proceso se priorizaron los siguientes diagnósticos de enfermería:

- **Deterioro de la resiliencia**, relacionado con desesperanza y exposición a la violencia, manifestado por autoestima inadecuada, síntomas depresivos, disminución de la interacción social, vergüenza y estrés repetitivo.
- **Riesgo de conducta autolesiva suicida**, relacionado con ideación suicida, aislamiento social y pérdida de autonomía.
- **Autoestima inadecuada crónica**, relacionada con imagen corporal alterada y falta de respeto por parte de los demás, manifestada por ideación suicida, vergüenza, síntomas depresivos, desesperanza y subestimación de la propia capacidad para afrontar la situación.
- **Deterioro de la regulación del estado de ánimo**, relacionado con dificultad para establecer relaciones sociales y trastornos afectivos, manifestado por deterioro del funcionamiento social, desesperanza, autoconcepto inadecuado, pensamientos recurrentes de suicidio, actitud triste, disminución de la atención y disforia.
- **Riesgo de conducta autolesiva no suicida**, relacionado con autoestima inadecuada, desesperanza, autogestión ineficaz del sobrepeso y dificultad para establecer interacción social.

ETAPA III, IV, V. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

De acuerdo con Alfaro-LeFevre (2021), la planeación constituye la etapa del proceso de enfermería en la que se establecen los resultados esperados y los indicadores que permitirán evaluar la efectividad de las intervenciones. Con base en los datos obtenidos durante la valoración y en el referente teórico de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, se identificaron y priorizaron los diagnósticos de enfermería para diseñar planes de cuidados individualizados.

Posteriormente, se formularon los resultados esperados utilizando la Nursing Outcomes Classification (NOC) y se seleccionaron las intervenciones de enfermería mediante la Nursing Interventions Classification (NIC), con el propósito de disminuir las complicaciones potenciales, fortalecer la capacidad de autocuidado de la paciente y favorecer el logro de los objetivos terapéuticos establecidos. Los planes de cuidados correspondientes a los diagnósticos prioritarios se presentan en las tablas siguientes.

Tabla 1

Plan de Cuidados 1

Componente	Descripción
Diagnóstico de enfermería (NANDA-I)	Dominio: 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Clase: 2. Respuestas de afrontamiento. Código: 00210. Diagnóstico: <i>Deterioro de la resiliencia</i> relacionado con desesperanza y exposición a la violencia, manifestado por autoestima inadecuada, síntomas depresivos, disminución de la interacción social, vergüenza y estrés excesivo repetitivo.
Resultado esperado (NOC)	Resultado: Resiliencia personal. Dominio: III. Salud psicosocial. Clase: Adaptación psicosocial (N). Escala: 1 = Nunca demostrado; 5 = Siempre demostrado. Puntuación diana: Inicial = 9; Final = 22.
Indicadores NOC	• 130948 Establece objetivos vitales (2-3). • 130934 Verbaliza su disposición a aprender (2-4). • 130909 Expresa autoeficacia (2-5). • 130906 Muestra estado de ánimo positivo (1-5). • 130924 Identifica modelos de conducta (2-5).

Intervención (NIC)	Campo: 3. Conductual. Clase: R. Ayuda para el afrontamiento. Intervención: Dar esperanza.
Actividades de enfermería	• Implicar activamente a la paciente en su propio cuidado (PC). • Favorecer la aceptación de los cambios en la imagen corporal (PC). • Enseñar a reconocer situaciones desencadenantes y planificar estrategias de afrontamiento (A/E). • Ayudar a diseñar y revisar metas relacionadas con la esperanza y el proyecto de vida (PC). • Favorecer la participación de la paciente y su familia en grupos de apoyo (PC).
Sistema de enfermería de Orem	A/E: Sistema de apoyo-educación. PC: Sistema parcialmente compensatorio. TC: Sistema totalmente compensatorio. En este diagnóstico predominó el Sistema de apoyo-educación, complementado con intervenciones parcialmente compensatorias para fortalecer las capacidades de afrontamiento y resiliencia.
Fundamentación científica	El diagnóstico se fundamentó en un déficit de autocuidado relacionado con el requisito universal de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, según la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. La intervención Dar esperanza (NIC) favorece el fortalecimiento de la resiliencia al incrementar la confianza en las capacidades personales, promover expectativas positivas y estimular la participación en el autocuidado.
Guía de práctica clínica	Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto (IMSS-161-09). Se recomienda identificar los aspectos que generan mayor deterioro funcional en personas con depresión, favorecer la expresión de emociones en un ambiente empático y considerar intervenciones psicológicas breves, como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas, en pacientes con depresión leve a moderada.
Capacidad de autocuidado	La paciente mostró capacidad para organizar de manera autónoma una rutina de actividades orientadas a mejorar su estado de ánimo, incorporando actividades recreativas y ejercicio físico. No obstante, el apoyo de su red familiar continuó siendo un elemento fundamental para fortalecer la adherencia al plan terapéutico y mantener conductas de autocuidado.
Evaluación	Las intervenciones favorecieron el fortalecimiento de la resiliencia personal mediante el establecimiento de metas realistas, el reconocimiento de situaciones desencadenantes y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. La participación activa en su autocuidado, el acompañamiento psicológico y el apoyo familiar contribuyeron a mejorar el estado de ánimo, incrementar la autoeficacia y fortalecer la esperanza. La puntuación del resultado NOC

evolucióno de 9 en la valoración inicial a 22 en la evaluación final, evidenciando una respuesta favorable al plan de cuidados.

Nota. NANDA-I = *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2024–2026*; NOC = *Nursing Outcomes Classification* (7.ª ed.); NIC = *Nursing Interventions Classification* (8.ª ed.); A/E = Sistema de apoyo-educación; PC = Sistema parcialmente compensatorio; TC = Sistema totalmente compensatorio.

Tabla 2

Plan de Cuidados 2

Componente	Descripción
Diagnóstico de enfermería (NANDA-I)	Dominio: 11. Seguridad/protección. Clase: 3. Violencia. Código: 00289. Diagnóstico: <i>Riesgo de conducta autolesiva suicida</i> relacionado con ideación suicida, aislamiento social y pérdida de autonomía.
Resultado esperado (NOC)	Resultado: Autorrestricción del impulso suicida. Dominio: III. Salud psicosocial. Clase: Autocontrol. Escala: 1 = Nunca demostrado; 5 = Siempre demostrado. Puntuación diana: Inicial = 13; Final = 24.
Indicadores NOC	• 130948 Mantiene el patrón del sueño (1-5). • 130934 Manifiesta ideas suicidas (2-4). • 130909 Controla los impulsos (2-5). • 130906 Realiza actividades útiles (4-5). • 130924 Utiliza los servicios de salud mental disponibles (4-5).
Intervención (NIC)	Campo: 3. Conductual. Clase: Terapia conductual. Intervención: Entrenamiento para controlar los impulsos.
Actividades de enfermería	• Instruir a la paciente para reflexionar sobre sus pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente (A/E). • Seleccionar estrategias de solución de problemas acordes con su nivel de desarrollo y función cognitiva (PC). • Elaborar un plan de acción para resolver situaciones significativas (PC). • Favorecer la práctica de estrategias de control de impulsos en situaciones sociales e interpersonales (PC).

	• Ayudar a elegir el curso de acción más beneficioso (PC).
Sistema de enfermería de Orem	A/E: Sistema de apoyo-educación. PC: Sistema parcialmente compensatorio. TC: Sistema totalmente compensatorio. En este caso predominó el Sistema de apoyo-educación, favoreciendo el desarrollo de habilidades de autocuidado y la toma de decisiones de la paciente.
Fundamentación científica	El diagnóstico se relacionó con un déficit en el requisito universal de autocuidado mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, según la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. El entrenamiento para controlar los impulsos favorece el desarrollo de estrategias de afrontamiento, el autocontrol y la resolución de problemas, contribuyendo a disminuir el riesgo de conducta autolesiva suicida.
Guía de práctica clínica	Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto (IMSS-161-09). Se recomienda valorar sistemáticamente el riesgo suicida considerando antecedentes de intento suicida, desesperanza, ansiedad, ideación suicida, abuso de sustancias, enfermedades crónicas y factores psicosociales; además de investigar planes suicidas y entrevistar a familiares cuando exista sospecha clínica.
Capacidad de autocuidado	La paciente mostró capacidad para identificar la necesidad de apoyo emocional, solicitar ayuda profesional, fortalecer su red de apoyo y participar activamente en actividades dirigidas a mejorar su bienestar físico y emocional.
Evaluación	Las intervenciones permitieron fortalecer el control de impulsos y disminuir el riesgo de conducta autolesiva suicida. La paciente aprendió a identificar pensamientos disfuncionales, desarrollar estrategias de afrontamiento y elaborar un plan de acción basado en ejercicio físico, continuidad de sus actividades académicas y seguimiento psicológico. La puntuación NOC evolucionó de 13 a 24 puntos, evidenciando un logro favorable de los resultados esperados.

Nota. NANDA-I = NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2024–2026; NOC = Nursing Outcomes Classification (7.^a ed.); NIC = Nursing Interventions Classification (8.^a ed.); A/E = Sistema de apoyo-educación; PC = Sistema parcialmente compensatorio; TC = Sistema totalmente compensatorio.

4.5 EJECUCIÓN

La ejecución del plan de cuidados se desarrolló mediante la implementación de las intervenciones de enfermería seleccionadas con base en las taxonomías Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC), con el propósito de favorecer la estabilidad física, emocional y social de la paciente. Las intervenciones fueron individualizadas de acuerdo con las necesidades identificadas durante la valoración y fundamentadas en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Durante el seguimiento se realizaron visitas periódicas para proporcionar cuidados de enfermería, dar continuidad al plan terapéutico y fortalecer las capacidades de autocuidado de la paciente y de su red de apoyo. Asimismo, se brindó orientación al cuidador principal con el fin de favorecer la adecuada ejecución de las intervenciones y promover un entorno de confianza y seguridad.

Las actividades implementadas estuvieron dirigidas a mejorar el estado de salud integral de la paciente y se diseñaron de acuerdo con cada uno de los diagnósticos de enfermería priorizados. Como parte del abordaje de la depresión, se promovió la participación en actividades recreativas, ejercicio físico y el fortalecimiento de la red de apoyo familiar y social, elementos que contribuyeron favorablemente al proceso de recuperación. De manera complementaria, se dio continuidad al acompañamiento psicológico para favorecer el manejo del estado de ánimo, fortalecer las estrategias de afrontamiento y disminuir los pensamientos negativos relacionados con su autoconcepto.

Las principales intervenciones de enfermería fueron las siguientes:

- **Desesperanza:** Las intervenciones se orientaron al fortalecimiento del estado de ánimo mediante estrategias dirigidas a proporcionar seguridad, estabilidad emocional y apoyo continuo, favoreciendo la recuperación y el mantenimiento del bienestar psicológico.
- **Riesgo de conducta autolesiva suicida:** Se implementaron intervenciones encaminadas al control del enfado, manejo de la conducta, vigilancia del riesgo y escucha activa, promoviendo un ambiente terapéutico seguro que facilitara la expresión de sentimientos y pensamientos.
- **Autoestima inadecuada crónica:** Las acciones estuvieron enfocadas en fortalecer la percepción positiva de sí misma, promoviendo la identificación de fortalezas personales, el reconocimiento de logros previos y el incremento de la confianza en sus propias capacidades.
- **Deterioro de la regulación del estado de ánimo:** Las intervenciones se dirigieron al reconocimiento y manejo de las fluctuaciones emocionales, fomentando la responsabilidad en el autocuidado y reforzando la importancia de la continuidad del tratamiento psicológico.
- **Riesgo de conducta autolesiva no suicida:** Se priorizó la disminución de factores desencadenantes mediante el apoyo emocional, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y la evitación de demandas cognitivas excesivas durante los periodos de mayor vulnerabilidad emocional.

4.6 EVALUACIÓN

La evaluación constituyó una etapa continua y sistemática del Proceso de Atención de Enfermería, encontrándose presente durante las fases de valoración, diagnóstico, planeación y ejecución. Su finalidad fue determinar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y valorar la respuesta de la paciente a las intervenciones implementadas. Para ello, se consideró la evolución clínica, la información proporcionada por la paciente y su familia, así como los registros de enfermería.

Este proceso permitió realizar los ajustes necesarios al plan de cuidados y fortalecer la toma de decisiones clínicas. Asimismo, proporcionó una base para la práctica profesional sustentada en el razonamiento clínico y en la interacción permanente entre la paciente, su familia y el personal de enfermería.

La paciente presentó una evolución clínica favorable como resultado del plan de cuidados implementado. El apoyo continuo de la familia y de su red social favoreció el reconocimiento de sus logros personales y fortaleció su autoestima. De igual manera, mantuvo seguimiento psicológico sin requerir tratamiento farmacológico y adoptó hábitos saludables, incorporando ejercicio aeróbico y de fuerza de manera regular, lo que contribuyó tanto a la mejoría de su salud mental como a la reducción de aproximadamente 10 kg de peso corporal.

La evaluación de cada uno de los diagnósticos prioritarios mostró resultados favorables:

Deterioro de la resiliencia

Durante la valoración del requisito de autocuidado relacionado con el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social se identificaron

manifestaciones de tristeza, pérdida de interés por actividades previamente significativas, fatiga y disminución de la interacción social. La continuidad del tratamiento psicológico, junto con las intervenciones de enfermería orientadas al fortalecimiento del afrontamiento, favoreció la expresión emocional, la participación en actividades grupales y una mayor responsabilidad en su proceso de recuperación.

Riesgo de conducta autolesiva suicida

En el requisito de promoción del funcionamiento humano, desarrollo social y limitaciones humanas se identificaron factores de riesgo relacionados con la edad, el aislamiento social, los conflictos familiares y la pérdida de autonomía. Las intervenciones implementadas permitieron mejorar el reconocimiento de pensamientos disfuncionales, fortalecer el manejo emocional y favorecer la práctica regular de actividad física como estrategia de afrontamiento, observándose una disminución de la ideación suicida y un mejor control emocional.

Autoestima inadecuada crónica

La valoración evidenció alteraciones en la imagen corporal y en el desempeño del rol social, manifestadas por inseguridad, subestimación de sus capacidades y verbalizaciones negativas sobre sí misma. Como parte del plan terapéutico se establecieron objetivos orientados al fortalecimiento de la autoestima mediante el reconocimiento de logros personales, la reestructuración del autoconcepto y el establecimiento de metas alcanzables. La incorporación voluntaria al gimnasio favoreció la mejoría de su imagen corporal y promovió la interacción social, repercutiendo positivamente en su bienestar emocional.

Deterioro de la regulación del estado de ánimo

La paciente presentó tristeza persistente, desesperanza, alteraciones de la concentración y cambios emocionales asociados con aislamiento social y ansiedad. Las intervenciones dirigidas al autocuidado, el aprendizaje de habilidades para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la regulación emocional, en conjunto con el seguimiento psicológico, permitieron mejorar el estado de ánimo, la imagen corporal y la capacidad para afrontar situaciones estresantes.

Riesgo de conducta autolesiva no suicida

Durante la valoración se identificó que la baja autoestima, las dificultades en las relaciones interpersonales y la alteración emocional constituían factores predisponentes para la conducta autolesiva. Las intervenciones de enfermería se enfocaron en favorecer el reconocimiento y la expresión adecuada de emociones, fortalecer la comunicación terapéutica y mantener el acompañamiento psicológico especializado. Como resultado, la paciente desarrolló mejores estrategias de afrontamiento, incrementó el control emocional y fortaleció su autoestima, disminuyendo el riesgo de conductas autolesivas.

Discusión

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) demuestran la utilidad de este método, fundamentado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, para favorecer la restitución gradual de las actividades de la vida diaria y fortalecer las estrategias de afrontamiento en una paciente joven con depresión. La transición de un sistema de enfermería parcialmente compensatorio hacia un sistema de apoyo-educativo permitió incrementar la agencia de autocuidado de la paciente, lo que se reflejó en la mejoría global de los indicadores

evaluados mediante la Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead et al., 2024). Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Orem, quien establece que el objetivo del cuidado de enfermería es desarrollar la capacidad de las personas para satisfacer de manera autónoma sus demandas terapéuticas de autocuidado (Naranjo-Hernández et al., 2017).

Es importante señalar que, durante la adultez joven (24 años), la depresión puede afectar significativamente los requisitos de desarrollo, así como los relacionados con el desempeño de roles y las relaciones interpersonales. La implementación de intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC), particularmente el apoyo emocional y la potenciación de la socialización, permitió no solo abordar la sintomatología afectiva, sino también fortalecer la red de apoyo social de la paciente. Estos resultados respaldan el planteamiento de Orem respecto a la influencia que ejercen los factores condicionantes básicos, como la edad, el desarrollo y el entorno social, sobre la capacidad de respuesta del individuo ante la enfermedad y su potencial para el autocuidado (Orem, 2001; Naranjo-Hernández et al., 2017).

Los resultados del presente estudio coinciden con lo reportado por Reina Gutiérrez et al. (2014), quienes, en el estudio Proceso de atención de enfermería a un paciente de salud mental, describen que el paciente reconoce su trastorno, pero presenta dificultades para gestionar los pensamientos negativos y afrontar adecuadamente su condición. Asimismo, señalan que el acompañamiento proporcionado por el profesional de psicología, como parte de la agencia de cuidado terapéutico, favorece la evolución clínica del paciente. Entre las estrategias utilizadas destaca la técnica de tensión-relajación para disminuir la ansiedad asociada a los pensamientos disfuncionales, obteniéndose una

evolución favorable (Reina Gutiérrez et al., 2014). Estos hallazgos son congruentes con los observados en el presente caso, donde el acompañamiento psicológico y las intervenciones de enfermería orientadas al fortalecimiento del autocuidado contribuyeron a mejorar la regulación emocional, el afrontamiento y la funcionalidad de la paciente.

Conclusiones

La depresión, caracterizada por la tristeza persistente y la anhedonia (pérdida de interés o placer en las actividades), es un problema grave de salud pública con profundas implicaciones emocionales, funcionales y físicas. Esta condición afecta profundamente la manera en que las personas piensan, sienten y se comportan, generando serias implicaciones emocionales, funcionales y físicas. Este estudio confirma la necesidad urgente de implementar abordajes de cuidado integrales y estructurados para atender la complejidad de este trastorno y sus diversos factores condicionantes, reconociendo así la depresión como un desafío crítico de salud pública.

En este contexto, la aplicación sistemática del proceso de enfermería demostró ser una herramienta metodológica indispensable y científicamente rigurosa, ayuda al profesional de la salud, a aplicar sus metodologías científicas con un enfoque dinámico considerando la complejidad del ser humano cuidado. Para lo cual, las diferentes etapas del proceso de enfermería; permiten que el profesional conozca al agente de autocuidado mediante una valoración integral, emisión de juicios clínicos centrados en la persona, la planeación específica de intervenciones y acciones de enfermería, y por último la evaluación de cuidado en el agente con depresión para lograr otorgar un cuidado integral y adecuado acorde a las necesidades humanas y su problema de salud.

La aplicabilidad del proceso de enfermería a un agente con depresión permitió conocer la realidad del trastorno depresivo como un problema de salud pública, y como éste puede afectar a una gran diversidad de personas con distintos factores condicionantes.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias del sector público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la realización o publicación de los resultados del presente estudio.

Referencias

- Alfaro-LeFevre, R. (2021). *Applying nursing process: The foundation for clinical reasoning* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- American Psychiatric Association. (2024). *Healthy Minds Monthly Poll*.
<https://www.psychiatry.org/news-room/healthy-minds-monthly-poll>
- Blüher, M. (2019). Obesity: Global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*, 16(5), 288–298. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0333-6>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., Wagner, C. M., & Swanson, E. (2024). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (8th ed.). Elsevier.
- Hernández Becerril, Z., & Nava Galán, M. G. (2012). Proceso de atención de enfermería en pacientes deprimidos. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 153–158.
<https://doi.org/10.51422/ren.v11i3.147>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_Suicidio24.pdf

- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2024). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of health outcomes* (7th ed.). Elsevier.
- NANDA International. (2024). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2024–2026* (13th ed.). Thieme. <https://shop.thieme.com/NANDA-International-Nursing-Diagnoses>
- Naranjo-Hernández, Y., Concepción-Pacheco, J. A., & Rodríguez-Larreynaga, M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89–100. <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2017/gme173i.pdf>
- National Institute of Mental Health. (2024). *Mental illness*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Reina Gutiérrez, E., Endrino González, I., Castillo Carrión, P., Medina García, C., & Domínguez Alcalá, B. (2024). Proceso de atención de enfermería a un paciente de salud mental. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-un-paciente-de-salud-mental/>
- Secretaría de Salud. (2022). *Programa de Acción Específico: Salud Mental y Adicciones 2020–2024*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/salud-mental-y-adicciones>

World Health Organization. (2023). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Hecho en México
Sitio web administrado por:
Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa
Correo electrónico: revista.fem@uas.edu.mx
Revista Científica FEMUAS
Disponible en: <https://revistas.uas.edu.mx/index.php/FEMUAS/index>

