REVISTA INTERSECCIONES CEPROB

VOLUMEN 2 • NÚMERO 1 • JULIO - DICIEMBRE 2025



Grupo Ceprob

REVISTA INTERSECCIONES CEPROB

CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL BUENAVISTA
Revista Intersecciones CEPROB

DIRECTOR GENERAL
Dr. Pedro Benito Pérez Pérez
Centro de Formación Profesional Buenavista

COORDINADOR
Dra. Gisela Méndez Cruz
Centro de Formación Profesional Buenavista

EDITOR ADJUNTO
Dr. Amadeo Hernández Silvano
Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

EDITOR
Dr. Sergio Echeverry Díaz
Universidad Autónoma de Chiapas

CORRECTOR DE ESTILO
Dra. Emma Hilda Ortega Hernández
Centro de Formación Profesional Buenavista

COMITÉ DE REDACCIÓN
Dr. Gerardo Fabio Carbot Chanona
Departamento de Paleontología, Dirección de Gestión, Investigación y Educación Ambiental, Secretaría de Medio Ambiente e Historia Natural

Dra. Rosana Santiago García
Universidad Autónoma de Chiapas

Dr. Apolinar Oliva Velas
Universidad Autónoma de Chiapas

Dra. Rosario Guadalupe Chávez Moguel
Sistema Universitario Azteca

Dra. Nancy Leticia Hernández Reyes
Universidad del País Innova

Dr. Juan Pablo Zebadúa Carbonell
Universidad Autónoma de Chiapas

Dr. Héctor Rolando Chaparro Hurtado
Universidad de los Llanos, Colombia

Dr. David Ismael Gutiérrez Gamboa
Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

DISEÑO EDITORIAL
Lic. Zayetzy Lillian Vázquez Barboza
Centro de Formación Profesional Buenavista

REVISTA INTERSECCIONES CEPROB

REVISTA INTERSECCIONES CEPROB, Año 1, Vol. 2 No.1, julio de 2025 - diciembre de 2025, es una publicación semestral editada por CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL BUENAVISTA y el área de investigación, Calle de la 9 PTE Sur #934 Col. La Lomita, C.P 29000, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. México.

(+52) 961 364 6327 | +52 1 961 243 4385
https://intersecciones.ueb.edu.mx/
interseccionesrevista@gmail.com

Editor responsale | Dra. Gisela Méndez Cruz.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título ante el Instituto Nacional de Derecho de Autor
No. 04-2024-112909540700-102; ISSN “en trámite”.

Responsable de la última actualización de este número, Dra. Gisela Méndez Cruz, responsable del área de investigación, Calle de la 9 PTE Sur #934 Col. La Lomita, C.P 29000, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. México.
Fecha de la última modificación, 10 de diciembre de 2025.
Tamaño del archivo 18,1 MB.

El contenido de los artículos publicados en la REVISTA INTERSECCIONES CEPROB es responsabilidad exclusiva de los autores; su contenido no refleja necesariamente el criterio de la institución.

CONTENIDO

04 AUTORES

Elvira Guadalupe Delgado Cámara
Geovanni Abel Torres Cañedo
Jorge Luis Maldonado Hernandez
Judith Gutiérrez Solís
Sandra Isela Damián Acha
Jaquelin Isabel Bautista Granados
Ivonne Ramírez Arroyo
Maribel Concepción Flores Borges

09 PRESENTACIÓN

11 APRENDIZAJE PRÁCTICO - CLÍNICO DEL ESTUDIANTE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN EL ENTORNO

PRACTICAL-CLINICAL LEARNING OF THE UNDERGRADUATE NURSING STUDENT IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

Geovanni Abel Torres Cañedo

32 APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE REIKI PARA LA MEJORÍA EN EL CUIDADO ENFERMERO

APPLICATION OF REIKI THERAPY FOR THE IMPROVEMENT OF NURSING CARE

Geovanni Abel Torres Cañedo

48 LABOR DOCENTE EN LA FORMACIÓN DE UNA CULTURA AMBIENTAL SOSTENIBLE

TEACHER WORK IN THE FORMATION OF A SUSTAINED ENVIRONMENTAL CULTURE

Jorge Luis Maldonado Hernandez

65 RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE Y DESINFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL: UN ESTUDIO CUANTITATIVO

RISK OF TEENAGE PREGNANCY AND MISINFORMATION ABOUT SEX EDUCATION: A QUANTITATIVE STUDY

Jaquelin Isabel Bautista Granados

77 LA AUSENCIA DEL PADRE, SU AFECCIÓN EN EL ESTADO MENTAL Y EL RIESGO SUICIDA

THE ABSENCE OF THE FATHER, HIS MENTAL ILLNESS AND THE RISK OF SUICIDE

Sandra Isela Damián Acha

87 VIVENCIAS PROFESIONALES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA MIRADA REFLEXIVA

PROFESSIONAL NURSING CARE EXPERIENCES IN THE INTENSIVE CARE UNIT: A REFLECTIVE PERSPECTIVE

Jaquelin Isabel Bautista Granados

99 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL CHALCO

BURNOUT SYNDROME IN THE NURSING STAFF AT CHALCO GENERAL HOSPITAL

Ivonne Ramírez Arroyo

110 APLICACIÓN DE MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ESTUDIANTIL

APPLICATION OF NURSING MODELS AND THEORIES IN STUDENT CLINICAL PRACTICE

Maribel Concepción Flores Borges

AUTORES

LIC. ELVIRA GUADALUPE DELGADO CÁMARA

Elvira Guadalupe Delgado Cámara, es egresada de la licenciatura en enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche, consolidó su expertis mediante dos especialidades obtenidas en la misma universidad: la Especialidad en Administración y Gestión en Enfermería (2008) y la Especialidad en Enfermería Quirúrgica (2010). Su compromiso con la docencia se refleja en la obtención de la Candidatura de la Maestría en Educación por la Universidad de Estudios Buenavista (2025), Diplomados de Docencia en Enfermería, Docencia en Educación Superior, Docencia y Planeación con Enfoque en Competencias, Evaluación de Estrategias Didácticas, Neuropsicología y Aprendizaje. Posee la certificación de Educador certificado por Google Nivel 1. Ha participado en múltiples talleres y cursos de Lengua de Señas Mexicana, abordando niveles básico y avanzado. Desde el 2008 a la fecha cuenta con el certificado de calidad y reconocimiento de idoneidad por parte de la Federación Mexicana de Colegios de Enfermería. En el periodo del 2018 al 2023 recibe la comisión como Coordinadora de Practicas Clínicas de la licenciatura en enfermería de la misma Facultad. Ha contribuido activamente en procesos institucionales, incluyendo la Reacreditación del Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería.

Actualmente se desempeña en la Universidad Autónoma de Campeche, específicamente en la Facultad de Enfermería, como docente de tiempo completo.

LIC. GEOVANNI ABEL TORRES CAÑEDO

Es docente de enfermería a nivel licenciatura, comprometido con la formación integral de profesionales de la salud. Obtuvo el título de licenciatura en enfermería en 2022 y actualmente cursa la Maestría en Docencia en Enfermería, fortaleciendo así su preparación académica y su capacidad para innovar en el ámbito educativo.

Se distingue por su carácter intelectual, su capacidad elocuente para comunicar ideas complejas y por una presencia profesional interesante que motiva a sus estudiantes a explorar el conocimiento desde una perspectiva crítica y reflexiva. Su misión se centra en desarrollar y aplicar metodologías novedosas dentro del campo de la docencia, orientadas a mejorar la comprensión del cuidado de enfermería en contextos contemporáneos.

Entre sus valores destacan la honestidad, el respeto, la resiliencia y la empatía, cualidades que se reflejan tanto en su labor docente como en su interacción con la comunidad académica. Sus intereses profesionales se enfocan en potenciar al máximo sus habilidades para generar conocimiento nuevo, útil y aplicable en los procesos de enseñanza-aprendizaje, promoviendo así una educación en enfermería más dinámica, pertinente y humana.

LIC. JORGE LUIS MALDONADO HERNANDEZ

Es Ingeniero Bioquímico y docente del Colegio de Bachilleres de Tabasco, adscrito al EMSaD 39, con amplia experiencia en la enseñanza en el nivel medio superior. Su labor se ha centrado en el fortalecimiento del pensamiento crítico, la formación integral del estudiantado y la promoción de valores que favorecen una convivencia basada en el respeto y la responsabilidad social. Posee formación en el campo con una sólida trayectoria en la enseñanza de las Matemáticas y las Ciencias Naturales en el nivel medio superior de la educación y actualmente cursa una Maestría en Estrategia Didáctica, orientada al diseño de metodologías innovadoras que promuevan el aprendizaje significativo y el desarrollo de competencias para la vida.

Su quehacer docente se caracteriza por integrar el enfoque humanista, la educación en valores y la perspectiva, contribuyendo así al cumplimiento de los propósitos del Marco Curricular Común de la Educación Media Superior. Ha participado en los programas de formación docente y restructuración de la UAC de Educación para la salud I y III, Educación integral en sexualidad y genero III y la UAC Espacio y sociedad, contribuyendo a la actualización de contenido conforme al Marco Curricular Común de la Educación Media Superior.

LIC. JUDITH GUTIÉRREZ SOLÍS

Es Licenciada en Administraci6n Pública y Privada trabaja en la clínica de Especialidades N 2 Que emana, de Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal, hoy fusionada con IMSS del bienestar, con una antigüedad 35 años de servicio, ha realizado diversas actividades a lo largo de mi carrera Profesional. Fue pionera del Programa del Segura Popular, Red Ángel el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos gratuitos, así también del Programa del Adulto Mayor y el Sinos Sistema Nominal de Salud.

Ha contribuido en diversas actividades en áreas como Archivo Clínico, Farmacia Trabajo Social y apoyo en Servicios Médicos y paramédicos, vacunación universal y la Gestora de Calidad.

Al día de hoy es asesor, afianzando dos áreas la Dirección y el área de Epidemiologia, llevando a cabo pláticas con temas de prevención médica, todo esto derivo en la inquietud de investigar, apoyar en la Adolescencia y atreves de estas platicas informativas con un estudio descriptive, realizar encuestas a esta población desinformada, y muchas veces por falta de madurez se comprometen a temprana, edad, teniendo como resultado Embarazo precoz.

LIC. SANDRA ISELA DAMIÀN ACHA

Profesional en Trabajo Social y Psicología con una sólida formación académica y una amplia trayectoria en el ámbito de la salud, la educación y el trabajo social. Maestría en Psicología Educativa con enfoque psicoanalítico y actualmente curso una Maestría en Administración de Instituciones Y Servicios de Salud.

Diplomado en Psicometría Laboral, Psicoterapia Gestalt, y certificaciones como instructora en capacitación por el IMSS. También he realizado diversos cursos enfocados en desarrollo humano, salud mental, habilidades de comunicación, trabajo en equipo, negociación, manejo del estrés e inteligencia emocional.

Reconocimientos y Logros En octubre de 2024, obtuve el segundo lugar Nacional en un proyecto de investigación del IMSS, con el tema “calidad de vida en pacientes con enfermedad renal” Experiencia Docente y Liderazgo.

Con más de 15 años de experiencia en docencia, he colaborado en instituciones como la Universidad Vizcaya de las Américas, el Instituto Santiago Tapia y actualmente en UNICPES Morelia. También formo parte del cuerpo docente del curso postécnico en Gerencia de Enfermería del IMSS. Directora de secundaria y preparatoria en el Instituto Mahatma. Directora en una clínica especializada en adicciones.

LIC. JAQUELIN ISABEL BAUTISTA GRANADOS

Enfermera Especialista en el Adulto en Estado Crítico por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), avalado por la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (FENO-UNAM).

Licenciada en Enfermería por la misma institución. Posee un Diplomado en Diseño y Redacción de Artículos para Publicación y actualmente cursa la Maestría en Educación para Enfermería en la Universidad de Estudios Buenavista, con el objetivo de fortalecer sus competencias académicas y contribuir a la formación de profesionales de enfermería con visión científica y humanista.

Cuenta además con un Diplomado en Enfermería Crítica Cardiovascular por la Universidad CEEUS y certificaciones pre hospitalarias PHTLS, ACLS y BLS, todas vigentes, que respaldan su actualización en la atención de urgencias y pacientes críticos.

Se desempeña como enfermera especialista en el Hospital General Ajusco Medio, con experiencia en las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencias y Medicina Interna. En el ámbito docente, colabora en la Extensión Universitaria de la FENO-UNAM, donde participa en diplomados, cursos-taller e instrucción clínica orientados al fortalecimiento del cuidado ético, seguro y basado en evidencia.

LIC. IVONNE RAMÍREZ ARROYO

Licenciada en enfermería por la universidad Autónoma del Estado de México periodo correspondido del 2014 al 2019, su formación también la llevo a cursar la carrera técnica en enfermería por el colegio Nacional De Educación Profesional Técnica en el periodo del 2010 al 2014.

Profesionista entregada, amante de su profesión (enfermería), le gusta seguir aprendiendo y ayudar a los colegas que siguen en formación.

Actualmente labora en el Hospital General Chalco a partir de mayo del 2020, es una unidad de segundo nivel por lo que se cuenta con diferentes tipos de usuarios.

Las principales actividades que realiza son administrativas, docentes, investigación y operativas.

Actualmente cursa la maestría en Evaluación de Estadísticas en Salud Pública en la Universidad de Estudios Buenavista.

LIC. MARIBEL CONCEPCIÓN FLORES BORGES

Egresada de la Primera Generación de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche (UACAM), contando con una formación complementaria en el Primer Nivel de Atención.

Desde el año 2000 hasta la actualidad, ha ejercido como Docente de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de la UACAM, acumulando 25 años de experiencia en la enseñanza. Su compromiso con la docencia se evidencia en diversas actividades: Participación en los Cursos de Inducción para estudiantes de nuevo ingreso, Actuación como Sinodal en Exámenes Profesionales para la obtención del título de Licenciado en Enfermería, Elaboración del Manual de Reglamento de Prácticas Clínicas y Comunitarias, Impartición de cursos sobre el Uso y manejo de Classroom, Certificación como Educadora Certificada por Google Nivel 1, Capacitación continua en Taller y Curso de Lengua de Señas Mexicana (básico y avanzado), así como en diplomados enfocados en docencia e Inteligencia Artificial. Durante el periodo 2020 - 2023, se desempeñó como Presidente de la Academia de Ciencias de Enfermería. Ha contribuido activamente en procesos institucionales, incluyendo la Certificación y Reacreditación del Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería. Actualmente, cursando la Maestría en Docencia en Enfermería en la Universidad de Estudios Buenavista.

PRESENTACIÓN

Interpretar los resultados para obtener un conocimiento más profundo o proponer soluciones diferentes, es una de las vertientes que nos permiten presentar el segundo volumen de nuestra REVISTA INTERSECCIONES CEPROB con supremo entusiasmo.

El camino iniciado con nuestro primer volumen fue el parteaguas para este arduo camino de investigación y contribución social, recibiendo una recepción muy positiva y valiosos comentarios que reafirman la pertinencia de este espacio para el diálogo y la difusión del conocimiento en áreas de Ciencias Sociales, Humanísticas y de Salud.

Este segundo volumen busca consolidar los objetivos que nos propusimos desde el inicio: ofrecer una plataforma rigurosa que busca ampliar las posibilidades de publicación de investigadores y estudiantes de diferentes áreas del conocimiento, logrando con ello un mayor campo que abarque múltiples áreas y realidades.

En esta ocasión, los trabajos que componen este número abordan diversas áreas, como es el caso de Elvira Guadalupe Delgado Cámara, que con su artículo busca indagar si el aprendizaje clínico en el entorno hospitalario es competente para los estudiantes de la licenciatura en enfermería.

Geovanni Abel Torres Cañedo nos presenta los resultados de la aplicación de la terapia de Reiki para la mejoría en el cuidado enfermero, la propuesta se fundamenta en la teoría del ser humano unitario de Martha Rogers, que concibe a la persona como un campo de energía en constante interacción con su entorno.

La labor docente en la formación de una cultura ambiental sostenida es esencial para promover la conciencia ecológica y el compromiso con prácticas responsables en la sociedad, es el tema abordado por Jorge Luis Maldonado Hernández.

Judith Gutiérrez Solís sugiere que una educación sexual integral y oportuna puede contribuir significativamente a la toma de decisiones responsables en esta etapa de la vida tan vulnerable como lo es la adolescencia. En torno a este tema se realizó una investigación que dio como resultado el artículo titulado "Riesgo de embarazo adolescente y desinformación sobre educación sexual: un estudio cuantitativo".

La presencia de los padres en el desarrollo de los hijos es un tema, que hoy en día impacta a diario los diversos escenarios de la sociedad, Sandra Isela Damián Acha con el presente artículo tiene como objetivo mostrar cómo la ausencia paterna en la infancia puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de habilidades de afrontamiento emocional en la vida adulta.

La práctica diaria de cada profesión presenta diferentes retos y vicisitudes en su día a día, Jaquelin Isabel Bautista Granados nos presenta su artículo Vivencias profesionales del cuidado de enfermería en una unidad de cuidados intensivos: una mirada reflexiva.

Hoy en día vivimos en un mondo vertiginoso y caótico, lo cual nos lleva en muchas ocasiones al límite de nuestras capacidades y competencias, Ivonne Ramírez Arroyo aborda en su artículo "Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital General Chalco" el principal factor generador de estrés laboral en el personal de enfermería Dado el creciente reconocimiento de las implicaciones del estrés laboral en el ámbito sanitario.

Maribel Concepción Flores Borges en su artículo "Aplicación de modelos y teorías de enfermería en la práctica clínica estudiantil" tiene como propósito analizar la aplicación de los modelos y teorías de enfermería por parte de estudiantes de licenciatura durante su práctica clínica con pacientes que presentan diversas patologías.

Los ocho trabajos presentados provienen de diversos autores, ubicados en diferentes puntos de la república mexicana, lo que enriquece la perspectiva global de los temas tratados. Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a los autores por la calidad de sus contribuciones y a los revisores por pares por su dedicación y rigor en el proceso de dictaminación, garantizando la excelencia de cada artículo. Su labor es fundamental para mantener el estándar académico de nuestra publicación. Invitamos a sumergirse en las páginas de este volumen, esperando que los artículos aquí presentados inspiren nuevas preguntas, reflexiones y, sobre todo, contribuyan al avance de nuestra disciplina.

APRENDIZAJE PRÁCTIVO-CLÍNICO DEL ESTUDIANTE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.

PRACTICAL-CLINICAL LEARNING OF THE UNDERGRADUATE NURSING STUDENT IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT.

Elvira Guadalupe Delgado Cámara[1]

[1]Elvira Guadalupe Delgado Cámara, Universidad Autónoma de Campeche. Facultad de Enfermería, campus III Avenida Patricio Trueba de Regil s/n Colonia Lindavista CP.24090. San Francisco de Campeche, Cam., México. egdelgad@uacam.mx

Resumen

El presente articulo tiene como objetivo mostrar los resultados de una investigación de tipo cuantitativo, fenomenológico y descriptivo, sobre la percepción de los alumnos del octavo semestre de la licenciatura en enfermería, ofertada por la Universidad Autónoma de Campeche (UACAM), acerca de su trayectoria académica en la práctica clínica del entorno hospitalario, con la finalidad de reflexionar sobre su aprendizaje práctico clínico. Con un enfoque cuantitativo, basado en un cuestionario en línea con diseño descriptivo y de alcance exploratorio, aplicado a 29 alumnos próximos a egresar. De acuerdo con los resultados obtenidos, es necesario realizar una práctica reflexiva sobre el aprendizaje practico-clínico en el entorno hospitalario obtenido durante sus seis semestres, para que los futuros profesionales en la licenciatura en enfermería logren un aprendizaje clínico integral y de calidad a lo largo de su trayectoria académica en las instituciones de salud.

Palabras clave: Enfermería; campo clínico; aprendizaje clínico.

Abstract

This article presents the results of a quantitative, phenomenological, and descriptive study on the perceptions of eighth-semester students of the Bachelor's Degree in Nursing, offered by the Autonomous University of Campeche (UACAM), regarding their academic trajectory in clinical practice in the hospital setting. The objective of this study is to reflect on their practical clinical learning. The study used a quantitative approach, based on an online questionnaire with a descriptive design and exploratory scope, and was administered to 29 students close to graduation. Based on the results obtained, it is necessary to conduct a reflective study on the practical clinical learning in the hospital setting obtained during the six semesters, so that future professionals in the Bachelor's Degree in Nursing achieve comprehensive and quality clinical learning throughout their academic career in healthcare institutions.

Keywords: Nursing; clinical field; clinical learning.

Introducción

La formación práctico-clínica es de vital importancia en la formación académica en la licenciatura en enfermería, ya que ofrece la posibilidad de adquirir y aplicar conocimientos acordes a la disciplina, desarrollar habilidades y destrezas, aprender y cambiar actitudes, adquirir las competencias necesarias para su futura profesión.

La enseñanza se concibe como la tarea más peculiar de la institución educativa, cuyas funciones deben estructurarse en torno a dos funciones (Pérez-Gómez,1992). El acto de enseñar no es responsabilidad totalmente del docente clínico universitario, sino que involucra al personal operativo o asistencial de las instituciones de salud que sirven como sedes para realizar dichas prácticas clínicas. La enseñanza clínica es el momento donde se tiene contacto con el mundo real y los diferentes ambientes que se generan para la construcción de nuevos hábitos profesionales, el desarrollo de la empatía con la disciplina y hasta el gusto de ser enfermero.

Se busca indagar si el aprendizaje clínico en el entorno hospitalario es competente para los estudiantes de la licenciatura en enfermería, es por ello por lo que en este artículo se plantea el objetivo de conocer, desde un estudio descriptivo exploratorio, la percepción sobre el aprendizaje práctico-clínico de los estudiantes del octavo semestre de la licenciatura en enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche (UACAM), con la finalidad de visualizar o reflexionar sobre su experiencia adquirida en el entorno hospitalario.

La práctica en enfermería se preocupa por las necesidades del cuidado a la salud del individuo o comunidad, pero también de las necesidades del conocimiento, habilidad, destrezas, logros y actualizaciones de la propia disciplina para los futuros profesionales (Morán-Peña, 2007) es por ello por lo que se debe conocer los elementos que puedan intervenir para el aprendizaje practico-clínico del estudiante en formación y así llegar al objetivo.

El aprendizaje práctico-clínico es el momento donde se tiene contacto con el mundo real y los diferentes ambientes que se generan para la construcción de nuevos hábitos profesionales, el desarrollo de la empatía con la disciplina y hasta el gusto de ser profesional de enfermería. Cuando estamos dentro de las prácticas clínicas de primer y segundo nivel de atención, muchas veces observamos que el personal de enfermería no incluye al estudiante dentro de las actividades con el paciente o multidisciplinarias, debido a la carga de trabajo y en algunas ocasiones podríamos pensar que no tiene afinidad por la docencia o que simplemente no le gusta tener estudiantes de pregrado en enfermería. Si bien la iniciativa del estudiante de pregrado en enfermería es fundamental para poder abrirse oportunidades de aprendizaje practico-clínico, en ocasiones no es de mucha ayuda para el personal de enfermería operativo.

En la licenciatura en enfermería, la enseñanza es teórico-práctica; el estudiante debe aprender las bases fundamentales que sustentan su quehacer, e involucra una serie de valores, que traen consigo desde su hogar, con principios éticos para el cumplimiento de sus tareas durante su trayectoria académica Muñoz *et al.* (2018, p.103).

La enseñanza práctico-clínica no es solo responsabilidad total del docente clínico, sino una responsabilidad compartida con el personal de enfermería operativo o asistencial de la institución de salud donde se realizan las prácticas clínicas; es un deber profesional de enfermería desempeñar la función de docencia de los cuatros (asistencial, administrativa, investigación y docencia) correspondientes a la disciplina Kozier *et al.* (2018); no solo con los pacientes, familiares, sino también con los estudiantes de pre grado de enfermería para transmitir sus conocimientos y sobre todo sus experiencias laborales en torno a la profesión.

Metodología

Esta investigación es de corte cuantitativo. El estudio de los fenómenos humanos y sus relaciones con el entorno a través de una gran red de relaciones sociales presenta un alto grado de complejidad.

De acuerdo con Hernández-Sampieri *et al.* (2014), la investigación de corte cuantitativo se caracteriza por ser secuencial y probatoria, buscando medir y estimar magnitudes de los fenómenos. Para abordar la complejidad de los fenómenos humanos y sus relaciones en redes sociales, el enfoque cuantitativo delimita el problema de estudio, establece hipótesis y define variables que pueden ser medidas. Los datos se recolectan mediante procedimientos estandarizados y se analizan con métodos estadísticos. Este proceso permite establecer patrones de comportamiento, probar teorías y, a través del control y la minimización del error, interpretar los resultados a la luz de las predicciones iniciales y los estudios previos, buscando una explicación objetiva de cómo los hallazgos encajan en el conocimiento existente.

Es importante considerar y definir la metodología de la investigación, para conocer la percepción del estudiante durante su aprendizaje práctico-clínico hospitalario, así como su enfoque y los instrumentos. El paradigma cuantitativo, respecto a la percepción del alumnado, permitirá entender la interacción de los actores involucrados (profesional de enfermería, docente clínico y estudiantes) respecto a se adquirió el aprendizaje suficiente. El estudio es mayormente cuantitativo, ya que permitirá considerar datos cuantificables y el análisis de estos, es decir estará sujeto a las descripciones observables desde las realidades propias de los estudiantes en su entorno hospitalario durante su aprendizaje adquirido.

Para esta investigación, se invitó a los estudiantes del octavo semestre de la licenciatura en enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche (UACAM). La selección de los 40 estudiantes se realiza con base en criterios específicos de inclusión (haber cursado seis semestres, no haber recursado clínicas, estar en octavo semestre) y exclusión/eliminación (estar en otros semestres, haber recursado alguna clínica, sobrepasar el número de semestres, no dar consentimiento informado). Esto indica que los casos son elegidos intencionalmente para cumplir con un propósito específico del estudio, no de forma aleatoria.

En este tipo de muestreo, la selección de los estudiantes se realiza por uno o varios propósitos, y no se pretende que los casos sean estadísticamente representativos de una población más amplia, sino que se eligen cuidadosamente para abordar las características específicas del problema de investigación. Las muestras no probabilísticas son comunes en estudios donde la representatividad estadística no es el objetivo principal, sino la obtención de información de casos con características particulares. El método descrito se alinea con la conveniencia y el juicio del investigador para seleccionar a los participantes que mejor se ajustan a los requisitos de la investigación (Hernández-Sampieri *et al.*, 2014). Por ello, los estudiantes nos permitirán conocer las percepciones sobre el aprendizaje obtenido en la práctica hospitalaria.

La invitación para responder el cuestionario se realizó por medio de Google Forms a 29 estudiantes de la licenciatura de enfermería del octavo semestre, siendo mis alumnos asignados a la Fase 2 ciclo escolar 2024-2025; de los otros 31 estudiantes no se obtuvo respuesta para contestar el formulario Google en el tiempo determinado para resolverlo.

El cuestionario fue elaborado usando la herramienta Google Forms, se administró con previo consentimiento de los participantes, usando el correo institucional de los estudiantes, en el cual se especificaba el nombre y el objetivo de la investigación, garantizando el anonimato. La recogida de datos se llevó a cabo del 23 de junio al 4 de julio 2025, por medio de un cuestionario con variables relacionadas con el aprendizaje práctico-clínico adquirido durante la formación académica: datos generales, percepción general del aprendizaje práctico-clínico, aspectos específicos del aprendizaje práctico-clínico, relación con docentes clínicos y profesionales de enfermería, sugerencias y recomendaciones para la mejora continua del aprendizaje práctico-clínico, se utilizaron cinco preguntas abiertas.

Tabla 1. *Guía de preguntas para entrevistas sobre la percepción del aprendizaje práctico-clínico en estudiantes de enfermería*

TEMA	ÍTEM
Datos generales del entrevista	¿Cuál es tu nombre completo?
	¿Cuál es tu edad?
	¿En qué semestre de la licenciatura en enfermería te encuentras?
	¿Has tenido experiencia previa en entornos clínicos antes de la licenciatura?
Percepción general del aprendizaje práctico-clínico en el entorno hospitalario:	¿Cómo describiría su experiencia en el aprendizaje práctico-clínico durante su trayectoria académica en el hospital?
	¿Qué tan importante considera que es el aprendizaje práctico-clínico para su formación como licenciado en enfermería?
	¿Sintió que estuvo recibiendo suficiente práctica clínica para adquirir las habilidades necesarias?
	¿Qué tan satisfecho/a estuvo con el ambiente en el que se desarrolla tu práctica clínica en el entorno hospitalario?
	¿Cómo describiría el ambiente de aprendizaje práctico-clínico en el entorno clínico?
Aspectos específicos del aprendizaje práctico-clínico	¿Qué tipo de actividades prácticas clínicas realizo con mayor frecuencia en el hospital?
	¿Qué tan bien preparado/a estuvo para realizar todas las actividades clínicas en el hospital?
	¿Ha tenido alguna experiencia negativa o difícil durante sus prácticas clínicas? Si es así, ¿puede describirla?
	¿Qué tipo de retroalimentación recibió de su docente clínico y profesionales de enfermería durante sus prácticas?
	¿Considera que la retroalimentación recibida fue útil y oportuna?
Relación con el docente clínico y profesional de enfermería	¿Cómo describiría su relación con los docentes clínicos que le supervisaron durante las prácticas clínicas?
	¿Cómo describiría su relación con los profesionales de enfermería que le supervisaron durante las prácticas clínicas?
	¿Siente que recibió el apoyo necesario de sus docentes clínicos y profesionales de enfermería?
	¿Considera que sus docentes clínicos y profesionales de enfermería son modelos que seguir en su desarrollo profesional?
Sugerencias y recomendaciones:	¿Qué sugerencias podría dar para mejorar la calidad del aprendizaje práctico-clínico en la licenciatura de enfermería?
	¿Hay algo más que le gustaría agregar sobre su experiencia en el aprendizaje práctico-clínico?
	¿Considera que es importante implementar nuevas estrategias para mejorar la práctica clínica? ¿Cuáles?

Fuente. Elaboración propia, 2025.

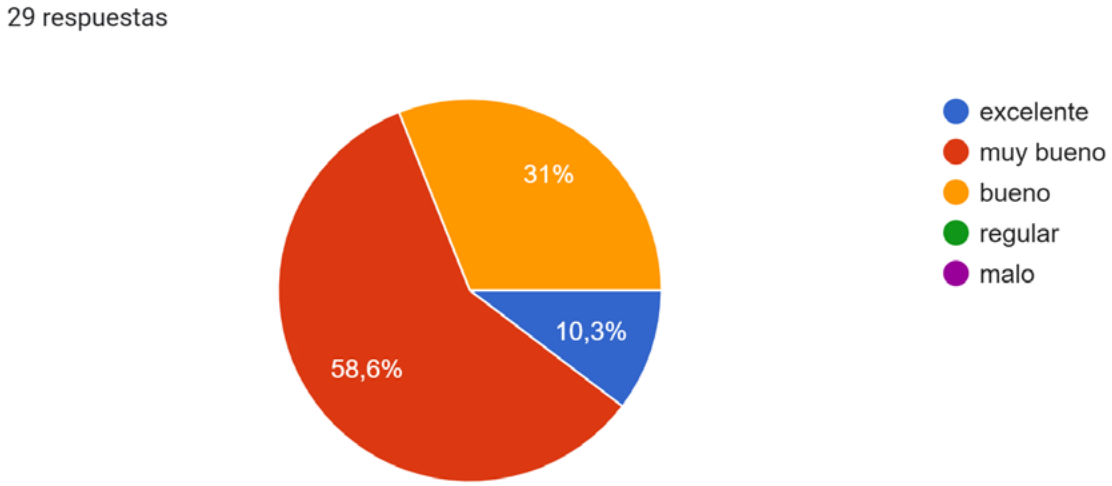
Resultados y discusión

Del total de los 29 estudiantes encuestados, 19 fueron mujeres y 10 hombres; la edad media fue de 24 años. Del análisis de los cuestionarios Google Forms se obtuvo lo siguiente.

Percepción general del aprendizaje práctico clínico en el entorno hospitalario

Del total de la muestra, tan solo el 58.6% refirió que su experiencia durante su trayectoria académica con base a su aprendizaje práctico-clínico en el hospital es muy buena, el 31% refirió que es buena y tan solo el 10.3 % que es excelente.

Figura 1. *¿Cómo describiría su experiencia en el aprendizaje práctico-clínico durante su trayectoria académica en el hospital?*

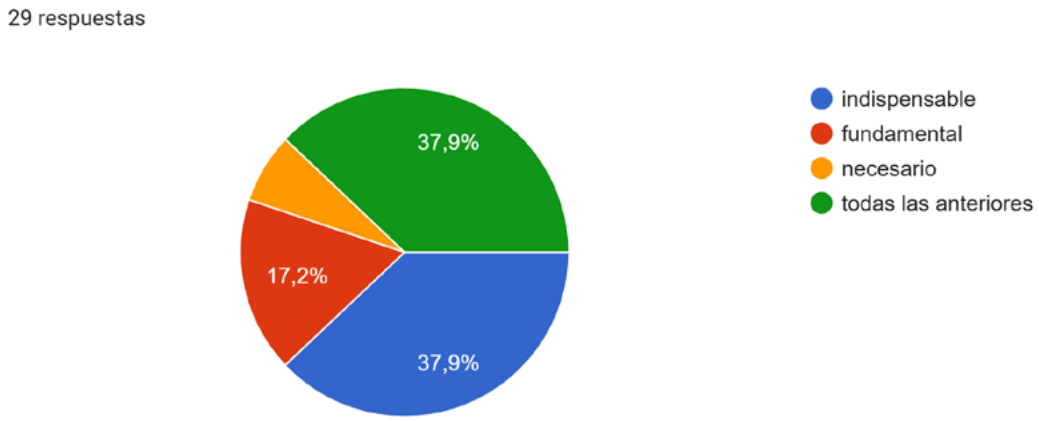


Fuente. Elaboración propia, 2025.

Esta gráfica revela un panorama generalmente positivo del aprendizaje práctico-clínico, donde la mayoría de los estudiantes se sienten competentes. Sin embargo, también subraya el desafío de alcanzar la excelencia en la formación de enfermería, resalta la necesidad de implementar estrategias que permitan a un mayor número de ellos trascender lo "satisfactorio" y alcanzar la excelencia en su formación.

Asimismo, un 37.9% de los participantes considera indispensable el aprendizaje práctico-clínico para su formación, pero también un 37.9% consideró que es indispensable, fundamental y necesario, mientras tan solo el 17.2% manifestó que era fundamental y el 6.9% refirió que es necesario.

Figura 2. *¿Qué tan importante considera que es el aprendizaje práctico-clínico para su formación como licenciado en enfermería?*

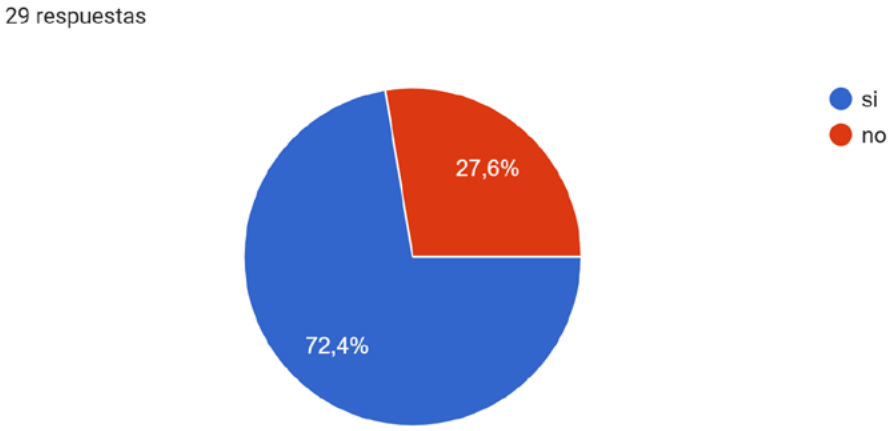


Fuente. Elaboración propia, 2025.

Esta gráfica revela que la mayoría de los estudiantes perciben la formación en enfermería como algo de gran relevancia y utilidad. La alta proporción que considera "todas las anteriores" subraya la visión integral y crítica de la importancia de su educación. Esto es crucial, ya que una fuerte convicción en la relevancia de la licenciatura puede impactar positivamente el compromiso y el desempeño académico.

Cuando se les preguntó a los participantes que si habían sido suficientes las habilidades necesarias durante su práctica clínica el 72.4% comento que sí el 27.6% que no.

Figura 3. *¿Sintió que estuvo recibiendo suficiente práctica clínica para adquirir las habilidades necesarias?*

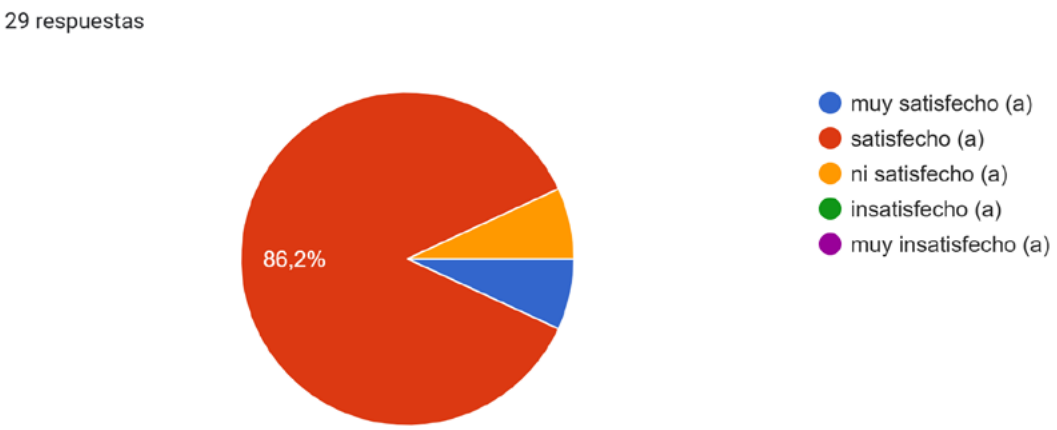


Fuente. Elaboración propia, 2025.

Una mayoría significativa de estudiantes percibe oportunidades, lo cual es alentador para la motivación y la retención. Sin embargo, casi un tercio de los estudiantes no las percibe, lo que podría indicar la necesidad de fortalecer la información sobre el mercado laboral, las opciones de especialización o las vías de desarrollo profesional para los futuros enfermeros. Identificar las razones detrás de la percepción negativa de este grupo podría ser clave para el apoyo estudiantil.

El 86.2% de los participantes se siente satisfecho del ambiente hospitalario donde se desarrolló su aprendizaje clínico, mientras que un 6.9% refirió estar muy satisfecho y un 6.9% no estar satisfecho.

Figura 4. *¿Qué tan satisfecho/a estuvo con el ambiente en el que se desarrolla tu práctica clínica en el entorno hospitalario?*

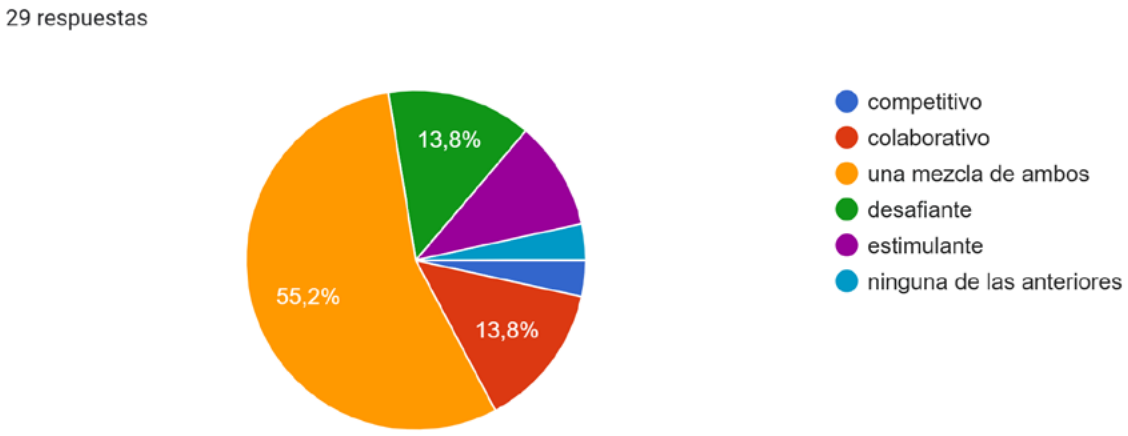


Fuente. Elaboración propia, 2025.

Este alto nivel de satisfacción sugiere un ambiente favorable o una percepción positiva generalizada entre los estudiantes. Para futuras mejoras, sería valioso identificar los factores específicos que contribuyen a esta satisfacción y también explorar las razones de la minoría no satisfecha para abordar posibles áreas de mejora.

Del total de la muestra, el 55.2% describe el entorno hospitalario como una mezcla entre competitivo y colaborativo, mientras que el 13.8% describe que es algo desafiante pero también colaborativo, un 10.3% lo describe estimulante y el 3.4% competitivo.

Figura 5. *¿Cómo describiría el ambiente de aprendizaje práctico-clínico en el entorno clínico?*



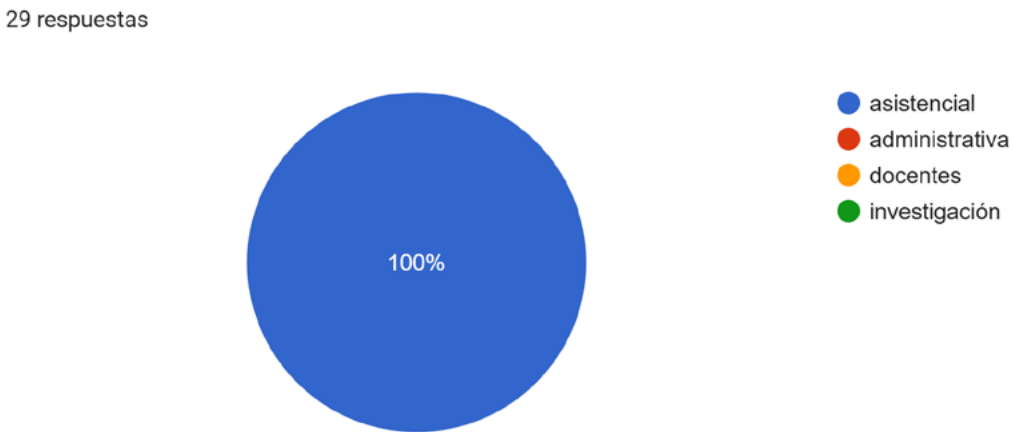
Fuente. Elaboración propia, 2025.

La predominancia de la percepción de "una mezcla de ambos" es realista y puede ser beneficiosa, ya que fomenta tanto la superación individual como el trabajo en equipo, habilidades esenciales en enfermería. La presencia de "desafiante" también es positiva, ya que un cierto nivel de desafío es necesario para el crecimiento. Es importante asegurar que la competitividad no sea excesiva y que se promueva la colaboración, dado el carácter fundamentalmente colaborativo de la profesión de enfermería.

Aspectos específicos del aprendizaje práctico-clínico

El total de la muestra, es decir el 100%, expresó que de las cuatro actividades que le competen al profesional de enfermería o en su caso a los estudiantes fueron realizadas, preferentemente el rol asistencial.

Figura 6. *¿Qué tipo de actividades prácticas clínicas realizo con mayor frecuencia en el hospital?*

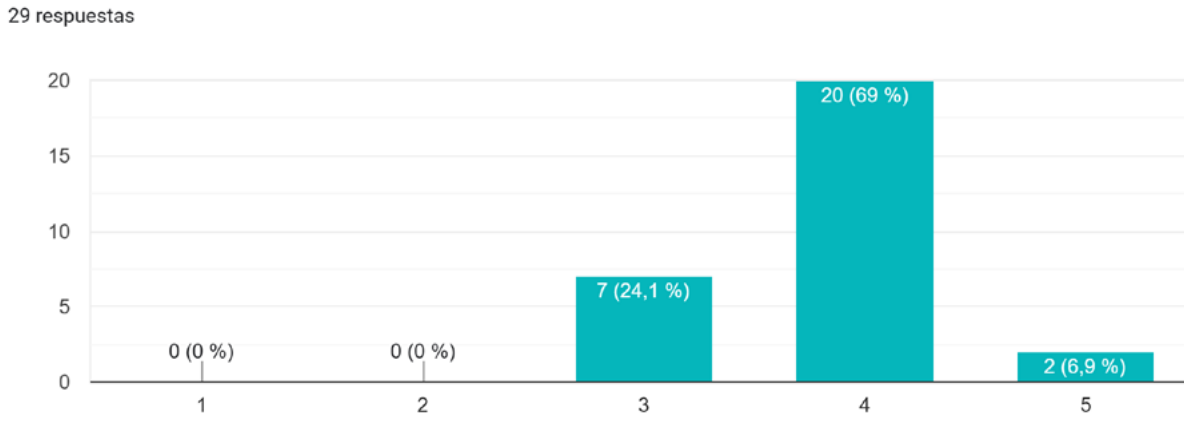


Fuente. Elaboración propia, 2025.

Este dato es sumamente relevante, pues refleja que la totalidad de los estudiantes de enfermería entrevistados realizaron sus prácticas clínicas en el hospital de manera asistencial, ya que es uno de los objetivos principales de los ciclos clínicos semestrales, siendo esto es fundamental para la esencia de la profesión. Sin embargo, esto nos sugiere dar un enfoque integral para los otros tres roles de la disciplina (administración, docencia, investigación), las cuales son cruciales para el avance y la mejora de la profesión a largo plazo. Sería beneficioso, en el plan de estudios o mediante actividades extracurriculares, exponer a los estudiantes a la diversidad de roles que un enfermero puede desempeñar.

Con respecto a qué tan preparados se sentían para realizar todas las actividades clínicas en el ambiente hospitalario, un 6.9% expresó excelente, mientras el 69% expresó estar muy bien y tan solo un 24.1% estar bien preparado para realizar dichas actividades.

Figura 7. *¿Qué tan bien preparado/a estuvo para realizar todas las actividades clínicas en el hospital?*

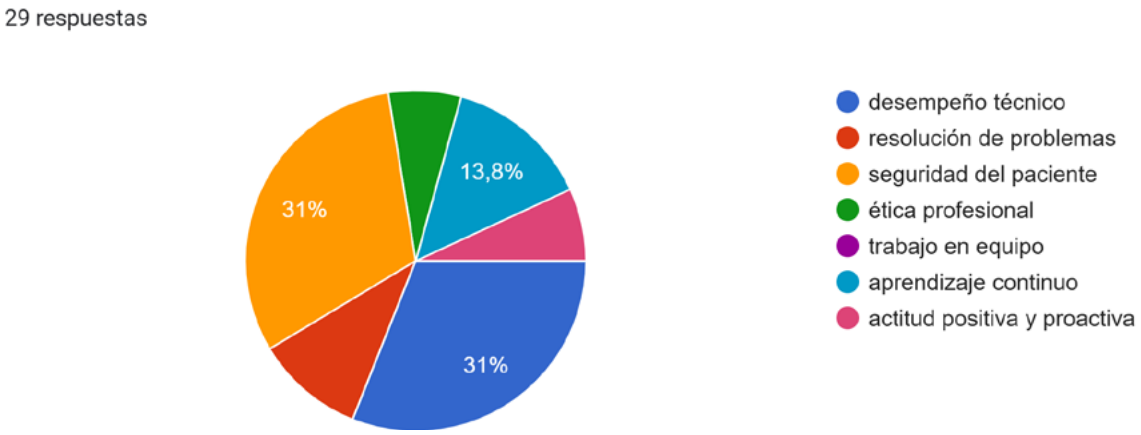


Fuente. Elaboración propia, 2025.

Los datos indican un nivel de satisfacción general muy alto con el aprendizaje práctico. La gran mayoría se ubica en 4 y 5, lo que sugiere que las experiencias prácticas están siendo muy valoradas y son percibidas como efectivas. Los estudiantes se sienten bien preparados y satisfechos con lo que aprenden en la práctica. Es esencial mantener esta calidad en las prácticas y buscar formas de llevar a los que se califican con 3 a un nivel de mayor satisfacción.

Un 31% de la muestra manifestó haber recibido retroalimentación con respecto a su desempeño técnico, pero de igual forma otro 31% fue de seguridad del paciente, mientras 13.8% fue relacionado a su aprendizaje continuo, el 10.3% sobre resolución de problemas y dos partes iguales con porcentajes de 6.9% fue sobre ética profesional y su actitud positiva y proactiva.

Figura 8. *¿Qué tipo de retroalimentación recibió de su docente clínico y profesionales de enfermería durante sus prácticas?*



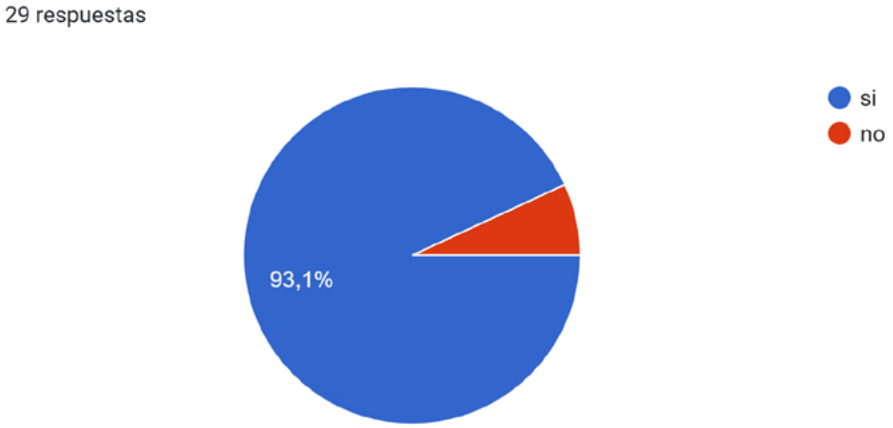
Fuente. Elaboración propia, 2025.

Es muy positivo que el "desempeño técnico" y la "seguridad del paciente" sean las competencias más valoradas. Esto refleja una comprensión clara de la esencia de la práctica de enfermería, donde la habilidad clínica y la protección del paciente son primordiales. La importancia de la "resolución de problemas" también es fundamental en el ámbito de la salud.

Las competencias de "ética profesional" y "aprendizaje continuo" son pilares para una práctica de enfermería responsable y actualizada. Las competencias menos valoradas, como "trabajo en equipo" y "actitud positiva y proactiva", aunque importantes, podrían ser áreas a reforzar en la formación, ya que son cruciales para el ambiente laboral y la interacción con colegas y pacientes

Además, el 93.1% de los participantes consideró que dicha retroalimentación fue útil y oportuna, mientras el 6.9% consideró que no lo fue.

Figura 9. *¿Qué tipo de retroalimentación recibió de su docente clínico y profesionales de enfermería durante sus prácticas?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

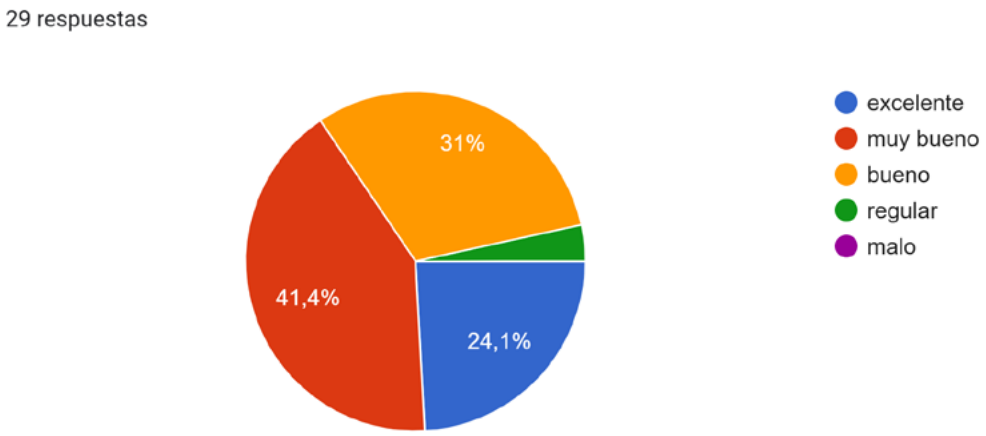
Este resultado es altamente positivo y demuestra una gran fortaleza en el proceso de retroalimentación dentro de los ciclos clínicos de la licenciatura en enfermería. Una abrumadora mayoría de los estudiantes percibe que la información que reciben sobre su desempeño es no solo valiosa (“útil”), sino que también se entrega en el momento adecuado para que puedan aplicarla y mejorar (“oportuna”).

Los participantes describieron que el 41.4% de la relación con sus docentes clínicos fue muy bueno, el 31% fue bueno, el 24.1% fue excelente y tan solo el 3.4% fue regular.

Relación con el docente clínico y el profesional de enfermería

La suma de “excelente”, “muy bueno” y “bueno” demuestra una percepción muy favorable del plan de estudios. Esto sugiere que el diseño curricular es adecuado y que los contenidos y la secuencia de aprendizaje son bien recibidos por los estudiantes. Es fundamental seguir revisando y actualizando el plan de estudios para asegurar su relevancia y alineación con las demandas del sector salud.

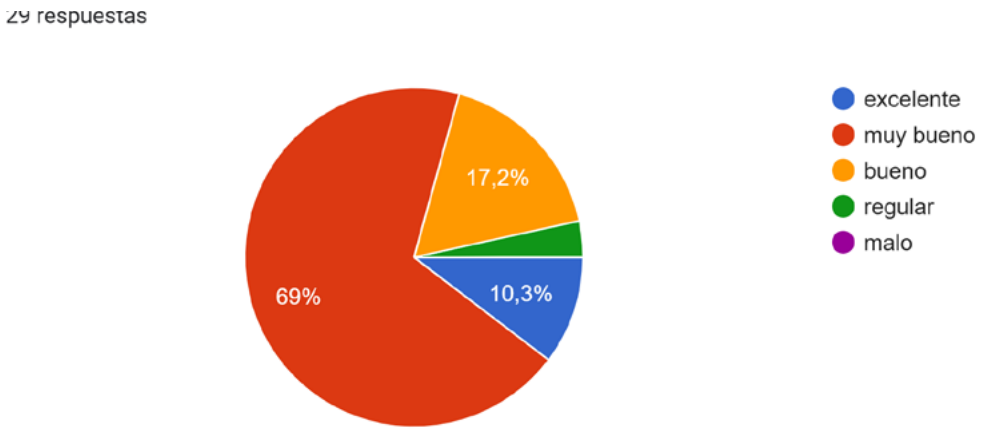
Figura 10. *¿Cómo describiría su relación con los docentes clínicos que le supervisaron durante las prácticas clínicas?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

Los participantes describieron que el 69% de la relación con los profesionales de enfermería fue muy bueno, el 17.2% fue bueno, el 10.3 % fue excelente y tan solo el 3.4% fue regular.

Figura 11. *¿Cómo describiría su relación con los profesionales de enfermería que le supervisaron durante las prácticas clínicas?*

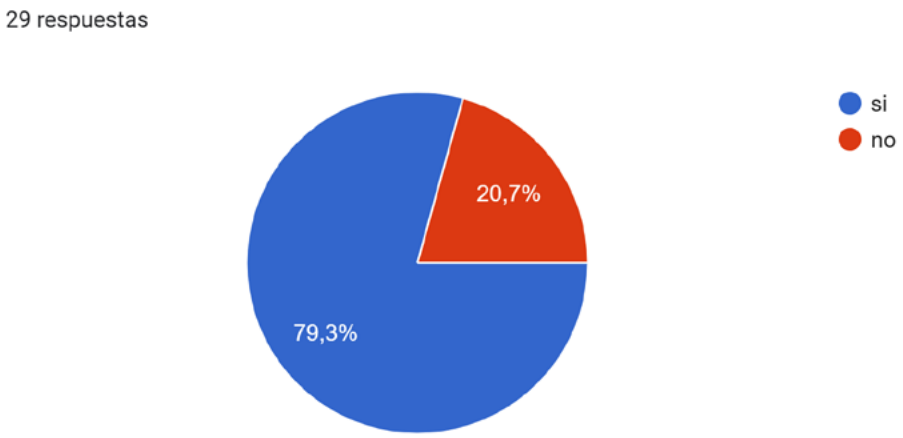


Fuente. Elaboración propia, 2025.

Esta gráfica revela una relación excepcionalmente positiva entre los estudiantes de enfermería y los profesionales de enfermería de las diferentes sedes hospitalarias. Una buena relación con los enfermeros adscritos facilita la comunicación, la resolución de dudas, la retroalimentación constructiva y el desarrollo de habilidades prácticas. Los estudiantes se sienten más cómodos preguntando, cometiendo errores controlados y aprendiendo de ellos.

Un 79.3% de los participantes considera que sus docentes clínicos y profesional de enfermería son modelos para seguir, cuando el 20.7% no lo considera.

Figura 12. *¿Cómo describiría su relación con los profesionales de enfermería que le supervisaron durante las prácticas clínicas?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

Como profesional de enfermería, veo en estos datos una generación de futuros colegas motivados, con una comprensión sólida de la esencia asistencial de nuestra profesión y con una experiencia formativa altamente valorada, las fortalezas son evidentes; el gran desafío que percibo es expandir su visión más allá de lo puramente asistencial, mostrándoles la amplitud de oportunidades y la necesidad de liderazgo en gestión, docencia e investigación para que la enfermería continúe creciendo y fortaleciéndose como disciplina y profesión.

Sugerencias y recomendaciones

Los participantes nos compartieron algunas estrategias (ver **Tabla 2)** para mejorar la práctica clínica según su percepción.

Tabla 2. *Clasificación de los testimonios de los participantes de algunas estrategias compartidas.*

PARTICIPANTES	TESTIMONIO	CATEGORÍA TEMÁTICA
E1	Sería genial actualizar el equipo y material del laboratorio.	Actualización y uso del laboratorio.
E2	Consideró que sí. Uso de simuladores clínicos para practicar en el laboratorio. Retroalimentación constante por parte del personal de enfermería y docentes.	Uso de simuladores clínicos.
E3	Sí, cuestionarios para ver en qué tiene mayor decadencia el alumno.	Evaluación de conocimientos.
E4	Más supervisión por parte de los docentes en las áreas clínicas y más prácticas en el laboratorio escolar.	Actualización y uso del laboratorio.
E5	Sí, usar el laboratorio de la escuela más seguido, actualizarse en los procedimientos de enfermería.	Actualización y uso del laboratorio.
E6	Llevar a los alumnos al laboratorio de práctica clínica y ahí ellos puedan tener la oportunidad de practicar más los procedimientos antes de realizarlos en el área hospitalaria.	Actualización y uso del laboratorio.
E8	Sí, que los docentes evalúen los conocimientos de los estudiantes y las técnicas que pudieron ejecutar en los roles del hospital y que los estudiantes que no pudieron realizar alguna técnica le den la oportunidad de ir a un servicio en donde sí se realice.	Supervisión y apoyo docente.
E10	Sí, quizá 2 docentes por grupo o que se hagan sesiones de retroalimentación de las técnicas en donde todos logren hacer dichas técnicas en simulación.	Sí, quizá 2 docentes por grupo o que se hagan sesiones de retroalimentación de las técnicas en donde todos logren hacer dichas técnicas en simulación.

E13	Claro, dar más horas de prácticas y reducir trabajos como carpetas que en algunos casos no representan lo que realmente se hace en la clínica al 100%.	Incremento de horas para las prácticas clínicas en los hospitales.
E15	Sí, es fundamental. Algunas estrategias podrían ser: simulaciones clínicas previas a las prácticas, evaluaciones continuas en campo, y talleres de habilidades blandas como comunicación y trabajo en equipo.	Uso de simuladores clínicos.
E16	Lo de la simulación clínica.	Uso de simuladores clínicos.
E18	Sí, y que se cuente con conferencias sobre temas en especial, y que dentro de la facultad tengan funcionando su laboratorio clínico.	Actualización y uso del laboratorio.
E20	Realmente que mejoren los maestros de clínica, que no te estresen más para así poder sobresalir en la práctica.	Desempeño docente.

La **Tabla 2** recopila valiosos testimonios de los estudiantes de enfermería, ofreciendo una visión crítica y constructiva sobre diversos aspectos a su aprendizaje práctico-clínico en el entorno hospitalario. El análisis de estas declaraciones, agrupadas en categorías temáticas, revela áreas clave para la mejora continua y una práctica reflexiva del docente clínico para la formación académica en enfermería.

Actualización y uso del laboratorio: la necesidad de un laboratorio de simulación clínica óptimo

En esta categoría temática emerge como una de las preocupaciones más recurrentes entre los estudiantes (E1, E4, E5, E6, E18). Existe una clara demanda por equipos, materiales e insumos en el laboratorio de simulación clínica actualizados y en buen estado (E1), lo que sugiere que la infraestructura actual podría estar limitando el desarrollo de habilidades y destrezas. Los estudiantes enfatizan la importancia de mayor tiempo y frecuencia de uso del laboratorio de simulación clínica (E4, E5, E6), con el fin de practicar procedimientos antes de aplicarlos en entornos clínicos reales. La petición de "llevar a los alumnos al laboratorio de práctica clínica" (E6) resalta la necesidad de un espacio que replique de manera fidedigna los escenarios asistenciales. Desde una perspectiva de enfermería, un laboratorio bien equipado y accesible es fundamental para el desarrollo de competencias técnicas, la seguridad del paciente y la reducción de la ansiedad asociada a la práctica en entornos reales.

Uso de simuladores clínicos: una herramienta pedagógica crucial

Los testimonios agrupados (E2, E15, E16) subrayan el reconocimiento de los estudiantes hacia esta herramienta como un pilar fundamental en su aprendizaje. La solicitud de "uso de simuladores clínicos para practicar en el laboratorio" (E2) y la mención explícita de

"simulaciones clínicas previas a las prácticas" (E15) demuestran que los estudiantes perciben el valor de la simulación para adquirir y perfeccionar habilidades en un entorno controlado y seguro. Esto se alinea con las mejores prácticas en la licenciatura en enfermería, donde la simulación se ha consolidado como una estrategia efectiva para mejorar el juicio clínico, la toma de decisiones, el trabajo en equipo y la comunicación, aspectos críticos en la práctica enfermera. La constante demanda de "retroalimentación constante por parte del personal de enfermería y docentes" (E2) en este contexto resalta la importancia de la guía experta para consolidar el aprendizaje derivado de la simulación.

Evaluación de conocimientos y desempeño docente: hacia una retroalimentación constructiva.

En esta categoría (E3) y "Desempeño docente" (E20) revelan la necesidad de sistemas de evaluación más efectivos y una mejora en la calidad de la supervisión y enseñanza clínica. La propuesta de "cuestionarios para ver en qué tiene mayor decadencia el alumno" (E3) indica un deseo de evaluaciones diagnósticas que identifiquen áreas de debilidad. Por otro lado, la preocupación por el "desempeño de los maestros de clínica" (E20), específicamente en relación con el estrés generado, sugiere la necesidad de docentes que actúen como facilitadores y mentores, promoviendo un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Desde la óptica enfermera, una evaluación formativa y sumativa bien estructurada, acompañada de una docencia empática y competente, es vital para garantizar la adquisición de competencias clínicas, el desarrollo del pensamiento crítico y la resiliencia en los futuros profesionales de enfermería.

Supervisión y apoyo docente: fortaleciendo el rol del docente clínico.

Los testimonios (E8, E10) evidencian una demanda de mayor presencia y guía por parte de los docentes en los entornos clínicos. La solicitud de "más supervisión por parte de los docentes en las áreas clínicas" (E4) y que "los docentes evalúen los conocimientos de los estudiantes y las técnicas que pudieron ejecutar en los roles del hospital" (E8) subraya la importancia de un seguimiento cercano y personalizado. Además, la idea de "que los estudiantes que no pudieron realizar alguna técnica le den la oportunidad de ir a un servicio en donde sí se realice" (E8) muestra una aspiración a una educación más flexible y adaptativa a las oportunidades de aprendizaje clínico. La sugerencia de "2 docentes por grupo o que se hagan sesiones de retroalimentación de las técnicas en donde todos logren hacer dichas técnicas en simulación" (E10) apunta a la necesidad de que la supervisión del docente clínico se apegue a los indicadores, por cada 15 alumnos un docente clínico; docente-alumno adecuados y de oportunidades estructuradas para la consolidación de habilidades. La enfermería, al ser una disciplina eminentemente práctica, requiere de una supervisión docente intensa que garantice la seguridad del paciente y el desarrollo de la autonomía y el juicio clínico del estudiante.

Incremento de horas de práctica clínica: la base del aprendizaje experiencial

Finalmente, esta última categoría(E13) revela una clara preferencia por la experiencia práctica sobre actividades teóricas que no se traducen directamente en habilidades clínicas. La afirmación de "dar más horas de prácticas y reducir trabajos como carpetas que en algunos casos no representan lo que realmente se hace en la clínica al 100%" (E13) es un llamado directo a la reestructuración curricular para priorizar el tiempo en escenarios reales de atención. Esto es crucial en enfermería, donde la adquisición de competencias se produce principalmente a través de la inmersión en la práctica. Más horas de práctica permiten a los estudiantes consolidar conocimientos, desarrollar habilidades de comunicación con pacientes y equipos de salud, y adaptarse a la dinámica del entorno hospitalario, elementos indispensables para un ejercicio profesional competente y seguro.

Los participantes compartieron ciertas experiencias **(ver Tabla 3)** de las cuales se mencionan algunas:

Tabla 3. *Clasificación de los testimonios de los participantes sobre algunas de sus experiencias.*

PARTICIPANTES	TESTIMONIO	CATEGORÍA TEMÁTICA
E2	Considero que como personal de enfermería deberíamos apoyarnos más, o aprender a trabajar en equipo. Siento que el personal de enfermería en el hospital no sabe trabajar en equipo y aparte no son empáticos. Creo que todos comenzamos de cero en esta profesión y el hecho de ya ser jefa de piso o trabajar en un hospital no te da derecho a tratar mal a los estudiantes. Nadie nace sabiendo.	Trabajo colaborativo y empatía.
E10	Es complicado que el maestro esté presente siempre, pero que estuviera más involucrado sería genial.	Participación e implicación docente.
E5	Los docentes que tuve son profesionales muy preparados, siempre apoyando a los alumnos, los enfermeros con los que trabajé muy amables y siempre apoyándonos.	Participación e implicación docente.
E7	Que no todo el personal en el campo clínico está capacitado para enseñar o dirigir a un estudiante, por lo que no todos deberían estar a cargo de uno.	Capacitación del profesional de enfermería para la enseñanza.
E22	Si bien, los tutores son buena ayuda para un estudiante, me gustaría que exista el área de psicología para el alumno, algunos lo necesitan en algún momento de la carrera y no es que podamos ir a contarle todo al tutor; al fin del día son maestros y nos pueden dar clases (me daría pena).	Apoyo del Programa de Tutorías Institucional (PIT).

La **Tabla 3** proporciona una visión crucial sobre las percepciones de los estudiantes de enfermería respecto al ambiente de trabajo en el hospital y el rol de sus docentes. Los testimonios revelan tanto fortalezas como áreas de oportunidad en la formación clínica, destacando la importancia del apoyo interpersonal y la calidad de la enseñanza.

Trabajo colaborativo y empatía: un llamado a la humanización en el entorno clínico

El testimonio del E2 resalta una preocupación fundamental en la práctica de enfermería: la necesidad de un trabajo en equipo más cohesivo y una mayor empatía entre el personal. La percepción de que "el personal de enfermería en el hospital no sabe trabajar en equipo y aparte no son empáticos" es una crítica seria. Además, el estudiante subraya la importancia de un trato respetuoso hacia los aprendices, afirmando que "el hecho de ya ser jefa de piso o trabajar en un hospital no te da derecho a tratar mal a los estudiantes. Nadie nace sabiendo". Desde la perspectiva de enfermería, la colaboración y la empatía son pilares de la atención centrada en el paciente y de un ambiente de trabajo saludable. Un entorno donde los estudiantes experimentan falta de apoyo o maltrato puede impactar negativamente su aprendizaje, su bienestar emocional y su futura identidad profesional. Un ambiente empático y colaborativo es crucial para el desarrollo de la confianza y la seguridad en los estudiantes, elementos esenciales para su desempeño clínico.

Participación e implicación docente: el rol crucial del docente clínico

Esta categoría agrupa testimonios que reflejan las expectativas de los estudiantes sobre el rol de sus profesores en el campo clínico. Por un lado, el E10 reconoce la complejidad de la presencia constante del docente, pero anhela una mayor involucración y cercanía. Esta observación sugiere que, aunque los docentes no puedan estar presentes en cada momento, su guía y apoyo deben ser percibidos como constantes y accesibles. Contrastando con esto, el E5 ofrece un testimonio positivo, destacando que sus "docentes... son profesionales muy preparados, siempre apoyando a los alumnos, los enfermeros con los que trabajé muy amables y siempre apoyándonos", este testimonio sirve como un ejemplo de las mejores prácticas en la docencia clínica, donde el acompañamiento, la amabilidad y el profesionalismo fomentan un aprendizaje efectivo y una experiencia positiva.

Capacitación del profesional de enfermería para la enseñanza: asegurando la calidad de la tutoría.

El testimonio del E7 introduce una preocupación crítica: "Que no todo el personal en el campo clínico está capacitado para enseñar o dirigir a un estudiante, por lo que no todos deberían estar a cargo de uno". Esto apunta a la necesidad de seleccionar y capacitar adecuadamente a los tutores clínicos, asegurando que posean no solo el conocimiento

técnico, sino también las habilidades pedagógicas y la actitud propicia para formar a las nuevas generaciones de enfermeros. La calidad de la supervisión clínica es directamente proporcional al desarrollo de competencias y la seguridad del paciente.

Apoyo psicológico para el alumnado: una necesidad emergente

Finalmente, el E22 presenta una perspectiva innovadora, solicitando un "área de psicología para el alumno" como complemento al apoyo del tutor, este testimonio refleja la creciente conciencia sobre la salud mental de los estudiantes y la necesidad de contar con recursos profesionales a los que puedan acudir sin las limitaciones de confianza o confidencialidad que a veces se perciben con los propios docentes. Desde la enfermería, reconocer y abordar el bienestar psicológico de los futuros profesionales es fundamental para prevenir el burnout, promover la resiliencia y asegurar que los estudiantes desarrollen habilidades de afrontamiento para las exigencias de la profesión.

Conclusiones

Los hallazgos de la investigación indican que los estudiantes del octavo semestre de la licenciatura en enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche están satisfechos con su aprendizaje práctico- clínico en el entorno hospitalario, y que el ambiente hospitalario de las diferentes instituciones de salud es competitivo y colaborativo, pues sienten que dicho aprendizaje es indispensable para su formación disciplinar y que deberían tener mas actividades en el laboratorio de simulación clínica el cual debería ser funcional y de vanguardia, acorde a los equipos biomédicos que se encuentran en las instituciones de salud, ya que los estudiantes se enfrentan a esos escenarios reales.

De esta forma, el presente trabajo aporta elementos que sirven para reforzar la idea de que el aprendizaje práctico-clínico en el entorno hospitalario es fundamental e indispensable para los futuros profesionales en enfermería y de igual manera el docente clínico tiene que realizar una práctica reflexiva sobre el desempeño de los estudiantes y de él mismo. Hay que continuar nutriendo su pasión y su visión, porque el futuro de la enfermería está en sus manos.

Referencias

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill Education.(.

Kozier, B., Erb, G., Berman,A., & Snyder, S. (2018). *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica.* McGraw-Hill Education.

Morán-Peña L. (2007). La formación de profesionales reflexivos y la práctica de Enfermería. *Enfermería Universitaria,* 4(1): 39-43. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821009

Muñoz, K., Escudero, K., García, JC., & García, G. (2018). P*lan de estudios Actualización 2018 Licenciatura en Enfermería.* Facultad de Enfermería.

Pérez Gómez, A. (1992). La función docente en la universidad. En A. Pérez Gómez, *Comprender y transformar la enseñanza* (pp. 398-413). Morata.

APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE REIKI PARA LA MEJORÍA EN EL CUIDADO ENFERMERO

APPLICATION OF REIKI THERAPY FOR THE IMPROVEMENT OF NURSING CARE

Geovanni Abel Torres Cañedo[1]

[1]Nombre y dirección de la Institución. Universidad de Estudios Superiores Buenavista. Calle 9na poniente sur #934, colonia Las Canoítas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Correo electrónico: geo.tor.ca@gamail.com

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo presentar los resultados derivados de la implementación de la intervención 'Aplicación de Terapia de Reiki' como estrategia complementaria para mejorar la calidad del cuidado de enfermería en pacientes con atención domiciliaria. La propuesta se fundamenta en la teoría del ser humano unitario de Martha Rogers, que concibe a la persona como un campo de energía en constante interacción con su entorno. Se utilizó una metodología cualitativa con enfoque sociocrítico, en la que el personal de enfermería fue dividido en dos grupos: uno aplicó el modelo tradicional de atención y otro incorporó la terapia de Reiki como parte de la intervención. Ambos equipos reportaron las variaciones observadas en el estado de salud y bienestar de los pacientes. Los hallazgos evidenciaron mejoras relevantes en los pacientes que recibieron Reiki, destacando manifestaciones como tranquilidad emocional, relajación corporal, disminución del dolor, conciliación del sueño y mayor movilidad. Asimismo, se identificaron beneficios en la postura corporal y en el estado de ánimo general. Si bien se registraron algunos efectos adversos, estos se vincularon principalmente con factores externos, como la interrupción de tratamientos médicos convencionales, más que con la terapia misma. En conjunto, los resultados sugieren que el Reiki puede constituir una herramienta terapéutica complementaria eficaz en el contexto del cuidado integral de enfermería, al favorecer un entorno más humanizado y centrado en el bienestar multidimensional del paciente. Se recomienda la realización de estudios con muestras más amplias y diversidad clínica para validar estos hallazgos y explorar su aplicabilidad en distintos contextos asistenciales.

Palabras clave: Reiki; Cuidado de enfermería domiciliario; Teoría del ser humano unitario

Abstract

This article presents the results of the implementation of the "Reiki Therapy Application" intervention as a complementary strategy to improve the quality of nursing care in patients receiving home care. The proposal is based on Martha Rogers' theory of the unitary human being, which conceives the person as an energy field in constant interaction with their environment. A qualitative methodology with a sociocritical approach was used, in which the nursing staff was divided into two groups: one applied the traditional model of care and the other incorporated Reiki therapy as part of the intervention. Both teams reported the observed changes in the patients' health and well-being. The findings demonstrated significant improvements in the patients who received Reiki, highlighting manifestations such as emotional calm, physical relaxation, pain reduction, sleep onset, and increased mobility. Benefits were also identified in body posture and overall mood. While some adverse effects were reported, these were primarily associated with external factors, such as discontinuation of conventional medical treatments, rather than with the therapy itself. Overall, the results suggest that Reiki can be an effective complementary therapeutic tool in the context of comprehensive nursing care, fostering a more humanized environment focused on the patient's multidimensional well-being. Further studies with larger samples and clinical diversity are recommended to validate these findings and explore their applicability in different healthcare settings.

Keywords: Reiki; Home nursing care; Unitary human being theory

Introducción

En la actualidad, el cuidado de la salud ha evolucionado hacia una atención más integral, donde se reconoce la importancia de atender no solo los aspectos físicos de la enfermedad, sino también los emocionales, energéticos y espirituales de cada persona. En este contexto la enfermería contemporánea ha comenzado a incorporar enfoques holísticos y terapias complementarias como parte de la atención dentro de las cuales destaca el Reiki por sus beneficios reportados en la reducción del dolor, la ansiedad y la mejora del bienestar general (Lake, 2015; Lee *et al.*, 2008).

El Reiki es una terapia de origen japonés basada en la transmisión de energía a través de las manos, cuyo objetivo es armonizar los campos energéticos de la persona, favoreciendo su equilibrio físico y emocional. Diversos hospitales de Estados Unidos y Japón han incorporado este tipo de prácticas en entornos clínicos, obteniendo resultados positivos en pacientes con enfermedades crónicas, en cuidados paliativos y en la reducción de síntomas relacionados con el estrés y el dolor, sin efectos adversos (Lake, 2015; Jurkovich y Watson, 2020).

Desde el marco conceptual de la Teoría del ser humano unitario, propuesta por Martha Rogers (1970), el ser humano es concebido como un campo de energía pandimensional en constante interacción con su entorno (Malinski, 2018). Esta teoría fundamenta la atención holística en enfermería al considerar que la salud es una manifestación armónica del intercambio energético entre la persona y su ambiente. Rogers sostiene que las intervenciones enfermeras pueden influir de manera positiva en estos campos de energía mediante técnicas terapéuticas que favorezcan patrones de salud integrales y personalizados (Enfermería Buenos Aires, 2024).

La incorporación de prácticas como Reiki en entornos hospitalarios se alinea con los postulados de Rogers (1970), ya que permiten intervenir sobre los campos energéticos de los pacientes, promover su bienestar integral y contribuir a su proceso de salud desde una perspectiva pandimensional. Estudios realizados en hospitales de Nueva York han reportado experiencias exitosas en la aplicación de terapias energéticas bajo este enfoque, destacando su efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados (Makaroff, 2003).

Por tanto, este trabajo tiene como objetivo analizar el uso de Reiki en entornos clínicos y su fundamentación teórica desde la teoría del ser humano unitario de Martha Rogers (1970), evidenciando su valor como herramienta complementaria para el cuidado de enfermería integral y humanizado.

Según Rogers (1970), la persona debe ser comprendida como un campo de energía unitario, irreductible y en constante interacción con su entorno, caracterizado por un patrón único que se expresa en su conducta y en su estado de salud. Esta concepción holística

rechaza cualquier fragmentación del ser humano en dimensiones separadas —como cuerpo, mente y espíritu—, proponiendo en su lugar una visión integradora de la persona como una unidad indivisible. El entorno, por su parte, es definido como un campo de energía pandimensional, carente de límites definidos, que interactúa de forma continua con el campo humano. Ambos campos —persona y entorno— evolucionan simultáneamente mediante un proceso dinámico de intercambio energético.

En este marco teórico, la salud no se concibe como la mera ausencia de enfermedad, sino como una manifestación de armonía en la interacción entre los campos de energía, reflejo de la calidad de dichas interacciones. La enfermería, entendida como ciencia humanística y arte del cuidado, tiene como finalidad principal promover el bienestar integral del ser humano mediante intervenciones dirigidas a facilitar patrones energéticos armónicos. A través de técnicas específicas, la práctica enfermera busca influir positivamente en dichos patrones, contribuyendo así a la mejora del estado de salud y calidad de vida del paciente.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo con enfoque cualitativo, cuyo propósito fue identificar los cambios en la conducta y las percepciones referidas por pacientes en cuidados a domicilio tras recibir sesiones de terapia de Reiki.

El estudio se llevó a cabo en el domicilio de pacientes que recibían atención de enfermería domiciliaria en distintas alcaldías de la Ciudad de México. La población estuvo conformada por cinco pacientes adultos mayores, previamente valorados por su respectivo médico y aceptados para recibir terapia complementaria Reiki.

Se empleó la técnica de observación participante no estructurada, a través de la cual tanto el personal de enfermería capacitado en la aplicación de Reiki como aquel sin dicha formación observó las conductas y respuestas comportamentales de los pacientes antes, durante y después de cada sesión. Paralelamente, se recogieron reportes verbales —espontáneos o dirigidos— emitidos por los propios pacientes, en relación con su estado físico, emocional y su percepción general de bienestar.

Sobre el proceso de intervención, se solicitó la firma del documento denominado Consentimiento informado para la aplicación de Terapia de Reiki, en el cual se señala puntualmente cuál es la naturaleza y procedimiento por seguir mediante los siguientes puntos:

- Esta terapia no sustituye tratamientos médicos, farmacológicos o procedimientos indicados por mi médico tratante, sino que actúa como complemento a la atención integral de salud.

- Durante la sesión, el terapeuta de Reiki colocará sus manos sobre o cerca del cuerpo del(a) paciente en diferentes zonas, respetando en todo momento su privacidad y dignidad.
- Pueden experimentarse sensaciones como calor, cosquilleo, relajación, somnolencia, calma o, en algunos casos, emociones liberadas. Estos efectos varían de una persona a otra.
- En caso de presentar incomodidad, molestia o si el(a) paciente desea interrumpir la sesión, puede hacerlo en cualquier momento sin que esto afecte la atención que recibe por parte del personal de salud.
- La terapia no implica riesgos graves conocidos.
- La información personal y cualquier observación realizada durante la sesión se manejarán con absoluta confidencialidad.

Para el registro de datos se utilizó un diario de campo elaborado por el investigador Geovanni Abel Torres Cañedo, donde se documentaron las conductas observadas (respuesta verbal, postura corporal, actitud emocional, clima emocional, expresión facial, manifestaciones de dolor o tranquilidad) y los comentarios o referencias verbales de los pacientes sobre su sentir después de la terapia de Reiki.

Cada paciente recibió entre tres a siete sesiones de Reiki, con una duración inicial de 15 minutos, tras la valoración se fue aumentando el tiempo de terapia hasta alcanzar los 25 minutos por sesión. La observación se llevó a cabo el resto del turno, contemplando la duración del turno de seis horas en matutino y vespertino y el turno nocturno con una duración de 12 horas.

Los registros obtenidos en los diarios de campo se organizaron mediante codificación abierta agrupando las observaciones en categorías temáticas como: cambios en estado emocional, respuesta física observable y percepciones verbales. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo cualitativo para identificar patrones y tendencias en la respuesta de los pacientes.

El presente estudio cumplió con los principios éticos para la investigación con personas. Se solicito consentimiento informado verbal y/o escrito a los pacientes y se garantiza la confidencialidad de su identidad y de la información obtenida. Además, se respetó la autonomía y decisión de los participantes para aceptar o rechazar la terapia.

Resultados y discusión

A partir del análisis de los registros del diario de campo (véase **Tabla 1**), se identificaron diversas circunstancias contextuales asociadas a la aplicación de la terapia en cada uno de los cinco pacientes participantes de la investigación.

Tabla 1. *Análisis de diario de campo sobre la intervención a cinco pacientes.*

TABLA DE ANÁLISIS DE DIARIO DE CAMPO		
NOMBRE DEL PACIENTE 1: ECR		**GÉNERO:** MASCULINO
No. Sesiones: 5	**Tiempo por sesión:** 15 minutos	**Inicio y término:** 5/5/25 al 10/5/25
Parámetro observado		**Descripción**
Descripción del contexto		El paciente se encuentra en un área amplia con acceso a las distintas áreas de la casa, cuenta con buena iluminación, ventilación adecuada; el problema visible son escalones que dificultan un poco la movilidad del paciente por lo que se solicita ayuda de familiar para hacerlo, la familia suministra todo el material necesario para la atención del paciente; la familia está muy al pendiente de las acciones de enfermería a realizar; se les explica cómo funciona la terapia, en que consiste y las sensaciones que podría presentar, así como los riesgos o complicaciones; se les muestra el consentimiento informado el cual es aceptado por la familia y firmado por el paciente.
Registro de la observación		Se inician las terapias, en este caso son 5 sesiones, una diaria manteniendo observación las 24 horas del día; el paciente está en cuidados paliativos de atención, por lo tanto se le mantiene en vigilancia constante; en las primeras dos sesiones el paciente demostró tranquilidad, relajación; en las sesiones siguientes se le notaba angustiado y alterado anímicamente después de la terapia, el tiempo por sesión se aumentó a 20 minutos por lo que el paciente terminaba muy cansado, en la última sesión el paciente tuvo sensaciones extrañas y se sentía incomodo después de la sesión.
Comentarios verbales del paciente		El paciente refiere sentirse tranquilo, relajado con ganas de dormir; siente dolor disminuido evaluado con la escala numérica de EVA antes de la sesión refiere tener un 7 y posteriormente disminuye a 5, tiene movilidad aumentada en miembros pélvicos, ya que desde que está en cama sentía pesadez y dolor al movimiento así como edematización; en las siguientes sesiones refiere sentir cansancio en extremo lo que le impedía socializar con su familia y personal de enfermería y en la última sesión sentía hormigueo en la manos y pies, lo que le generaba sentirse incomodo y ansioso.

Interpretación o reflexión del observador	Investigador: desde el inicio de la terapia hasta la última reportada se distinguen distintas sensaciones y estados de ánimo presentes en el paciente, desde sensación de tranquilidad, relajación incluso disminución en la sensación del dolor; aunque también se generaron otras sensaciones como la relajación profunda, esta se manifiesta por una sensación de pesadez que genera cansancio en exceso y la sensación presente durante la última sesión es manifestación de un estado de ansiedad, esto se debe a la manipulación de la energía de reiki, lo cual depende de cada Reikista (persona capacitada para dar terapía de Reiki) pues el flujo de energía debe ser equilibrado, al ser un flujo desbordado puede generar ansiedad en el paciente por la cantidad de energía que entra en su cuerpo. Esto no representa una mala técnica, simplemente es la constante en el flujo energético esto se podría representar de la siguiente manera: si el flujo es constante y bajo se podría dar una terapia de un tiempo de entre 15 a 25 minutos, pero si la liberación de energía es más abundante se debe acortar el tiempo de sesión; a final de cuentas la energía va a cumplir su propósito y el excedente sale del cuerpo después de un tiempo.
NOMBRE DEL PACIENTE 2: RGM	**GÉNERO: FEMENINO**
No. Sesiones: 3 **Tiempo por sesión:** 15 minutos	**Inicio y término:** 07/05/25 al 21/05/25
PARÁMETRO OBSERVADO	**DESCRIPCIÓN**
Descripción del contexto	La familia se encuentra interesada en la evolución del estado de salud de la paciente, se muestran cooperativos y con iniciativa para mejorar la calidad de vida de su paciente, el área donde se encuentra la paciente es pequeño, tiene poca ventilación, poca iluminación natural y la iluminación eléctrica es tenue, la paciente se encuentra en cama con dificultad física de movimiento lo cual genera que sea difícil moverse, a parte su habitación se encuentra en un segundo piso, esto genera que la interacción social solo sea en su habitación; se cuenta con material limitado para su cuidado.
Registro de la observación	Se les otorga un consentimiento informado, así como toda la explicación sobre la terapia, desde los puntos de beneficio hasta los puntos negativos de la terapia; familiares y paciente aceptan terapia, aunque el consentimiento informado es firmado por el familiar. La primera sesión inicia con una duración de 15 minutos; al término de la sesión la paciente termina en un estado de relajación corporal, para la cual se queda tranquila en su habitación; cabe mencionar que las terapias fueron 1 por semana. Al día siguiente de la terapia se valora a la paciente viendo resultados positivos.

	En la segunda sesión la terapia se aumentó de tiempo a 20 minutos, la paciente empezó a presentar malestar, el equipo se comunica con el investigador para verificar si fue consecuencia de la terapia; para lo cual da indicaciones para realizar; se realizan las acciones indicadas por el investigador y se controlan las sensaciones presentes en la paciente, dejándola tranquila y estable en su habitación; se les dan indicaciones a los familiares en caso de que la paciente vuelva a sentirse de esa manera mientras no tiene vigilancia de personal de enfermería. Para la última sesión se presenta el investigador y este es quien realiza la terapia, esto para verificar que no se presenten situaciones como en la anterior terapia. Se procede a dar terapia y esta se detiene a los 5 minutos de haber iniciado, pues la paciente comienza a presentar temblor corporal, sudoración, aumento de la temperatura corporal, palidez de tegumentos así como signos de deshidratación; el investigador comienza revisar las constantes vitales de la paciente y descubre lo siguiente: aumento en la tensión arterial, disminución de la glucosa en sangre, fiebre; se inician acciones de enfermería para estabilizar al paciente, también se realiza llamada con el médico tratante para ir reportando la situación; al cabo de unos 20 minutos de acciones de enfermería se estabiliza a la paciente. El investigador se acerca con familiares y pregunta ¿han notado alguna acción que el paciente dejara de hacer desde que empezó con las terapias?, la familia responde “dejamos de darle su medicamento para la hipertensión arterial, y el medicamento para el dolor” el investigador llama la atención a la familia, se comunica con el médico tratante y le comenta lo sucedido; el investigador decide dar por terminadas las sesiones de terapia de Reiki, para evitar consecuencias futuras.
Comentarios verbales del paciente	Antes de las terapias de Reiki la paciente refiere sentirse cansada; con dolor postural y con imposibilidad de conciliar el sueño; durante la sesión se s nota tranquila y en estado de relajación, después de la sesión la paciente refiere sentir alivio y disminución del dolor. En la segunda sesión se encuentra a paciente sentada en un sillón, refiere sentirse bien y con poco dolor, se inicia la sesión de Reiki la paciente se le nota incomoda, tiene facies de malestar, el observador hace una pausa y pregunta si se siente bien, la paciente responde que está teniendo sensaciones raras en el cuerpo y que le impiden sentirse relajada y tranquila, al término de la sesión el observador se comunica con investigador, se deja tranquila a la paciente. Para la tercera sesión se presenta investigador inicia la terapia y se percata que la paciente no se encuentra bien por lo que detiene la terapia e inicia con acciones de enfermería para contrarrestar los efectos que está resintiendo la paciente; se estabiliza y se deja en su habitación bajo vigilancia familiar

Interpretación o reflexión del observador	Investigador: se encuentra que la paciente recibe bien la primera sesión, sintiendo alivio y mejoría; en la segunda sesión la paciente empezó con sensaciones raras, el personal que lo valoro durante esa sesión no entendía lo que pasaba; se consulta con investigador y da ejercicios para hacer sentir bien a la paciente; el investigador decide presentarse a terapia y observar el comportamiento; en la tercera sesión y en poco tiempo de terapia se decide terminar, pues la paciente refería y se veía mal; se pregunta a la familia si continuaron con la dieta indicada y medicación indicada por su médico tratante; para lo cual comentan que debido a que la paciente se sentía mejor, dejaron de ministrarle su analgésico y antihipertensivo. Se les recuerda que la terapia de Reiki es alternativa por lo que es necesario seguir las indicaciones medicas hasta que el medico decida sea necesario dejar el tratamiento médico, se les recomienda abandonar la terapia y concentrarse en su tratamiento médico, con la opción de retomarlo con posterioridad.
NOMBRE DEL PACIENTE 3: ZTC	**GÉNERO: MASCULINO**
No. Sesiones: 7 **Tiempo por sesión:** 15 a 20 minutos	**Inicio y término:** 02/06/25 al 16/06/25
PARÁMETRO OBSERVADO	**DESCRIPCIÓN**
Descripción del contexto	El paciente se encuentra en una habitación amplia, con buena iluminación natural, buena ventilación, la familia dispone de lo necesario para el cuidado de su paciente; se menciona las terapias de Reiki el paciente acepta y la familia da el visto bueno, se llega al acuerdo de recibir terapia de Reiki cada tercer día.
Registro de la observación	Se inicia la primera sesión el paciente termina en un estado de relajación, disminución del dolor y corrección corporal; en la segunda sesión el paciente se encuentra y tranquilo, se realiza la terapia y al finalizar esta no se encuentran sensaciones negativas, se deja al paciente descansando. En la tercera terapia se nota al paciente relajado, se da terapia y se nota tranquilo. En la cuarta terapia se ve al paciente sin alteración aparente, con mayor movilidad al estar de pie, se le nota contento, al término de esta sesión el paciente nos pide lo llevemos con su familia, pues quería compartir tiempo con ellos fuera de su habitación, se le acompaña hasta donde se encontraba su familia y estos se notan alegres de ver a su paciente fuera de su habitación.

	Para la quinta sesión no se encuentra al paciente en su habitación se le encuentra en el área del comedor con su familia, se les nota contentos, se lleva al paciente a su habitación para dar terapia de Reiki, se le deja descansando. En la sexta sesión el paciente se le nota mejor semblante, la coloración de su piel tiene un cambio notable, se le ve tranquilo y sonriente. En la séptima sesión el paciente se encuentra triste pues representaba la última sesión de la investigación presente, se le comenta que, aunque sea la última sesión programada por la investigación, no tenía que representar la última sesión que recibiría, se le nota alivio, se deja tranquilo con su familia.
Comentarios verbales del paciente	El paciente refiere sentirse alterado y nervioso pues desconoce la terapia, se le tranquiliza con ejercicios de relajación, durante la sesión se le nota como va cambiando su semblante hasta llegar a un punto de relajación, al finalizar manifiesta sentirse relajado; para la siguiente terapia se le nota tranquilo, comenta el paciente que pudo dormir bien cuando termino la terapia anterior también menciona poder mover sus cuerpo sin dificultad ni dolor; para sesión siguiente se le nota tranquilo y alegre, dispuesto a recibir su terapia, después de esta el paciente se siente tranquilo con relajación corporal y refiere tener mejor movilidad; para su siguiente terapia al finalizar nos pide lo llevemos con su familia para compartir tiempo con ellos, se le asiste solo para levantarse de cama y se le acompaña, el hace todo el esfuerzo para llegar con su familia, se nota alegría en el ambiente. En la última sesión al iniciar el paciente se notaba triste pues sentía que al ser su última sesión después se sentiría igual que antes de iniciar la terapia, y no quería perder la movilidad de nuevo ni sentirse mal; se le tranquiliza y se continua con la observación.
Interpretación o reflexión del observador	Investigador: se notan cambios positivos desde la primera sesión incluso el paciente adquiere la capacidad de levantarse de su cama y salir a convivir con su familia, lo cual representa un cambio no solo para el paciente sino en general con la familia, pues esto supone un cambio total, con el paso de las sesiones de Reiki el ambiente se notaba diferente durante la última sesión el ambiente se modificó un poco esto debido a que el paciente consideraba que por ser su última sesión de Reiki después se sentiría como antes; para esto se plática con la familia y el paciente y se decide seguir tratándolo con terapias de Reiki aunque para la evaluación de la investigación si representaba su última sesión; el ambiente familiar cambio a más alegría.

NOMBRE DEL PACIENTE 4: PTC		GÉNERO: FEMENINO
No. Sesiones: 4	Tiempo por sesión: 15 a 20 minutos	Inicio y término: 02/06/25 al 09/06/25
PARÁMETRO OBSERVADO		**DESCRIPCIÓN**
Descripción del contexto		La paciente se encuentra en una casa de dos pisos, la paciente se mueve por su casa, aunque con dificultad y dolor, este tiene buena ventilación, buena iluminación natural, y una temperatura ambiental adecuada, se les informa de la terapia aceptan y entonces en ese momento se da inicio; se concretan cuatro sesiones ya que el paciente saldría de la ciudad por cuestiones familiares; aun así, la familia se mantiene al pendiente del su cuidado.
Registro de la observación		En la primera sesión se nota ansiosa a la paciente, se procede con la terapia y al finalizar se nota más tranquila, entra en un estado de relajación corporal, se deja tranquila en su domicilio. En la siguiente sesión se encuentra a la paciente más tranquila y con mayor movilidad, se da la sesión de Reiki y se le nota más tranquila su semblante se ve diferente incluso se alcanza a ver una sonrisa en su rostro. Para su siguiente sesión se le ve con una postura corporal corregida, su espalda se nota erguida al caminar y depende menos del uso de su bastón. Para la última sesión se le encuentra recostada y con semblante decaído; se le da su terapia y su semblante cambia, se deja tranquila en casa.
Comentarios verbales del paciente		Refiere sentirse ansiosa pues desconoce la terapia y en cuanto se le hablo de que es una terapia donde se usa el flujo de energía, pensó que eran cosas relacionadas con la “magia” y eso le asustaba, se le comenta un poco de las bases en las cuales se toma esta investigación y se le platica sobre la teoría de Martha Rogers, se queda un poco más tranquila pues la terapia tiene una base científica para realizarla; después de la primera sesión refiere sentirse tranquila, le ayudo a dormir, refiere también que al día siguiente se sentía muy cansada y con sueño todo el tiempo, se le comenta que es normal por el cambio de energía y que se sentirá mejor con el resto de las sesiones. En sus sesiones siguientes se le notaba mejor, refiere sentirse mejor, su postura era más elevada y que no le generaba malestar para caminar ni subir escalera. En la última sesión se sentía angustiada, pero ella refería que era por el viaje que tendría que hacer, pues esto le genera mucho cansancio y se le hinchan sus piernas; se le da la terapia para que pueda disfrutar de su viaje y se deja tranquila en casa

Interpretación o reflexión del observador	Investigador: aunque fueron pocas sesiones desde la primera se nota cambio significativo, las emociones de la paciente se modificaron desde la primera sesión, pues de estar angustiada se dejó en un estado de tranquilidad, su posición corporal se modificó significativamente al punto de no usar bastón como mecanismo de apoyo para la movilidad, aunque se sintiera mejor se le aconsejaba que lo siguiera usando. Se deja a la espera de su regreso y valorar si requiere más sesiones de Reiki para el futuro.
NOMBRE DEL PACIENTE 5: GAT	**GÉNERO: MASCULINO**
No. Sesiones: 3 / Tiempo por sesión: 15 minutos	Inicio y término: 25/06/25 al 27/06/25
PARÁMETRO OBSERVADO	**DESCRIPCIÓN**
Descripción del contexto	El paciente se encuentra en un departamento de una sola planta, cuenta con buena iluminación natural, iluminación eléctrica adecuada, buena ventilación y de fácil acceso a todas las áreas de su hogar, vive en compañía de su hijo quien es el que aporta la mayoría de los cuidados para el paciente, por motivos de trabajo es que solicita la ayuda por parte de enfermería para estar al pendiente del paciente el cual tendrá una cirugía pronto y es por eso por lo que el familiar debe ausentarse. Se les comenta que la terapia de reiki podría ayudar a que el paciente este más tranquilo para el día de su cirugía, tanto el familiar como el paciente aceptan, se concuerda dar terapia cada tercer día hasta un día antes de la cirugía.
Registro de la observación	El paciente es muy cooperador y platicador, se inicia con la terapia de Reiki y al finalizar se deja en su habitación descansando pues parece que la terapia le cayera pesada, para la siguiente sesión el paciente se encuentra nervioso pues le preocupaba su próxima cirugía, se le realizan ejercicios de relajación, así como indicaciones para realizar el día de su cirugía y mantenerse tranquilo lo más posible. Posterior a la terapia el paciente se queda dormido. En su última sesión se le nota más tranquilo, se da la terapia y el paciente se queda tranquilo.
Comentarios verbales del paciente	El paciente se encuentra tranquilo y cooperador, es muy alegre y risueño, al término de la sesión refiere sentirse con mucho sueño, para lo que se le contesta que debería descansar, en la siguiente sesión se le nota ansioso, después de la terapia de Reiki se queda más tranquilo y su semblante de ansiedad se cambia por tranquilidad; en su última sesión el paciente refiere sentirse más tranquilo gracias a la terapia y que ya está listo para la cirugía.

Interpretación o reflexión del observador	Investigador: el tiempo de las terapias fue corto debido a su cirugía futura; aun así, el paciente mostro cambios positivos en su estado mental emocional, pues se alcanza uno de los propósitos de la terapía que es alcanzar un punto de relajación y tranquilidad; se queda a la espera de su regreso a casa para saber si serán necesarias más sesiones de reiki.

Nota: Análisis de hallazgos observados en cada paciente. Elaboración propia (2025)

En relación con el proceso de codificación abierta **(véase Tabla 2),** se identificaron tres categorías principales de resultados: mejora emocional, mejora física y efectos adversos. A partir de estas categorías, se derivaron los siguientes hallazgos.

Tabla 2. *Formato de codificación abierta.*

CATEGORÍA	CÓDIGO	FRECUENCIA
Mejora emocional	Tranquilidad emocional	5
	Relajación corporal	5
	Somnolencia	3
Mejora física	Disminución del dolor	4
	Conciliación del sueño	2
	Corrección postural	3
Efectos adversos	Rechazo terapéutico	1
	Ansiedad	1

Nota: Datos obtenidos del diario de campo de la aplicación de terapia de Reiki en pacientes con atención a domicilio.

Como se observa en la **Tabla 2**, los resultados obtenidos evidencian beneficios relacionados con la reducción de la fatiga, la mejora del estado de ánimo y el incremento del bienestar general. Estos hallazgos sugieren que la aplicación de Reiki favorece principalmente el equilibrio emocional, promoviendo estados de tranquilidad y disminuyendo la fatiga asociada a procesos patológicos.

En cuanto a la intervención, la frecuencia de aplicación osciló entre cinco y diez sesiones, cifra determinada por la duración del servicio contratado. Las sesiones tuvieron una duración de entre 15 y 25 minutos, ajustada a las condiciones físicas de los pacientes, quienes presentaban limitaciones para mantener una misma postura durante periodos prolongados.

Tras la administración de la terapia, se observaron con frecuencia estados de somnolencia y relajación profunda, lo que indica un efecto significativo en la disminución del nivel de activación física y mental. Este fenómeno concuerda con lo reportado por Dyer et al. (2019), quienes destacan la capacidad del Reiki para inducir estados de relajación profunda y generar cambios favorables en la sintomatología física y emocional.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio permiten afirmar que la terapia de Reiki aplicada en pacientes en cuidado domiciliario favoreció en la calidad del cuidado enfermero mostrando cambios positivos en su estado emocional y percepción de bienestar físico. A través de las observaciones realizadas y los comentarios de los pacientes, se identificaron manifestaciones como tranquilidad, relajación profunda y disminución de molestias físicas leves. Estos hallazgos coinciden con evidencia previa que señala los beneficios de las terapias complementarias en el manejo de síntomas emocionales y físicos, posicionando al Reiki como una estrategia viable dentro del cuidado integral.

Sin embargo, se reconoce como limitante el tamaño reducido de la muestra y la ausencia de seguimiento a largo plazo para valorar la permanencia de los efectos observados. Por ello, se recomienda ampliar la población de estudio, incluir diferentes grupos etarios y patologías, así como explorar la combinación de Reiki con otras intervenciones no farmacológicas. La inclusión de terapias complementarias como parte del cuidado domiciliario puede contribuir de manera significativa a mejorar la calidad de vida de los pacientes, siempre respetando su voluntad, contexto y acompañamiento médico.

Referencias

Jurkovich, P., & Watson, S. (2020). Implementation of a volunteer Reiki program at an academic medical center in the Midwest. *Journal of Holistic Nursing, 38*(1), 5–13. https://doi.org/10.1177/0898010119873202

Lake, B. (2015). Feasibility of energy medicine in a community teaching hospital: An exploratory case series. *Global Advances in Health and Medicine, 4*(5), 46–51. https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.042

Lee, M. S., Pittler, M. H., & Ernst, E. (2008). Effects of Reiki in clinical practice: A systematic review of randomized clinical trials. *International Journal of Clinical Practice, 62*(6), 947–954. https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2008.01729.x

Malinski, V. (2018). The importance of a nursing theoretical framework for nursing practice: Rogers' Science of Unitary Human Beings. *Cultura de los Cuidados, 15*(2), 6–13. https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01

Enfermería Buenos Aires (2024). *Martha Rogers: Modelo teórico de enfermería y su impacto en el cuidado de la salud.* https://enfermeriabuenosaires.com/martha-rogers/

Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing.* F. A. Davis Company. https://archive.org/details/introductiontoth00mart/page/n7/mode/2up

Makaroff, A. (2003). Reiki en hospitales del mundo. *Medwave.* https://www.medwave.cl/2001-2011/2694.html

Dyer, N. L., Baldwin, A. L., & Rand, W. L. (2019). A large-scale effectiveness trial of Reiki for physical and psychological health. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 25*(12), 1156-1162. https://doi.org/10.1089/acm.2019.0209

LABOR DOCENTE EN LA FORMACIÓN DE UNA CULTURA AMBIENTAL SOSTENIBLE

TEACHER WORK IN THE FORMATION OF A SUSTAINED ENVIRONMENTAL CULTURE

Jorge Luis Maldonado Hernandez[1]

[1]Colegio de Bachilleres de Tabasco, EMSAD 39, carretera Villa Hermosa – Escárcega, kl. 68.5 a 3 kl. Correo institucional: de39.6075@cobatab.edu.mx

Resumen

La labor docente en la formación de una cultura ambiental sostenida es esencial para promover la conciencia ecológica y el compromiso con prácticas responsables en la sociedad. La educación ambiental desempeña un papel clave en la sensibilización de los estudiantes sobre la importancia de proteger el medio ambiente y adoptar estilos de vida sostenibles. El presente estudio tiene como objetivo analizar cómo el trabajo de los docentes contribuye a fomentar esta cultura ambiental en diferentes niveles educativos. Se utilizó un método cualitativo, mediante entrevistas a docentes de instituciones educativas de nivel superior, complementadas con observaciones en el aula y revisión de materiales didácticos. Los resultados muestran que los docentes desempeñan un papel fundamental al integrar contenidos ambientales en sus clases, promoviendo actividades participativas y fomentando el pensamiento crítico en los estudiantes respecto a sus acciones cotidianas. Sin embargo, también se identificaron desafíos, como la falta de formación específica en educación ambiental y recursos limitados, que dificultan una enseñanza más efectiva. Las conclusiones indican que, para fortalecer la cultura ambiental en la comunidad educativa, es necesario apoyar a los docentes con capacitación especializada, recursos adecuados y la implementación de políticas institucionales que prioricen la educación ambiental.

Palabras clave: Educación ambiental; cultura sostenible; labor docente; formación ciudadana; sostenibilidad.

Abstract

The teacher's role in the development of a sustained environmental culture is essential to promote ecological awareness and responsibility within society. Environmental education plays a key role in raising students' awareness about the importance of protecting the environment and adopting sustainable lifestyles. This study aims to analyze how teachers' work contributes to fostering this environmental culture across different educational levels. A qualitative method was employed, including interviews and surveys with teachers from secondary and higher education institutions, complemented by classroom observations and review of teaching materials. The results show that teachers play a fundamental role by integrating environmental content into their lessons, promoting participatory activities, and encouraging critical thinking among students regarding their everyday actions. However, challenges such as a lack of specialized training in environmental education and limited resources were also identified, which hinder more effective teaching. The conclusions suggest that strengthening the environmental culture within the educational community requires supporting teachers with specific training, adequate resources, and the implementation of institutional policies that prioritize environmental education. Therefore, the teacher's work is a vital pillar in building a more conscious society engaged in environmental sustainability, contributing to the formation of responsible citizens committed to caring for the planet.

Keywords: Environmental education; sustainable culture; teaching work; civic training; sustainability.

Introducción

La crisis ambiental global, evidenciada por fenómenos como el cambio climático, la pérdida de biodiversidad y la contaminación, exige una transformación en las actitudes y prácticas sociales. La educación, en particular el trabajo de los docentes juega un papel fundamental en la construcción de una cultura ambiental sostenible. La formación de ciudadanos responsables y conscientes de su impacto en el medio ambiente es esencial para lograr cambios significativos en la comunidad.

La crisis socioambiental es una preocupación primordial para la humanidad, dado que pone en riesgo la vida de todas/os las/os seres vivos/os, ya que esta crisis sería la responsable del cambio climático y sus consecuencias (López, 2020). Sin embargo, la efectividad de esta labor aún está en discusión, especialmente en contextos donde los docentes enfrentan limitaciones en recursos y formación específica en educación ambiental. La necesidad de fortalecer el papel de los docentes en este aspecto justifica la presente investigación, dado que su participación puede ser decisiva para inculcar valores y conductas sostenibles en las generaciones futuras.

La educación ambiental promueve que las personas comprendan que la naturaleza es un sujeto de valor y dignidad por sí misma, valor intransable en el mercado, su valor está dado porque genera vida, permite la existencia de los ecosistemas y la sustentabilidad del planeta en su conjunto (González-Escobar, 2017). Para efectos de este estudio, a partir de lo que señala Maller *et al.* (2006), se usa indistintamente las nociones de naturaleza, medio ambiente y planeta para referirse a los ecosistemas que contienen agua, tierra, aire, flora y fauna; para ejemplificar: jardines, bosques, plazas, reservas naturales, plantas, animales salvajes y domésticos, ríos, lagos, entre otras. En este sentido, la educación ambiental es una herramienta cultural en función de las necesidades de las personas y del planeta, no del mercado (Caride & Meira, 2020).

La educación, particularmente la labor de los docentes, se presenta como una herramienta esencial para promover una cultura ambiental responsable. Sin embargo, en muchos contextos, los docentes enfrentan limitaciones como la falta de formación especializada, recursos insuficientes y poca integración de estos temas en los currículos escolares, lo que afecta la calidad y efectividad de la enseñanza ambiental. Ellos son quienes discuten las limitaciones y desafíos que enfrentan los docentes en la enseñanza de temas ambientales, incluyendo la formación y recursos insuficientes, así como la poca integración en los currículos (González y Acosta, 2018).

Por ello, resulta imprescindible analizar el papel que desempeñan los docentes en este proceso, explorar las estrategias que utilizan, y reconocer los obstáculos que enfrentan para potenciar su participación en la formación de una cultura ambiental sostenible. Este estudio busca contribuir a enriquecer el marco teórico y práctico de la educación ambiental, promoviendo acciones que fortalezcan la labor docente y, en consecuencia, el compromiso social con la sostenibilidad ambiental.

Metodología

Se utilizó un enfoque cualitativo, es adecuado en este contexto porque permite comprender en profundidad las experiencias, percepciones y prácticas de los docentes respecto a la integración de temas ambientales en la educación. La naturaleza del estudio implica explorar las actitudes, creencias, desafíos y estrategias que usan los docentes, lo cual se logra mejor a través de técnicas como entrevistas, observaciones y análisis de materiales, características típicas del método cualitativo.

Este enfoque favorece la obtención de información rica y detallada que aporta un entendimiento más completo del fenómeno, en contraste con métodos cuantitativos que se centran en cuantificar variables y establecer relaciones numéricas. Además, la inclusión de diferentes instituciones y niveles permite captar la diversidad de realidades y contextos, contribuyendo a una visión más holística del papel del docente en la formación ambiental.

Se realizaron entrevistas en marzo de 2025, dirigidas a docentes de diversas instituciones educativas, incluyendo los centros de Educación Media Superior a Distancia (EMSaD) 28, 39, y 51, así como el plantel 4 de Macuspana, el Telebachillerato de Apasco, el plantel 25, el plantel 1 de Villa Hermosa y el plantel Bicultural 19.

Además, se realizaron observaciones en el aula **(ver Tabla 1)** y una revisión de los materiales didácticos utilizados en las clases con el fin de evaluar cómo se integran los contenidos ambientales en la enseñanza. La muestra consideró docentes de diferentes niveles y contextos para obtener una visión amplia del fenómeno.

Tabla 1. *Formato de observación*

DATOS DE LA OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN
Institución	
Docente observado	
Fecha y hora	
Duración	

Fuente. Elaboración propia, 2025.

El objetivo de esta observación en el aula fue registrar y analizar las prácticas pedagógicas de los docentes en relación con la enseñanza de contenidos sobre cultura ambiental y sostenibilidad **(ver Tabla 2).** La intención es identificar las estrategias, recursos y condiciones que favorecen o dificultan la incorporación efectiva de temas ambientales en el proceso de enseñanza-aprendizaje, así como detectar posibles áreas de mejora para promover una educación ambiental más significativa y participativa.

Tabla 2. *Prácticas pedagógicas de los docentes sobre cultura ambiental y sostenibilidad*

ASPECTO A OBSERVAR.	DESCRIPCIÓN / INDICADORES	OBSERVACIONES
Estrategias pedagógicas para abordar temas ambientales.	Uso de recursos, actividades participativas, métodos de enseñanza.	
Integración del contenido ambiental en la clase.	Conexión con el currículo, coherencia temática.	
Actividades desarrolladas.	Tipo, nivel de participación e interés de los estudiantes	
Uso de recursos didácticos.	Materiales, medios audiovisuales, ejemplos prácticos.	
Ambiente en el aula.	Participación, respeto, colaboración.	
Evidencias del pensamiento crítico y reflexivo.	Preguntas, debates, reflexiones del estudiante.	

Fuente. Elaboración propia, 2025.

Para evaluar cómo se integran los contenidos ambientales en la enseñanza, se examinaron diversos materiales didácticos utilizados por los docentes, tales como:

- Carteles o pósteres sobre temas ambientales (reciclaje, biodiversidad, conservación de agua).
- Modelos o maquetas de ecosistemas, recursos naturales o instalaciones de reciclaje.
- Folletos o cartillas informativas sobre temas ambientales.
- Preguntas abiertas y algunas cerradas. (opcionalmente, para obtener datos cuantitativos o categóricos).
- Recursos digitales y plataformas educativas.
- Propuestas de actividades y proyectos ambientales.
- Libros de texto y guías curriculares.

El objetivo de utilizar un cuestionario es explorar en profundidad las experiencias, percepciones, estrategias y obstáculos que enfrentan los docentes en la integración de temas ambientales en su labor educativa. Este formato permitió:

- Flexibilidad: Adaptar las preguntas según la dirección que tome la entrevista.
- Profundización: Solicitar aclaraciones o ejemplos adicionales.
- Recolección de datos significativos y contextuales: Entender las prácticas docentes en diferentes contextos y niveles educativos.

Al analizar estos materiales, se consideraron los siguientes aspectos:

- Relevancia y coherencia: ¿Los materiales abordan temas relacionados con la sostenibilidad, el cuidado del medio ambiente y la cultura ambiental? ¿Están alineados con los objetivos curriculares?
- Actualidad y adecuación: ¿Los contenidos están actualizados y son apropiados para la edad de los estudiantes? ¿Incluyen propuestas de actividades prácticas y reflexión?
- Diversidad de recursos: ¿Utilizan diferentes tipos de recursos (visual, auditivo, digital) para facilitar el aprendizaje?
- Interactividad y participación: ¿Fomentan la participación activa de los estudiantes, promoviendo actitudes y comportamientos responsables?
- Integración curricular: ¿Están integrados transversalmente en diferentes asignaturas o de forma aislada en temas específicos?

La guía de preguntas **(ver Tabla 3)** se diseñó con base en los objetivos específicos del estudio, buscando explorar en profundidad las experiencias, percepciones y prácticas de los docentes respecto a la integración de contenidos ambientales en su enseñanza. Se priorizó el uso de preguntas abiertas, para facilitar que los docentes expresaran en sus propias palabras sus prácticas, percepciones y desafíos relacionados con la enseñanza de temas ambientales.

Tabla 3. *Guía de preguntas*

1.¿Podría contarme cómo usualmente integra temas ambientales en sus clases?
2.¿Qué estrategias utiliza para enseñar contenidos relacionados con la sostenibilidad y la protección del entorno?
3.¿Cuáles considera que son los principales obstáculos que enfrenta para incluir temas ambientales en su relación con los estudiantes?
4.¿Qué tipo de recursos o materiales didácticos utiliza o le gustaría usar para enseñar sobre temas ambientales?
5.¿De qué manera recibe apoyo o formación en temas de educación ambiental?
6.¿Cómo percibe su rol en la sensibilización y formación de los estudiantes en respecto a la cultura ambiental?
7.¿Ha enfrentado dificultades relacionadas con la falta de tiempo, recursos o formación especializada en la enseñanza de contenidos ambientales? ¿Podría comentar sobre alguna experiencia concreta?

Fuente. Elaboración propia, 2025.

La muestra se seleccionó mediante un muestreo intencional o por criterio, dado que el objetivo era obtener información profunda y relevante de docentes que estuvieran involucrados en la enseñanza de contenidos ambientales en diferentes contextos educativos. Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Docentes en ejercicio, de nivel educativo medio superior.
- Docentes con edad desde 30 hasta 55 años.
- Participantes provenientes de distintas instituciones educativas (públicas y privadas).
- Docentes con experiencia mínima de 10 años en el aula.
- Disposición para participar y compartir sus experiencias en educación ambiental.

El tamaño de la muestra **(Figura 1)** se determinó en función de la saturación de la información, considerando que en estudios cualitativos no existe un número fijo, sino que se busca obtener suficiente profundidad en las respuestas. En este caso, se entrevistaron docentes, ajustando el número hasta alcanzar la saturación de datos. Las características demográficas de los docentes participantes fueron las siguientes:

Figura 1. *Proporción de la muestra por género*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

Figura 2. *Experiencia docente: Desde 3 hasta 25 años de experiencia*



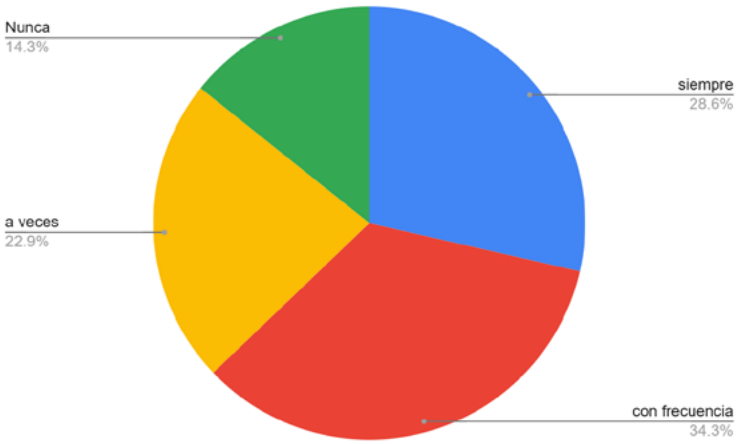
Fuente. Elaboración propia, 2025.

Resultados y discusión

La mayoría de los maestros utilizan recursos interactivos (materiales didácticos, proyectos, recursos multimedia) para enseñar sostenibilidad, con un porcentaje significativo apoyándose en contenidos multimedia.

Esto indica una preferencia por métodos dinámicos y atractivos que capten la atención de los estudiantes. Sin embargo, aún hay una porción que podría estar interesada en incorporar más recursos tecnológicos y actividades prácticas.

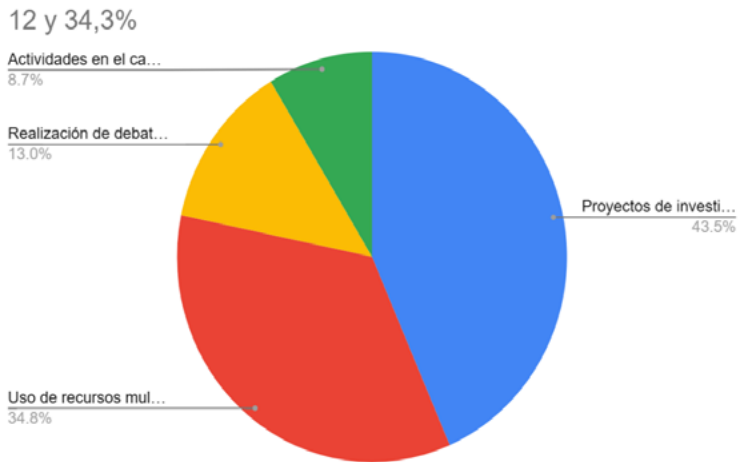
Figura 3. *¿Podría contarme cómo usualmente integra temas ambientales en sus clases?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

El principal obstáculo identificado es la falta de recursos adecuados, seguido por insuficiente capacitación en temas ambientales. Esto revela una necesidad importante de apoyo institucional y formación específica para que los maestros puedan integrar efectivamente estos temas en sus clases. La poca motivación de los estudiantes y limitaciones curriculares también son desafíos menores, pero relevantes.

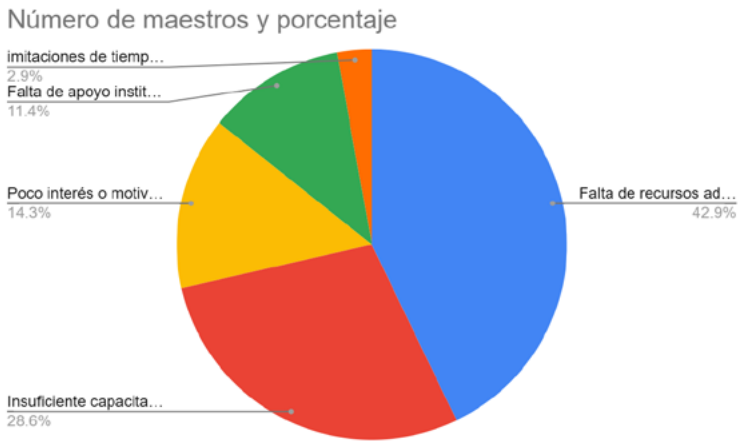
Figura 4. *¿Qué estrategias utiliza para enseñar contenidos relacionados con la sostenibilidad y la protección del entorno?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

Los recursos multimedia y visuales predominan en la preferencia, lo cual refleja una tendencia hacia el uso de videos, carteles y aplicaciones digitales. Los recursos interactivos también son valorados, indicando interés por métodos innovadores. La disponibilidad de estos recursos puede potenciar significativamente la enseñanza ambiental.

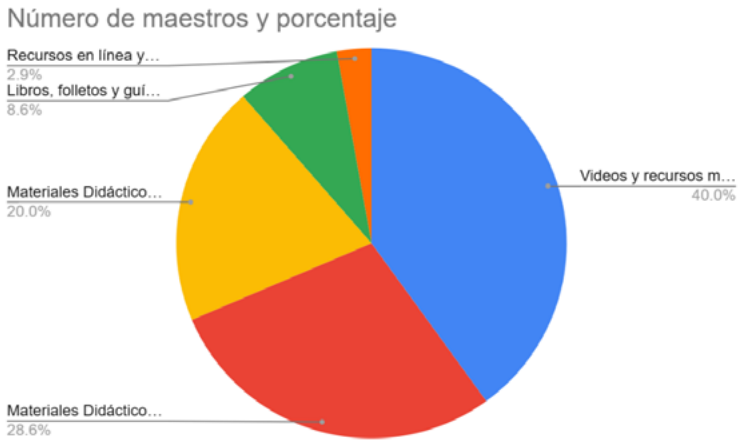
Figura 5. *¿Cuáles considera que son los principales obstáculos que enfrenta para incluir temas ambientales en su relación con los estudiantes?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

La mayoría recibe apoyo a través de cursos, talleres y capacitación en línea, aunque una cantidad considerable también obtiene asesoría y comparte experiencias con colegas. Esto sugiere que hay canales de formación disponibles, pero quizás todavía hay espacio para ampliar estas oportunidades y hacerlas más accesibles o especializadas.

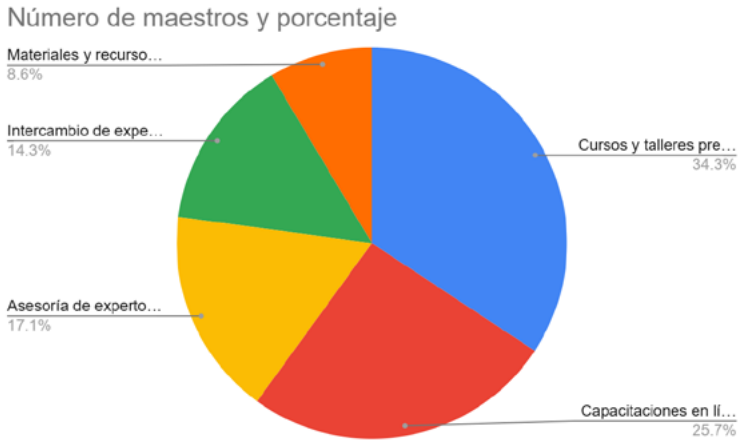
Figura 6. *¿Qué tipo de recursos o materiales didácticos utiliza o le gustaría usar para enseñar sobre temas ambientales?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

La percepción predominante es que los maestros se ven como facilitadores y motivadores, con un papel importante en inculcar valores y actitudes sobre el medio ambiente. Esto muestra un compromiso positivo y un enfoque activo en la formación de una cultura ambiental en los estudiantes.

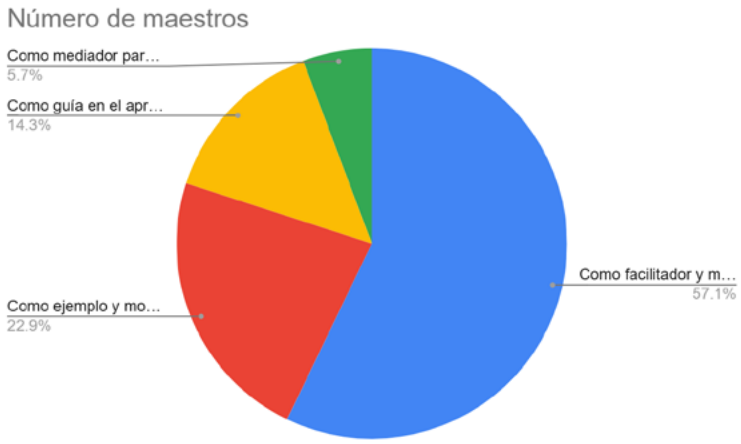
Figura 7. *¿De qué manera recibe apoyo o formación en temas de educación ambiental?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

La principal dificultad radica en la falta de tiempo para dedicar a actividades ambientales, seguida por la escasez de recursos y formación especializada. Esto indica una necesidad de reorganización curricular o mayor apoyo institucional para brindar tiempo y recursos adecuados, y fortalecer la capacitación de los docentes.

Figura 8. *¿Cómo percibe su rol en la sensibilización y formación de los estudiantes en respecto a la cultura ambiental?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

Las dificultades más frecuentes están relacionadas con la falta de tiempo y recursos, y en menor medida, con la formación. Muchas experiencias evidencian que estas limitaciones dificultan la implementación de actividades ambientales, afectando la efectividad de la enseñanza y la sensibilización en los estudiantes.

Figura 9. *¿Ha enfrentado dificultades relacionadas con la falta de tiempo, recursos o formación especializada en la enseñanza de contenidos ambientales?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

En resumen, estas gráficas reflejan un contexto en el que los maestros muestran interés y compromiso en la enseñanza ambiental, pero enfrentan obstáculos relacionados con recursos, formación y tiempo. Los docentes reconocen la importancia de incluir contenidos ambientales en sus clases y, en general, promueven actividades participativas que fomentan el pensamiento crítico y la reflexión sobre las acciones cotidianas.

Por otro lado, se revisaron las transcripciones o notas de las entrevistas y se identificaron fragmentos relevantes relacionados con las prácticas, percepciones y dificultades de los docentes respecto a la educación ambiental. Estas respuestas se codificaron mediante etiquetas o categorías iniciales, que reflejaban aspectos específicos como actividades, recursos, apoyos, obstáculos, entre otros. Las codificaciones se agruparon en categorías mayores, que permitieron organizar la información y facilitar la identificación de patrones y relaciones.

Se analizaron las categorías para detectar relaciones, tendencias y diferencias significativas, permitiendo elaborar conclusiones sobre el estado de la educación ambiental en las instituciones y las percepciones docentes. A partir de las categorías y patrones hallados, se elaboraron narrativas que explicaran las principales fortalezas, desafíos y necesidades, como la importancia que dan los docentes a la educación ambiental, las estrategias que emplean, las dificultades que enfrentan y las acciones que consideran necesarias.

Reconocimiento de la importancia de la educación ambiental

La interpretación que se puede derivar de los testimonios docentes recopilados en el estudio aporta una comprensión profunda sobre las percepciones, actitudes y prácticas que los docentes asocian a su labor en el campo de la educación ambiental y la construcción de una cultura ambiental sostenible.

A través de estos relatos, se visibilizan diversos aspectos relacionados con su formación, motivaciones, desafíos, dificultades y logros en el proceso de institucionalizar y promover valores, conocimientos y habilidades en sus estudiantes en materia de sostenibilidad.

> "Creo que es fundamental que incluya temas de medio ambiente en mis clases, ya que los estudiantes necesitan entender por qué deben cuidar nuestro planeta" (Docente J., comunicación personal, julio 2025).

Los docentes reconocen la importancia de la educación ambiental porque consideran que es clave para promover una conciencia responsable, abordar problemáticas globales y preparar a los estudiantes para un futuro en el que la sostenibilidad será fundamental.

> "Los docentes estamos convencidos de la importancia de educar en temas ambientales, pero el limitado presupuesto y la escasa formación dificultan la implementación efectiva de programas y proyectos" (Ruiz, D., comunicación personal, julio 2025).

La justificación por la cual los docentes reconocen la importancia de la educación ambiental está fundamentada en diversas razones de carácter teórico, ético, social y pedagógico que emergen de sus percepciones y experiencias. En primer lugar, muchos docentes identifican la educación ambiental como un elemento esencial para concienciar a los estudiantes sobre la realidad ecológica y las problemáticas sociales relacionadas con la sostenibilidad, promoviendo una actitud crítica y responsable ante los desafíos ambientales globales y locales. Este reconocimiento está vinculado a la percepción de que la educación puede constituirse en un instrumento potente para transformar valores, comportamientos y prácticas culturales, fomentando actitudes de respeto, conservación y responsabilidad hacia el medio ambiente.

Asimismo, los docentes consideran que la educación ambiental es fundamental en el contexto actual debido a la creciente evidencia de los impactos negativos del ser humano sobre los ecosistemas, lo cual hace indispensable que las instituciones educativas cumplan un rol social y formativo en la formación de ciudadanos críticos y comprometidos con la sostenibilidad. La relevancia que atribuyen a este campo también se relaciona con el compromiso ético de contribuir a una convivencia armónica entre la humanidad y la naturaleza, promoviendo la corresponsabilidad y la conciencia global.

Desde una perspectiva pedagógica, muchos docentes reconocen que la educación ambiental facilita metodologías activas, participativas y contextualizadas, que no solo transmiten conocimientos teóricos, sino que también promueven habilidades prácticas y actitudes que favorecen la reflexión y el compromiso social. En este sentido, consideran que facilitar espacios de aprendizaje en contacto con la naturaleza, integrar temas ambientales en diferentes disciplinas y promover acciones concretas contribuyen a fortalecer las capacidades de los estudiantes para enfrentar los desafíos ambientales del presente y del futuro.

> “Hago debates y proyectos con los estudiantes, porque así logran comprender mejor y se interesan más por el tema ambiental” (A. López, comunicación personal, julio 2025).

Por otra parte, la valoración de la importancia de la educación ambiental también está sustentada en su potencial para fortalecer los sentidos de comunidad, identidad y pertenencia, y en su capacidad para influir en las diferentes dimensiones del desarrollo humano sustentable. La percepción compartida por los docentes de que la educación ambiental es una herramienta clave para la construcción de una ciudadanía responsable, informada y activa, constituye uno de los principales motivos que explican su reconocimiento de su valor y pertinencia.

Promoción de actividades participativas

La mayoría intenta sensibilizar a los estudiantes respecto al cuidado del medio ambiente mediante proyectos, debates y uso de materiales didácticos específicos. Sin embargo, se identifican dificultades importantes como la carencia de formación especializada en educación ambiental y recursos limitados, lo que reduce la efectividad de sus acciones pedagógicas.

> "Los docentes intentamos involucrar a los estudiantes en actividades prácticas y proyectos ambientales, aunque la falta de recursos y formación especializada limita mucho la efectividad de estas acciones" (Martínez, E., (A. López, comunicación personal, julio 2025).
>
> "La motivación y el interés en temas ambientales aumentan cuando los docentes reciben capacitación específica, pero actualmente contamos con muy pocos recursos y apoyo institucional" (Sánchez, R., comunicación personal, julio 2025).
>
> "A pesar de las dificultades, seguimos buscando maneras innovadoras de sensibilizar a los jóvenes sobre la importancia del cuidado del medio ambiente, pero sentimos que necesitamos más apoyo y capacitación" (López, F., comunicación personal, julio 2025).
>
> "El desafío principal radica en la falta de recursos y en la formación especializada, lo que hace difícil que las acciones educativas tengan un impacto duradero en los estudiantes" (Vargas, M., comunicación personal, julio 2025).

Muchos docentes sienten que, pese a su interés, no cuentan con suficiente apoyo institucional ni con programas de capacitación adecuados para afrontar este campo, lo que limita el alcance de sus intervenciones educativas. Además, los materiales didácticos disponibles en muchas instituciones no están actualizados o no abordan temas ambientales de forma integral, lo que repercute en la profundidad y calidad de la enseñanza.

> "Muchos docentes sentimos que, a pesar del interés en promover una educación ambiental, no contamos con suficiente apoyo institucional ni con programas de capacitación adecuados, lo que limita nuestro trabajo en el aula" (García, P., comunicación personal, julio 2025).
>
> "La falta de materiales didácticos actualizados y que aborden los temas ambientales de manera integral afecta la calidad de nuestra enseñanza y el impacto que podemos tener en los estudiantes" (Martín, L., comunicación personal, julio 2025).
>
> "Nos gustaría tener más respaldo y formación especializada en temas ambientales, porque eso nos permitiría hacer intervenciones educativas más efectivas y significativas" (Flores, R., comunicación personal, julio 2025).
>
> "La escasa disponibilidad de recursos y apoyo institucional en el campo de la educación ambiental nos limita en el hacer y en la profundidad de las actividades que podemos proponer a los alumnos" (Soto, M., comunicación personal, julio 2025).

> "A pesar de nuestras ganas y compromiso, la falta de programas de capacitación y materiales adecuados dificulta nuestro trabajo y reduce el alcance de nuestras acciones en pro del cuidado ambiental" (Paredes, D., comunicación personal, julio 2025).

Estos resultados sugieren que, aunque los docentes valoran la educación ambiental y realizan esfuerzos en ese sentido, enfrentan obstáculos que dificultan un trabajo más efectivo. La falta de formación especializada y recursos adecuados representan barreras significativas que deben abordarse para potenciar el rol de los docentes en la promoción de una cultura ambiental.

Por ello, es fundamental implementar programas de capacitación, dotar de recursos y materiales adecuados, y fortalecer las políticas institucionales que prioricen la educación ambiental, ya que solo con estas acciones será posible promover una comunidad educativa más consciente y comprometida con la sostenibilidad del planeta.

Las evidencias empíricas, obtenidas a través de entrevistas, observaciones en el aula y análisis de materiales didácticos, respaldan la necesidad de fortalecer la formación del profesorado mediante programas de capacitación específicos y la dotación de recursos adecuados. Además, se destaca que la implementación de políticas institucionales que prioricen la educación ambiental facilitará un entorno más propicio para la enseñanza efectiva de estos contenidos, promoviendo así hábitos responsables y una mayor conciencia ecológica en las futuras generaciones.

Conclusiones

Con base en los datos y análisis presentados, se puede deducir que la labor docente en la promoción de una cultura ambiental sostenida es fundamental para afrontar la crisis ambiental global. Los docentes, a través de la integración de contenidos ambientales en sus prácticas pedagógicas, actividades participativas y estímulo del pensamiento crítico, contribuyen a sensibilizar a los estudiantes sobre la importancia de adoptar estilos de vida sostenibles. Sin embargo, los resultados del estudio evidencian que este esfuerzo se ve limitado por dificultades como la falta de formación especializada en educación ambiental, recursos didácticos desactualizados y escaso apoyo institucional. Para potenciar la educación en sostenibilidad, es fundamental ampliar las oportunidades de capacitación, proveer recursos adecuados y ofrecer apoyo institucional que permita dedicar más tiempo a estos contenidos.

En conclusión, solo mediante la consolidación de acciones concretas en formación, recursos y políticas educativas, será posible lograr una verdadera cultura ambiental en las comunidades educativas. Esto, a su vez, facilitará la formación de ciudadanos comprometidos con la sostenibilidad y contribuirá de manera significativa a la construcción de sociedades más responsables y conscientes del impacto de sus acciones en el medio ambiente.

Referencias

Caride, J. A., & Meira, P. Á. (2020). La educación ambiental en los límites, o la necesidad cívica y pedagógica de respuestas a una civilización que colapsa. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 3,* 21-34.

González, E. y Acosta, L. (2018). Formación docente y educación ambiental: Retos y perspectivas. *Revista de Estudios Ambientales, 10(2),* 123 137. https://doi.org/10.1234/reva.2018.1028

González-Escobar, C. (2017). La educación ambiental en el problema del desarrollo ético. *Revista Electrónica Educare, 21*(2), 1-19.

López, P. (2020). La cara neoextractivista de la crisis socio-ambiental en Sudamérica: acentuación del despojo, disputa de territorialidades y horizontes alternativos. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria, 6*(2), 121-139.

Maller, C., Townsend, M., Pryor, A., Brown, P., & St Leger, L. (2006). Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health Promotion International, 21*(1), 45-54.

RIESGO DE EMBARAZO ADOLESCENTE Y DESINFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL: UN ESTUDIO CUANTITATIVO

RISK OF TEENAGE PREGNANCY AND MISINFORMATION ABOUT SEX EDUCATION: A QUANTITATIVE STUDY

Judith Gutiérrez Solís[1]

[1]Instituto Universitario de la Naciones Hispanas, calle Bugambilias 101, Paseo de Camelinas, código postal 42084, Pachuca de Soto, Hidalgo. Correo electrónico: judithgutierrezsolis@gmail.com

Resumen

Este artículo presenta los hallazgos de una investigación enfocada en los riesgos y problemáticas asociados al embarazo no planeado en la adolescencia. A partir de un enfoque cuantitativo y mediante la aplicación de encuestas a estudiantes adolescentes, se identificó un desconocimiento generalizado sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, así como una falta de acceso a información preventiva. El estudio sugiere que una educación sexual integral y oportuna puede contribuir significativamente a la toma de decisiones responsables en esta etapa de la vida. La investigación se desarrolló a partir de un caso práctico en una clínica de especialidades del sistema de salud pública, integrando elementos de observación empírica y reflexión crítica. Los resultados reflejaron un desconocimiento generalizado y una baja preparación emocional y educativa frente a temas fundamentales de salud sexual.

Palabras clave: Embarazo adolescente; educación sexual; prevención.

Abstract

This article presents the findings of a research study focused on the risks and problems associated with unplanned pregnancy in adolescence. Using a quantitative approach and surveys with adolescent students, the study identified a widespread lack of knowledge about sexuality and contraceptive methods, as well as a lack of access to preventive information. The study suggests that comprehensive and timely sexuality education can significantly contribute to responsible decision-making at this stage of life. The research was developed based on a case study in a specialty clinic within the public health system, integrating elements of empirical observation and critical reflection. The results reflected a widespread lack of knowledge and low emotional and educational preparation regarding fundamental sexual health issues.

Keywords: Teenage pregnancy; sex education; prevention.

Introducción

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que se caracteriza por cambios físicos, emocionales y sociales significativos En este contexto, el presente trabajo propone ofrecer un panorama sobre los riesgos que conlleva un embarazo no planeado en adolescentes y destacar la importancia de una educación sexual temprana e informada.

El embarazo en la adolescencia representa uno de los principales problemas sociales y de salud pública a nivel mundial. Esta situación ocurre cuando una joven entre los 10 y 15 años queda embarazada, y con frecuencia se asocia a múltiples factores como la falta de educación sexual, el acceso limitado a métodos anticonceptivos, y contextos sociales vulnerables. La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo físico, emocional y social, y la maternidad precoz puede interrumpir procesos esenciales como la educación y la formación personal.

Desde el punto de vista de la salud, el embarazo adolescente conlleva mayores riesgos tanto para la madre como para el bebé. Las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones como preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). A nivel psicológico, muchas adolescentes experimentan estrés, ansiedad y depresión debido a la presión social, el rechazo familiar o el abandono escolar.

En el ámbito educativo, la maternidad temprana es una de las principales causas de deserción escolar. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), las adolescentes que se convierten en madres tienden a abandonar la escuela, lo que limita sus oportunidades laborales y perpetúa el ciclo de pobreza (UNFPA, 2022).

Las causas del embarazo en la adolescencia son múltiples y complejas. Entre ellas destacan la falta de acceso a información adecuada sobre sexualidad, la influencia de normas culturales y de género, así como entornos familiares disfuncionales. La educación sexual integral ha demostrado ser una herramienta eficaz para prevenir embarazos no deseados, ya que permite a los jóvenes tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad (Pérez, 2021).

Frente a esta problemática, los gobiernos, las instituciones educativas y las familias deben trabajar en conjunto para implementar programas preventivos, brindar apoyo emocional y facilitar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Es fundamental crear espacios seguros donde las y los adolescentes puedan expresar sus dudas, recibir orientación adecuada y tener acceso a anticonceptivos.

La falta de conocimiento sobre salud sexual representa una barrera significativa para la toma de decisiones responsables. Con base en ello, se eligió un enfoque cuantitativo que

permitió explorar cuáles son algunas de las estructuras sociales, educativas y culturales que perpetúan la desinformación entre los jóvenes.

Metodología

El objetivo de la investigación realizada fue ofrecer un panorama acerca de la desinformación sobre educación sexual y sus riesgos asociados al embarazo adolescente.

La presente investigación se enmarca en el paradigma distributivo, el cual resulta pertinente dado que permite identificar y analizar la distribución de la información —o la carencia de ella— en torno a la sexualidad, el embarazo en la adolescencia y el uso de métodos anticonceptivos, diferenciando dichas variables por sexo. Este paradigma es útil para visibilizar patrones sociales y educativos que afectan de manera diferenciada a hombres y mujeres, lo cual es fundamental para el objetivo del estudio.

Asimismo, se adopta un enfoque cuantitativo, ya que este posibilita la medición objetiva de los niveles de desinformación en la población adolescente mediante datos numéricos. En concordancia con dicho enfoque, se seleccionó la técnica de la encuesta, debido a su eficacia para recolectar datos estructurados a través de preguntas cerradas, particularmente del tipo dicotómico (sí/no). Esta técnica facilita la obtención de información estadísticamente procesable, que permite comparar grupos y establecer tendencias relacionadas con el desconocimiento sobre temas de salud sexual y reproductiva.

La metodología empleada consistió en la aplicación de una encuesta a 30 adolescentes en el contexto de la Clínica de Especialidades No. 2, ubicada en la colonia Centro de la Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, y actualmente integrada al programa del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS-Bienestar, consistente en ofrecer servicios de salud como atención médica, medicamentos e insumos médicos gratuitos en unidades de salud.

Las preguntas **(ver Tabla 1)** se orientaron a explorar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes, la disposición a asumir responsabilidades parentales y el grado de exposición previa a pláticas informativas sobre sexualidad. Así también se exploró la información sobre sexualidad y conocimiento de métodos anticonceptivos actuales.

La muestra fue intencional, a conveniencia, y las variables consideradas fueron el rango de edad (de 12 a 15 años), el sexo (mujeres y hombres) y la adscripción religiosa. Se eligieron dichas variables porque, durante dichas edades, comienza la vida sexual en la adolescencia por lo que es un punto clave para determinar una estadística más certera.

La variable de la religión fue incorporada en esta investigación debido a su influencia significativa en la configuración de normas, valores y creencias vinculadas con la sexualidad

en contextos familiares y comunitarios. En particular, la religión católica —predominante en muchos sectores de la sociedad mexicana— se basa en principios morales que inciden en la educación sexual que reciben los adolescentes, tanto en el ámbito escolar como en el familiar. Al estar respaldada por las figuras parentales dentro del núcleo familiar, esta orientación religiosa puede influir en el grado de apertura, información o restricción con que se abordan temas como el embarazo adolescente y el uso de métodos anticonceptivos. Por ello, se considera una variable relevante para comprender los factores socioculturales que inciden en la desinformación en torno a la salud sexual y reproductiva.

El instrumento fue aplicado en los horarios cercanos a la cita de las 7:00 de la mañana, en los corredores principales de la planta baja y el primer piso, así como en las pláticas ofrecidas acerca del embarazo, planificación familiar y cuidados. Dichas encuestas se realizaron en el periodo del 02 al 20 de junio del 2025.

Los contenidos del instrumento fueron los siguientes:

Tabla 1. *Encuesta sobre sexualidad y planificación familiar*

TEMA	ÍTEM
Salud sexual	¿Conoces sobre sexualidad?
	¿Te has informado de las enfermedades si no utilizas protección, seleccionado un método anticonceptivo?
Planificación familiar	¿Has tenido información de planificación familiar?
	¿Utilizas algún método anticonceptivo?

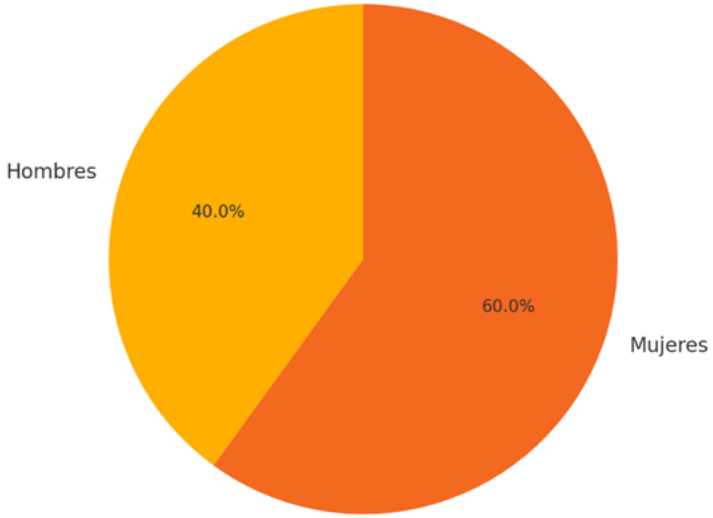
Fuente. Elaboración propia, 2025.

Resultados y discusión

El muestreo arrojó los siguientes resultados sobre la naturaleza de las/os participantes. En primera instancia, la proporción de mujeres y hombres encuestados es de 18 mujeres (60%) y 12 hombres (40%).

Esta grafica representa cómo, al parecer, los hombres tienen menos información sobre los métodos anticonceptivos y la sexualidad, mientras las mujeres conocen más sobre el tema del embarazo en la adolescencia.

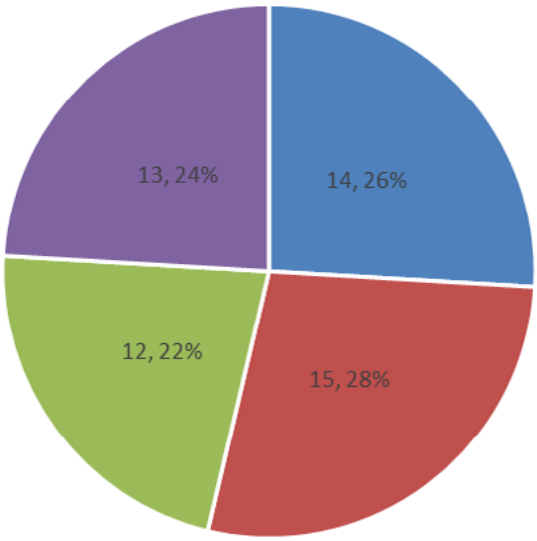
Figura 1. *Proporción de mujeres y hombres encuestados*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

Asimismo, las edades más frecuentes son 15 y 14 años, seguidas por 12 y 13 años. La etapa de la adolescencia temprana, comprendida generalmente entre los 12 y 15 años, constituye un periodo crítico en el que suele iniciarse el desarrollo de la sexualidad. Por esta razón, dichas edades han sido seleccionadas como objeto de estudio, con el propósito de ejemplificar y analizar la ocurrencia del embarazo no deseado en esta población.

Figura 2. *Proporción de edades de las y los encuestados*

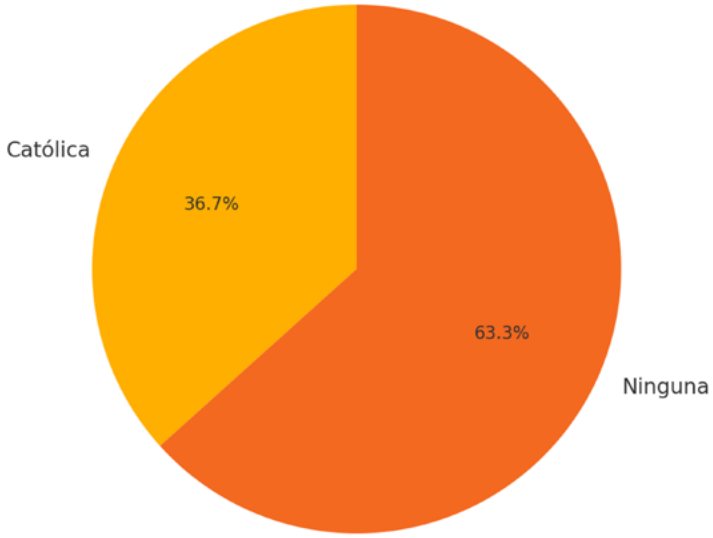


Fuente. Elaboración propia, 2025.

Respecto a la proporción de personas con adscripción religiosa, un 63.3% no tienen religión y un 36.7% se identifican como católicas. En la gráfica se observa que el 63.3 % de las personas encuestadas se identifican con religiones distintas a la católica, mientras

que el 36.7 % manifiestan pertenecer a la religión católica. Aunque el porcentaje de otras religiones es mayor, se destaca que la religión católica posee una influencia social y cultural históricamente consolidada en el contexto mexicano. En contraste, las demás religiones —no especificadas en el instrumento— presentan menor representación institucional y, en algunos casos, menor presencia normativa en temas relacionados con la educación y la moral sexual, lo que puede influir en la percepción de su confiabilidad o autoridad en estos ámbitos.

Figura 3. *Proporción de personas con y sin adscripción religiosa*



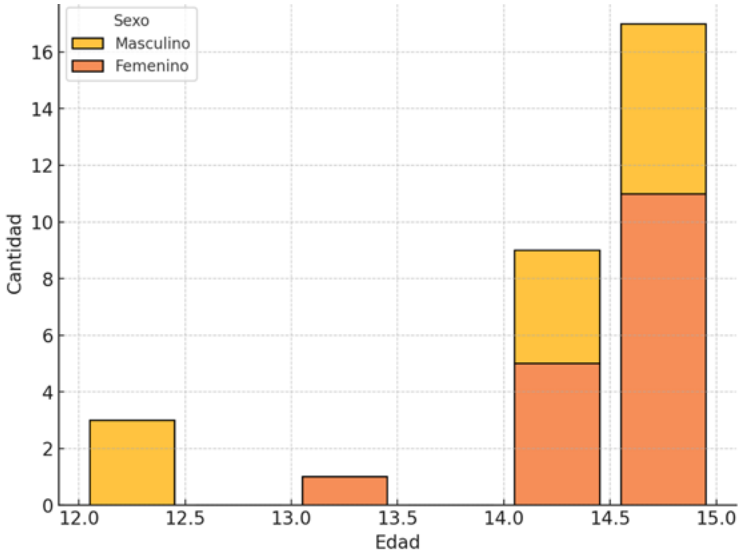
Fuente. Elaboración propia, 2025.

En relación con la proporción entre sexo y edad de los encuestados, se observa dos aspectos:

- A los 15 años hay más personas encuestadas, tanto mujeres como hombres.
- La mayoría de las edades están representadas por más mujeres que hombres.

Se observa un porcentaje más elevado en el caso del género femenino en comparación con el masculino, lo cual se explica por el hecho de que son las mujeres quienes experimentan directamente el embarazo. Esta condición biológica, además de su dimensión social, hace que las mujeres sean más visibilizadas y frecuentemente objeto de análisis en estudios sobre embarazo no deseado en la adolescencia.

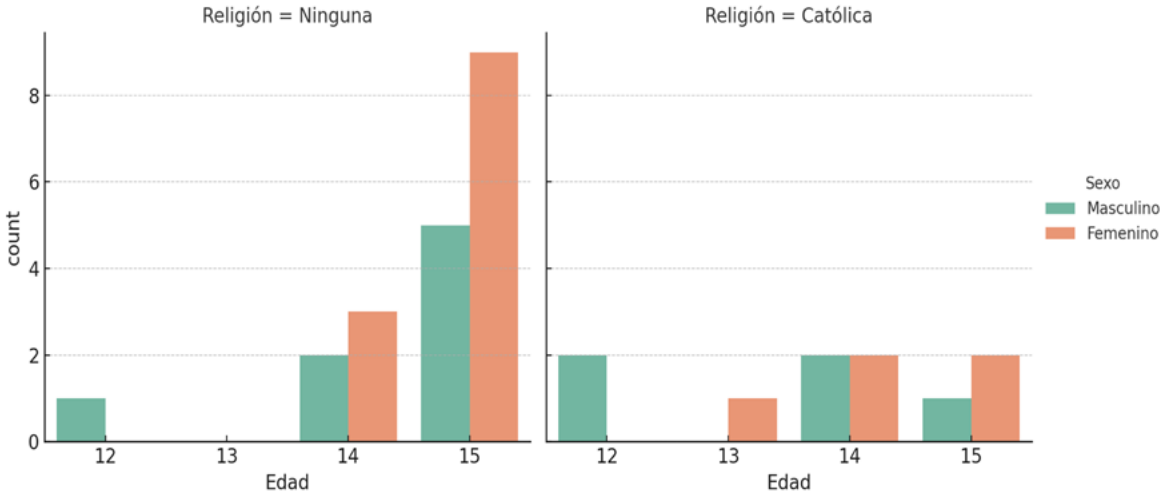
Figura 4. *Distribución de sexo por edad*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

En cuanto a la distribución por edad y sexo de los encuestados, separada por adscripción religiosa, en la columna "Ninguna" también predominan las mujeres, especialmente en los 14 y 15 años. Mientras, en la columna "Católica" se observan más mujeres en edades de 13 a 15. En suma, podemos deducir que predomina el porcentaje de mujeres adolescentes entre 14 y 15 años de edad porque son las que tienen menos información sobre los riesgos asociados al embarazo.

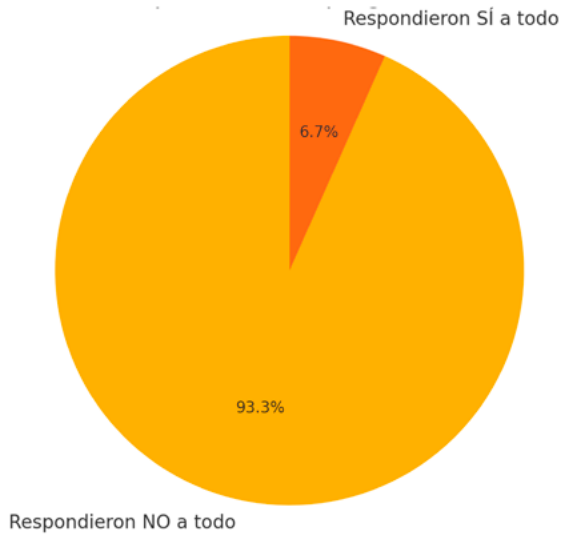
Figura 5 y 6. *Distribución por edad, sexo y religión*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

En las 30 encuestas realizadas en la Clínica de Especialidades N° 2, se observó que la mayoría de las/os encuestadas/os no conocen la información sobre salud sexual y planificación familiar: el 93.3% de los encuestados (28 personas) respondieron "NO" a todas las preguntas, mientras que solo el 6.7% (2 personas) respondieron "SÍ" a todas.

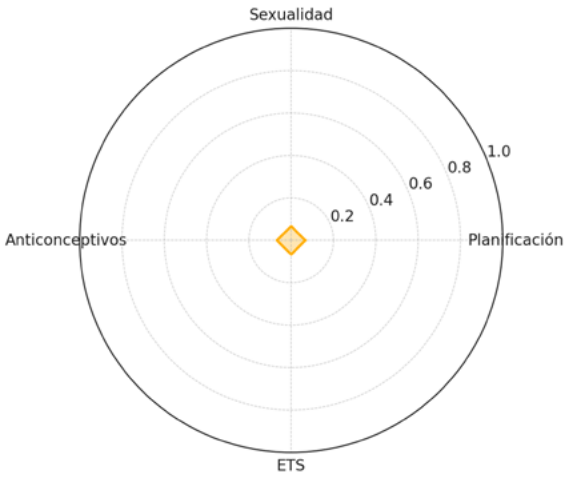
Figura 7. *Proporción de respuestas a las preguntas de la encuesta*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

Las/os adolescentes encuestadas/os no usan métodos anticonceptivos, no conocen ni utilizan un servicio, se desconoce esta información acerca de la planificación familiar. Las respuestas afirmativas por tema indican que todos los valores están cercanos a 0, ya que solo 2 de 30 personas respondieron "sí" a las preguntas. Esto refleja **una baja comprensión o falta de información** en los temas de planificación, sexualidad, anticoncepción y ETS.

Figura 8. *Promedio de respuestas afirmativas por tema*

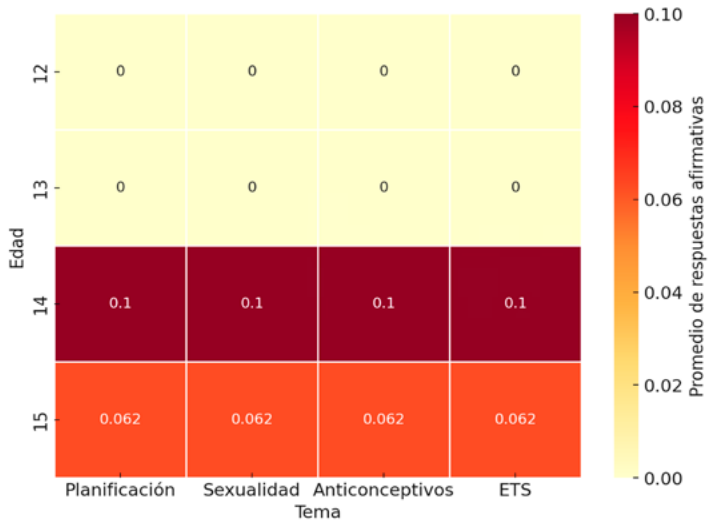


Fuente. Elaboración propia, 2025.

La distribución de las respuestas por edad y tema refleja que solo las edades **14 y 15 tienen respuestas afirmativas**, y en niveles muy bajos (menos del 10% del total de cada grupo).

Por otro lado, las edades **12 y 13 no presentan ninguna respuesta afirmativa**. Esto refuerza la conclusión de que **la mayoría de los adolescentes encuestados no tienen información** sobre salud sexual

Figura 9. *Mapa de calor de respuestas afirmativas por edad y tema*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

Aunque los resultados de la encuesta aplicada a 30 adolescentes no reportan explícitamente casos de embarazo, los datos recabados permiten inferir condiciones estructurales que apuntan a un riesgo elevado de embarazo en la adolescencia. Esta conclusión se sostiene en tres hallazgos centrales:

1. Desinformación generalizada en salud sexual y reproductiva. De acuerdo con los resultados, **el 93.3% de las y los adolescentes (28 de 30 encuestados)** afirmaron no contar con información sobre planificación familiar, sexualidad, métodos anticonceptivos ni enfermedades de transmisión sexual. Esta falta de conocimientos básicos coloca a la mayoría de los adolescentes encuestados en una **posición de alta vulnerabilidad frente al inicio de su vida sexual**, al no contar con herramientas informativas ni preventivas para ejercer su sexualidad de manera segura.

2. Rango etario de riesgo y ausencia de redes formales de información. Las edades de los y las encuestadas oscilan entre los 12 y los 15 años, etapa en la que, de acuerdo con datos nacionales e internacionales, se presenta con mayor frecuencia el inicio de la

vida sexual entre adolescentes. A esta situación se suma el hecho de que una proporción significativa de los participantes (63.3%) **no tiene adscripción religiosa ni se reportan fuentes institucionales o escolares de información en salud sexual**, lo cual puede reflejar una carencia de redes formales de orientación, acompañamiento o educación sexual.

3. Estimación teórica del riesgo de embarazo. Con base en estudios nacionales (Sánchez-Martínez y Espinoza-Rivera, 2024) se estima que alrededor del **25% de adolescentes de 14 a 15 años** han iniciado su vida sexual. Si se cruza este dato con el nivel de desinformación observado en la muestra (93.3%), se puede inferir que aproximadamente el **23.3% del total de adolescentes encuestados** (0.933 × 0.25) **se encuentran en riesgo directo de embarazo no planeado**, al estar posiblemente expuestos a relaciones sexuales sin el conocimiento ni uso de métodos de protección.

Es posible afirmar que el desconocimiento sobre el embarazo adolescente se debe a la falta de tiempo para la educación sexual; es decir, las/os adolescentes están dedicados a otra actividad o función y no tienen le tiempo para acceder a la información. Además, la falta de privacidad y confianza impide que se conozca la información sobre embarazo adolescente de una manera adecuada y eficiente. Entonces, el corazón de esta estrategia deja de existir.

Conclusiones

En conclusión, se observa que en el grupo de adolescentes encuestadas/os, participantes de sexo femenino y masculino desconoce la información sobre salud sexual y planificación familiar, motivo por el cual persisten los riesgos de enfrentar un embarazo adolescente. Por tanto, no existe una concientización sobre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no deseado.

Los datos obtenidos, aunque limitados en su alcance, permiten sostener que existe un riesgo significativo de embarazos adolescentes en la población encuestada, como resultado de la falta de información, el contexto etario y la ausencia de redes institucionales de prevención. Es deseable ampliar el estudio para integrar preguntas sobre inicio de vida sexual, experiencias previas de embarazo, y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a fin de contar con un diagnóstico más integral.

Referencias

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2022). El embarazo adolescente: causas, consecuencias y soluciones. https://www.unfpa.org/es

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). Embarazo en la adolescencia. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Pérez, M. L. (2021). Educación sexual en adolescentes: Una estrategia para prevenir el embarazo precoz. Revista de Salud Pública, 23(2), 45-52. https://doi.org/10.7705/sp.v23i2.1122

Sánchez-Martínez, N. y Espinoza-Rivera, I. (2024). Educación sexual integral, conductas sexuales de riesgo y embarazo adolescente en estudiantes de Oaxaca, México. *Horizonte sanitario*, *23*(2), 417-430.https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5842

LA AUSENCIA DEL PADRE, SU AFECCIÓN EN EL ESTADO MENTAL Y EL RIESGO SUICIDA

THE ABSENCE OF THE FATHER, HIS MENTAL ILLNESS AND THE RISK OF SUICIDE

Sandra Isela Damián Acha[1]

[1]Hospital General de Zona No. 83. Periférico paseo de la República 1935, código postal 58290, Morelia, Michoacàn. Correo electrónico:iseladamian0@gmail.com.

Resumen

La ausencia del padre en la vida de una persona puede tener profundas repercusiones en su bienestar emocional y psicológico. Por ello, el presente artículo tiene como objetivo mostrar cómo la ausencia paterna en la infancia puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de habilidades de afrontamiento emocional en la vida adulta. La metodología utilizada es de enfoque cuantitativo, pues se aplicó una encuesta a pacientes con riesgo suicida. Los resultados resaltan que la falta de una figura paterna puede generar sentimientos de abandono, inseguridad y tristeza, afectando el desarrollo de la identidad y la autoestima. Además, esta situación puede estar relacionada con alteraciones en el estado mental, como ansiedad, depresión y pensamientos negativos. En algunos casos, estas dificultades emocionales aumentan el riesgo de conductas autodestructivas, incluyendo pensamientos suicidas. En conclusión, existe una correlación significativa en los casos de conducta suicida obedeciendo a la frecuencia de ausencia del padre en la infancia y su afectación en el estado mental en la adultez.

Palabras clave: Ausencia del padre; estado mental; riesgo suicida.

Abstract

The absence of a father in a person's life can have profound repercussions on their emotional and psychological well-being. Therefore, this article aims to show how paternal absence in childhood can be a risk factor for the development of emotional coping skills in adulthood. The methodology used is quantitative, as a survey was applied to patients at risk of suicide. The results highlight that the lack of a father figure can generate feelings of abandonment, insecurity, and sadness, affecting the development of identity and self-esteem. Furthermore, this situation can be related to disturbances in mental state, such as anxiety, depression, and negative thoughts. In some cases, these emotional difficulties increase the risk of self-destructive behaviors, including suicidal thoughts. In conclusion, there is a significant correlation in cases of suicidal behavior corresponding to the absence of a father.

Keywords: Absence of father; mental state; suicidal.

Introducción

La figura paterna desempeña un papel fundamental en el desarrollo de los adolescentes y la presencia activa y afectiva del padre proporciona a los jóvenes un modelo de referencia y un apoyo emocional necesario para su desarrollo integral (Alegre, 2012).

Cuando un niño o adolescente no cuenta con la presencia o apoyo de su figura paterna, puede experimentar sentimientos de inseguridad y baja valoración personal. Esto se debe a que la figura paterna a menudo proporciona un sentido de protección, apoyo y validación que ayuda a fortalecer la confianza en uno mismo. Sin su presencia, la persona puede cuestionar su valía y sentirse menos capaz de afrontar desafíos, lo que puede traducirse en una autoestima disminuida. Además, la falta de reconocimiento o apoyo paterno puede hacer que la persona se sienta aislada o no valorada, afectando aún más su percepción de sí misma y su bienestar emocional.

Entendiendo que, ausencia paterna es la falta tanto física como afectiva del padre desde el nacimiento o desde la niñez temprana (menores de seis años), ya sea por muerte o abandono, según la definición de Rendón Quintero & Rodríguez Gómez (2021), esta puede tener diversos efectos en el desarrollo de los niños y adolescentes, abarcando áreas como el bienestar socioemocional, el rendimiento académico y la salud mental.

La forma en que la ausencia del padre afecta a una persona puede variar dependiendo de si esa ausencia se debe a su fallecimiento o a su abandono, y ambas situaciones tienen implicaciones distintas, pero igualmente importantes.

Cuando el padre fallece, la pérdida suele estar acompañada de un proceso de duelo y tristeza profunda. La persona puede experimentar sentimientos de tristeza, confusión, ira o culpa, y en algunos casos, puede sentir que le falta una figura de apoyo y protección en su vida. La muerte de un padre puede generar un impacto duradero en la autoestima, especialmente si la relación era cercana, ya que puede cuestionar el valor personal y la seguridad emocional. Sin embargo, en algunos casos, la aceptación y el apoyo de otros miembros de la familia o de figuras significativas pueden ayudar a sobrellevar la pérdida y fortalecer la resiliencia emocional.

Por otro lado, cuando un padre abandona, la situación puede generar sentimientos de rechazo, inseguridad y baja autoestima. La persona puede interpretar la ausencia como una falta de amor o valor por parte del padre, lo que puede afectar su percepción de sí misma y su confianza en las relaciones. El abandono puede crear un sentimiento de inseguridad constante y dificultad para confiar en los demás, además de aumentar el riesgo de desarrollar problemas emocionales como ansiedad o depresión. La sensación de ser dejado atrás o no ser lo suficientemente importante puede marcar profundamente la

autoestima y la percepción de valía personal, mientras que la pérdida por fallecimiento suele implicar un proceso de duelo y aceptación, el abandono puede generar heridas emocionales relacionadas con la inseguridad y la percepción de rechazo. Ambos tipos de ausencia pueden afectar la autoestima, pero en diferentes formas y con distintas implicaciones para el bienestar emocional de la persona y en ambos el riesgo suicida.

Un estudio realizado por Moral y colaboradores (2016), encontró que la ausencia paterna estaba asociada con un mayor riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad. Estos hallazgos sugieren que la figura paterna desempeña un papel importante en el desarrollo de una salud mental saludable en los hijos. Respaldando la idea de que la presencia de un padre es un factor protector importante para el bienestar socioemocional de los niños y adolescentes, Montoya y colaboradores (2016), encontraron en su estudio, que los niños que experimentaron la ausencia paterna tenían mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con aquellos que tenían una figura paterna presente en su vida.

En conclusión, la ausencia del padre representa un factor de riesgo relevante en la salud mental de las personas, con implicaciones directas en el aumento de la probabilidad de desarrollar trastornos depresivos y pensamientos suicidas. La comprensión de esta relación es fundamental para diseñar intervenciones preventivas y de apoyo que puedan mitigar los efectos negativos de esta ausencia y promover el bienestar psicológico en las poblaciones afectadas. La atención a las necesidades emocionales y la creación de redes de apoyo social son estrategias clave para reducir el impacto de la ausencia paterna en la salud mental y prevenir conductas autodestructivas.

Metodología

En la práctica profesional del Trabajo Social del Hospital General de Zona no. 83 es muy frecuente optar por el estudio de casos como método fundamental, pues entre sus principales ventajas está la posibilidad que ofrece de combinar métodos y técnicas con la finalidad de obtener el diagnostico social de los pacientes. En este marco es necesario considerar las posibilidades que ofrece para atender la individualidad y al mismo tiempo si son caso múltiple establecer o confirmar una hipótesis de trabajo. La experiencia desarrollada durante 1 año, los primeros seis meses del año 2025 (enero-junio) permitió identificar varios casos en que pacientes entre los 17 y 75 años de edad con intento autolítico, no habían conseguido superar la ausencia paterna y manifiestan estados emocionales depresivos recurrentes, obteniendo un total de 22 pacientes ingresados por el servicio de urgencias con este diagnóstico; utilizando un enfoque cuantitativo dentro del paradigma distributivo que busca comprender las dinámicas sociales que llevan a ciertas distribuciones de la información

y cuáles son las consecuencias de la ausencia del padre para los diferentes miembros de este grupo de pacientes con conducta suicida. La impresión diagnóstica era evidente; pero se consideró necesario asumir una investigación orientada a comprender la situación y delinear propuestas para su tratamiento social.

Entre las técnicas utilizadas fueron:

Entrevista semiestructurada: Es una técnica donde el Trabajador Social plantea preguntas al paciente con la finalidad de obtener la información pertinente del origen del problema así como una encuesta **(tabla 1)**, de tipo dicotómico (si o no) con el objetivo de obtener datos numéricos y obtenidos de la muestra representativa de una población de adultos de sexo femenino y masculino para describir y comparar las respuestas ; las preguntas que el entrevistador emplea en la investigación social y su registro en el formato Estudio Medico Social, van de acuerdo a los signos y síntomas que el paciente presenta tratando de que el entrevistado se sienta cómodo y escuchado empleando un discurso libre; la información que se recolecta durante la entrevista permite contribuir al posible diagnóstico como también la resolución del mismo y el registro de todo el historial clínico. El análisis del Estudio Medico Social: es un documento de carácter obligatorio y confidencial normado por el IMSS (2660-003-071 anexo 7, 4-30-53) permitiéndole al profesional de Trabajo Social registrar toda la información recolectada del paciente que van en función desde el motivo de consulta hasta cada una de las técnicas trabajadas en el proceso; el Estudio Medico Social permite tener un respaldo y control respectivo durante todas las sesiones obtenidas.

Además del instrumento de recolección de aplicación de cuestionario individual.**(Fig.1)** El cuestionario incluyó los elementos de la **Tabla 1**: aplicada de enero a junio 2025 a veinte dos pacientes ingresados en el servicio de urgencias con intento autolítico.

Tabla 1. *Cuestionario de detección de ausencia de padre y riesgo suicida*

TEMA	ÍTEM
Sección 1: Datos básicos (opcional para contexto)	1.Edad: _____ 2.Género: [ ] Masculino [ ] Femenino [ ] Otro: _____ 3.Estado civil: [ ] Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Divorciado/a [ ] Otro: _____
Sección 2: Presencia y relación con el padre	1. ¿Tu padre vive actualmente contigo? [ ] Sí [ ] No 2. ¿Tu padre ha estado ausente por un período prolongado (más de 6 meses)? [ ] Sí [ ] No 3. ¿Cuál fue la razón de su ausencia? [ ] Fallecimiento [ ] Separación/divorcio [ ] Desconocido [ ] Otro: _____ 4.¿Cómo describirías tu relación con tu padre antes de su ausencia? [ ] Muy cercana [ ] Moderadamente cercana [ ] Lejana [ ] No la conocí

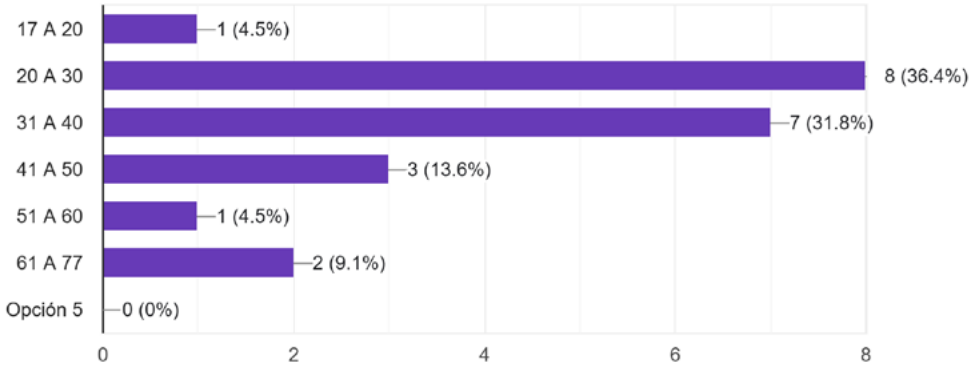
Sección 3: Impacto emocional y afectación mental	1. ¿Tu padre vive actualmente contigo? [ ] Sí [ ] No 2. ¿Tu padre ha estado ausente por un período prolongado (más de 6 meses)? [ ] Sí [ ] No 3. ¿Cuál fue la razón de su ausencia? [ ] Fallecimiento [ ] Separación/divorcio [ ] Desconocido [ ] Otro: _____ 4.¿Cómo describirías tu relación con tu padre antes de su ausencia? [ ] Muy cercana [ ] Moderadamente cercana [ ] Lejana [ ] No la conocí

Fuente. Elaboración propia, 2025.

Resultados y discusión

El muestreo arrojo los siguientes resultados sobre la naturaleza de la muestra (veintidós pacientes)

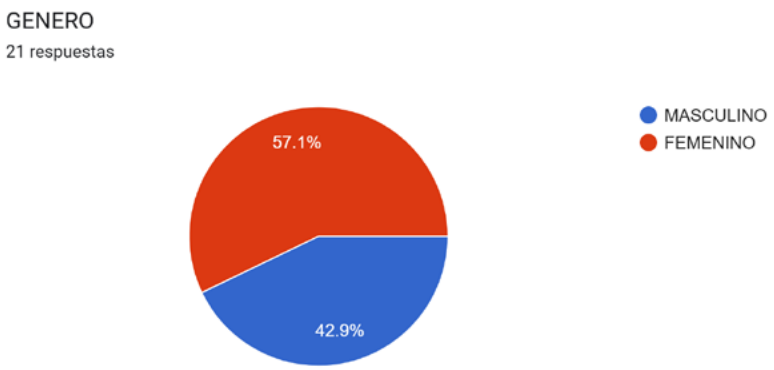
Figura 1



Fuente. Elaboración propia, 2025.

Esta gráfica representa el número de participantes por edades el 4.5 % de 17 a 20 años, 36.4 % de 20 a 30 años, 31.8 de 31 a 40 %, de 51 a 60 años 4.5 %, de 61 a 77 años el 9.1 % señalando que la edad de prevalencia de pacientes ingresados al servicio de urgencias con intento autolítico es de 20 a 30 años de edad.

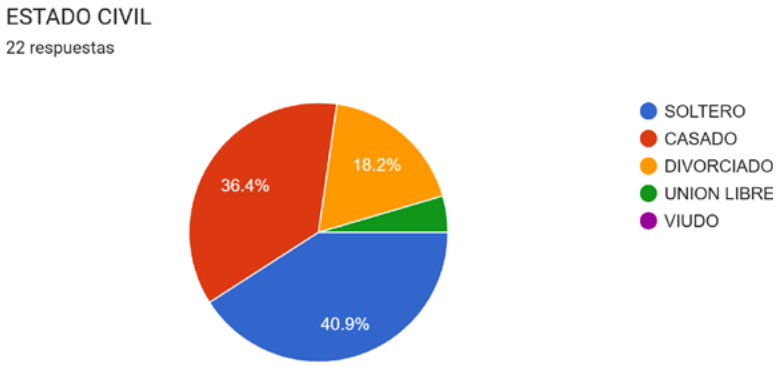
Figura 2



Fuente. Elaboración propia, 2025.

La muestra fue del 57.1 en personas de sexo femenino y 42.9 de sexo masculino, lo que desarrolla herramientas de afrontamiento emocional según el genero para la expresión de emociones influenciados por la cultura.

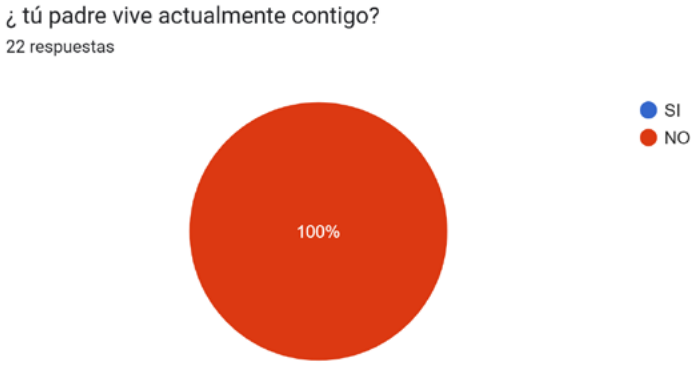
Figura 3



Fuente. Elaboración propia, 2025.

La muestra representa el 40.9% con estado civil solteros sin una relación con el sexo opuesto, el 36.4 casados, el 18.2 divorciados en todos los casos en relación al estado civil mencionan sentimientos de soledad con o sin pareja actual.

Figura 4



Fuente. Elaboración propia, 2025.

En la **Figura 4** representa el 100 % ninguno de los casos el padre vive con ellos, siendo ausente la figura paterna en todas las entrevistas y encuestas aplicadas.

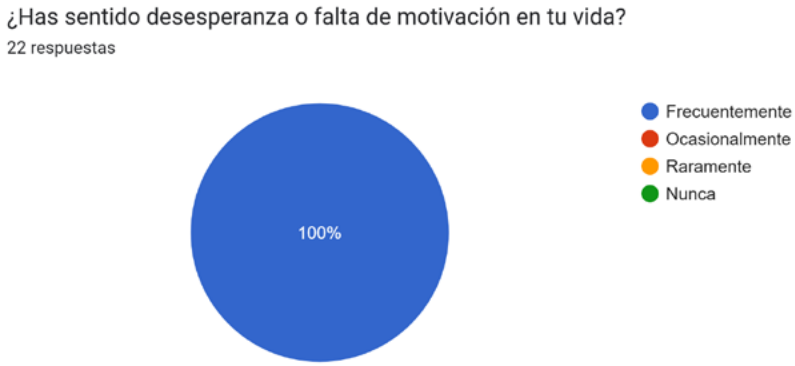
Figura 5



Fuente. Elaboración propia, 2025.

En la **Figura 5** el 54.5 de la muestra representativa refiere tener sentimientos de tristeza, vacío o abandono relacionados con la ausencia del padre ocasionalmente, mientras que el 45. 5 % menciona frecuentemente en todos los casos existen estos sentimientos.

Figura 6



Fuente. Elaboración propia, 2025.

En la **Figura 6** el 100% de los pacientes entrevistados y encuestados refieren tener sentido de desesperanza o falta de motivación para seguir adelante, con expectativas negativas y confusión en el propio sentido de vida.

Los resultados de las entrevistas registradas en el formato de Estudio Medico Social y encuestas aplicadas a 22 pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias por intento autolítico permite inferir que existe una correlación de casos donde la ausencia del padre es ausente encontrando los siguientes hallazgos:

1. Ausencia del padre en el 100 % de los pacientes estudiados en sus familia de origen.
2. En la mayoría de los casos los pacientes muestran una tendencia observada al divorcio y en los casos que continúan casados refieren dificultades para resolver conflictos ante la ausencia de un modelo mental sobre las relaciones y el matrimonio basados en la experiencia familiar de origen carente. En un menor porcentaje ante el temor de repetir este patrón no se comprometen en ningún tipo de relación de pareja.
3. Todos los pacientes mencionaron tener sentimientos de tristeza, vacío o abandono relacionados con la ausencia del padre en algún momento de su vida, una falta de sentido de vida observando sentimientos de inseguridad y dificultades en la construcción de la identidad, carencia que los lleva a problemas emocionales como la conducta suicida.

Conclusión

En conclusión la ausencia de los padres a tempranas edades, es un factor de riesgo para la conducta suicida afectando la salud a nivel mental, físico y social, en la vida de los hijos que experimentan esta ausencia; se pudo confirmar la hipótesis del trabajo: la ausencia del padre su afección en el estado mental y el riesgo suicida afirmando que existe una relación entre la ausencia parental y la falta de patrones emocionales positivos en el estado emocional del paciente, provocándole alteraciones en cuya sintomatología se vincula a eventos de depresión moderada que se ve refleja en los ciclos complejos de vacíos emocionales que se reconocen en el transcurso de la vida, y que los ha convertido en vulnerables, temeroso y limitados en su relación social.

Es por ello que resulta necesario en el ámbito de la atención a la salud, el trabajador social como un profesional esencial que aborda las dimensiones sociales y emocionales de la salud de los pacientes con intento autolítico, complementando la atención médica. Su labor va más allá de la atención clínica, enfocándose en el bienestar integral de la persona y su entorno a través de la investigación social y su diagnóstico social.

Referencias

Alegre, A. P. (2012). Los efectos del abandono paterno (Doctoral dissertation, Pontificia Universidad Catolica del Peru (Peru)).

Rendón-Quintero, E., & Rodríguez-Gómez, R. (2021). Ausência paterna na infância: viver em pessoas com doença mental. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 19(2), 121-145.

Montoya, D. M., Hincapié, N. C., & Carmona, N. D. M. (2016). Enfrentando la ausencia de los padres: recursos psicosociales y construcción de bienestar. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 7(1), 181-200.

VIVENCIAS PROFESIONALES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA MIRADA REFLEXIVA

PROFESSIONAL NURSING CARE EXPERIENCES IN THE INTENSIVE CARE UNIT: A REFLECTIVE PERSPECTIVE

Jaquelin Isabel Bautista Granados[1]

[1]UNIVERSIDAD DE ESTUDIOS BUENAVISTA. Calle 9na Poniente Sur #934, colonia Las Canoítas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México Correo electrónico: jaquelin.isabel.bauitis.g@gmail.com

Resumen

Este artículo explora cómo el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos (UCIA) experimenta, interpreta y da sentido a su labor de cuidado en contextos altamente exigentes. La metodología utilizada es cualitativa, con enfoque hermenéutico-interpretativo. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a enfermeras con entre 5 y 10 años de experiencia en la UCIA, permitiendo recopilar relatos significativos sobre la evolución del cuidado en este entorno crítico. Los hallazgos revelan un cambio progresivo desde una práctica centrada en lo técnico hacia un cuidado más humanizado, ético y reflexivo. Las enfermeras enfatizan la importancia del vínculo con el paciente, la empatía, la comunicación y la toma de decisiones en situaciones difíciles. La pandemia por COVID-19 se destaca como un momento clave que impulsó la revalorización del cuidado humano. En conclusión, el cuidado en la UCIA ha sido transformado por las propias experiencias del personal, consolidando una práctica que equilibra la ciencia, la técnica y la sensibilidad humana.

Palabras clave: Cuidado de enfermería; Unidad de Cuidados Intensivos; Experiencias profesionales; Práctica reflexiva.

Abstract

This article explores how nursing staff in the Adult Intensive Care Unit (ICU) experience, interpret, and make sense of their caregiving role in highly demanding contexts. The methodology used is qualitative, with a hermeneutic-interpretive approach. Semi-structured interviews were conducted with nurses who had between 5 and 10 years of experience in the ICU, allowing the collection of meaningful accounts about the evolution of care in this critical setting. The findings reveal a gradual shift from a technically focused practice toward a more humanized, ethical, and reflective approach. Nurses emphasize the importance of the bond with the patient, empathy, communication, and decision-making in difficult situations. The COVID-19 pandemic stands out as a key moment that drove the revaluation of human care. In conclusion, care in the ICU has been transformed by the staff's own experiences, consolidating a practice that balances science, technique, and human sensitivity.

Keywords: Nursing care; Intensive Care Unit; Professional experiences; Reflective practice.

Introducción

Cuidar a una persona enferma en estado crítico es una tarea que va mucho más allá de aplicar medicamentos o vigilar aparatos. En las Unidades de Cuidados Intensivos para Adultos (UCIA), el personal de enfermería trabaja en un ambiente donde cada segunda cuenta, y donde las decisiones deben tomarse con rapidez, precisión y una gran responsabilidad. Sin embargo, además de los conocimientos técnicos y la experiencia clínica, el cuidado que brindan estos profesionales está cargado de emociones, valores humanos y reflexiones profundas (Gilbert y Lillekroken, 2025).

Es en ese espacio, entre la ciencia y la sensibilidad, donde este artículo busca profundizar. El propósito principal de esta investigación es conocer las vivencias del personal de enfermería que trabaja en la UCIA, explorando cómo perciben y dan sentido a su labor cotidiana. A través de entrevistas con enfermeras con años de experiencia en este tipo de unidades, se recopilaron relatos que muestran no solo los desafíos que enfrentan, sino también las transformaciones que han vivido en su forma de cuidar. Este artículo busca dar voz a esas experiencias, permitiendo que el público general, así como otros profesionales de la salud, comprendan mejor lo que significa cuidar en contextos tan intensos y emocionalmente demandantes.

Una parte importante de esta transformación ha sido impulsada por acontecimientos recientes, como la pandemia por COVID-19, que modificó radicalmente la manera en que se brinda atención en los hospitales. Durante esta crisis sanitaria, el personal de enfermería no solo se enfrentó a una sobrecarga de trabajo, sino también al dolor, la incertidumbre y la pérdida. A pesar de ello, muchas enfermeras encontraron nuevas formas de conectarse con los pacientes, de brindar consuelo y de ejercer su labor con mayor conciencia y compromiso humano. Estos cambios no se dieron de forma aislada; fueron resultado de experiencias compartidas, aprendizajes y reflexiones personales que han dejado una huella profunda en su práctica profesional.

Uno de los aspectos centrales que revela este estudio es que el cuidado en la UCIA ya no se concibe únicamente como una serie de procedimientos técnicos (Kvande *et al.,* 2022). Cada vez más, las enfermeras reconocen la importancia del trato cercano, la empatía, la escucha activa y la toma de decisiones éticas en situaciones difíciles (Kvande *et al.,* 2022; Reyes-Téllez *et al.,* 2024). Esta visión más amplia del cuidado también implica un reconocimiento de las emociones propias, el manejo del estrés, y la capacidad de construir vínculos significativos incluso en medio de la gravedad clínica.

Este trabajo se inspira en una perspectiva teórica que reconoce al cuidado como un acto humano y relacional, más allá de la técnica. Diversos autores coinciden en que el cuidado humanizado implica reconocer la dignidad de cada paciente, fomentar la empatía

y establecer una comunicación significativa incluso en situaciones críticas. De acuerdo con Kvande *et al.* (2022), el cuidado en contextos intensivos requiere integrar la técnica con la ética, la reflexión personal y la conexión emocional con el paciente, lo cual enriquece profundamente la práctica de enfermería. En este sentido, el artículo no solo busca describir lo que ocurre en la UCIA, sino también invitar a una reflexión sobre el valor del cuidado humano en los momentos más difíciles de la vida.

Metodología

Este estudio se desarrolló bajo el paradigma interpretativo, el cual considera que la realidad es construida socialmente y que las experiencias humanas solo pueden comprenderse desde los significados que los sujetos les atribuyen. En este sentido, el cuidado de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos para Adultos (UCIA) no puede reducirse a un conjunto de procedimientos técnicos, sino que debe entenderse como una práctica profundamente humana, relacional y ética (Díaz & Sánchez, 2022).

Para poder comprender las vivencias compartidas en UCIA, se utilizó una metodología cualitativa con enfoque hermenéutico-interpretativo. Esto significa que no se buscó medir o cuantificar datos, sino entender el significado que las personas dan a lo que viven. Las entrevistas realizadas permitieron conocer las historias, pensamientos y emociones del personal de enfermería desde su propia voz. A través del análisis de estos relatos, fue posible identificar tres temas comunes, como: a) El fortalecimiento del vínculo con los pacientes, b) La necesidad de acompañar emocionalmente (Guillaumie *et al.,* 2022), c) La transformación personal que muchas enfermeras han experimentado en el ejercicio de su profesión y d) La práctica reflexiva derivada de lo anterior.

Así, el enfoque cualitativo permitió adentrarse en las vivencias profesionales del personal de enfermería, reconociendo que el conocimiento se construye a través de las narrativas, emociones, valores y reflexiones de los sujetos. Este enfoque fue idóneo para captar la complejidad del fenómeno del cuidado en entornos críticos, altamente demandantes y emocionalmente intensos.

Se utilizó un diseño hermenéutico-interpretativo, apoyado en los planteamientos de Paul Ricoeur (2020), quien sostiene que la interpretación del discurso humano es clave para acceder al sentido profundo de la experiencia. El objetivo no fue meramente describir lo vivido, sino comprender cómo las enfermeras construyen, resignifican y reflexionan sobre su práctica cotidiana en UCIA. La hermenéutica permite así acceder a las capas ocultas del sentido: lo no dicho, lo insinuado, lo afectivo.

La muestra fue intencional, por criterios de experiencia profesional, conformada por siete enfermeras con entre cinco y diez años de experiencia en UCIA, seleccionadas en hospitales públicos y privados de segundo y tercer nivel en la Ciudad de México. Se incluyeron únicamente enfermeras que hubieran laborado en unidades intensivas durante y después de la pandemia por COVID-19, con el fin de integrar la experiencia del contexto de crisis sanitaria.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser enfermera titulada.
- Tener al menos cinco años de experiencia en UCIA. Haber trabajado durante la pandemia en primera línea.
- Brindar consentimiento informado y participar voluntariamente.

Se excluyeron profesionales en formación, con experiencia menor o que no hubieran ejercido en pandemia.

Respecto a las técnicas e instrumentos, la principal técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada, la cual permitió que las participantes expresaran con libertad sus experiencias, emociones, dilemas y aprendizajes. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60 minutos, fueron grabadas con autorización y transcritas de manera literal. La guía de entrevista incluyó los elementos de la **Tabla 1**:

Tabla 1. *Ejes temáticos de la entrevista*

TEMA	ÍTEM
Trayectoria profesional en UCIA	1.¿Cómo iniciaste tu camino en la Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos (UCIA) y qué aprendizajes han marcado tu experiencia? 2.¿Desde qué año aproximadamente comenzaste a trabajar en UCIA?
Cambios en el sentido del cuidado a lo largo del tiempo	3.¿De qué manera ha cambiado tu forma de cuidar desde que comenzaste a trabajar en UCIA? 4.¿Qué situaciones influyeron en ese cambio?
Impacto emocional del trabajo en terapia intensiva	5.¿Qué emociones predominan en tu día a día dentro de UCIA? 6.¿Podrías compartir alguna experiencia que te haya marcado emocionalmente?

Experiencias significativas durante la pandemia	7.¿Cómo viviste el cuidado durante la pandemia por COVID-19? 8.¿Qué situaciones te impactaron más como profesional de enfermería?
Reflexión ética sobre el acto de cuidar	9.¿Has enfrentado dilemas éticos en tu trabajo? 10.¿Cómo reflexionas sobre tu papel en decisiones difíciles?

Fuente. Elaboración propia, 2025.

También se utilizó una bitácora de campo **(ver Tabla 2)** para registrar las impresiones no verbales, emociones emergentes, y reflexiones contextuales del proceso.

Tabla 2. *Bitácora de campo*

FECHA	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	AÑOS DE EXPERIENCIA	AÑOS DE EXPERIENCIA
05/05/2025	Alejandra Márquez	9 años	Público, 3er nivel
05/05/2025	Claudia Ruiz	7 años	Público , 3er nivel
06/05/2025	Laura Gómez	6 años	Privado, 2do nivel
06/05/2025	Silvia Hernández	10 años	Privado , 2do nivel
10/05/2025	Teresa Varela	9 años	Privado, 2d nivel
11/05/2025	María Rivas	8 años	Público, 3er nivel
11/05/2025	Lucía Ortega	7 años	Público , 3er nivel
13/05/2025	Leticia Navarro	10 años	Público, 3er nivel
14/05/2025	Patricia Aguilar	6 años	Privado, 2do nivel
14/05/2025	Andrea Padilla	8 años	Privado, 2do nivel
15/05/2025	Verónica Estrada	5 años	Público, 2do nivel
18/05/2025	Sandra Contreras	7 años	Privado, 2do nivel
18/05/2025	Mariana Chávez	6 años	Privado, 2do nivel
19/05/2025	Ana Medina	9 años	Público, 3er nivel
19/05/2025	Ivonne Reyes	7 años	Público, 3er nivel

Fuente. Elaboración propia, 2025.

Resultados y discusión

El análisis se desarrolló bajo una lógica inductiva y hermenéutica. Se utilizó el software Atlas.ti versión 22, que permitió realizar una codificación abierta de las transcripciones, seguida de codificación axial y selectiva. Se construyeron categorías emergentes a partir de las unidades de significado comunes, que posteriormente fueron interpretadas a la luz de la teoría.

El proceso se rigió por los criterios de rigor cualitativo propuestos por Lincoln y Guba (1985): credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. Para ello, se utilizó:

- Triangulación teórica, entendida como la integración sistemática de los datos empíricos testimonios, la interpretación de la investigadora y el respaldo conceptual de la literatura científica. Revisión de codificación por pares.
- Validación por parte de dos participantes (método *member-check*).
- Reflexividad constante durante el análisis.

Posteriormente, fue posible categorizar los contenidos logrados, como se muestra a continuación:

a) El fortalecimiento del vínculo con los pacientes: del control técnico al vínculo humano

Una categoría central emergente fue la evolución del cuidado desde un enfoque técnico hacia una práctica más humanizada. Las enfermeras relataron que, al inicio de su experiencia en la UCIA, su prioridad era la correcta ejecución de los procedimientos, el cumplimiento de normas y el seguimiento estricto de los parámetros biomédicos.

> "Era como un robot. Estaba tan enfocada en no cometer errores que no veía al paciente, veía monitores" (A. Márquez, comunicación personal, mayo de 2025).

Con el paso de los años, y a partir de eventos significativos como la pérdida de pacientes, el acompañamiento a familias o la vivencia de la pandemia, muchas enfermeras reconocieron un cambio profundo en su conciencia profesional. Comenzaron a cuidar con mayor sensibilidad, reconociendo la importancia del trato humano, la comunicación afectiva y la dignidad del paciente.

> "Después de perder a un paciente que vi solo como un expediente, comprendí que no estaba cuidando del todo. Eso me cambió" (L. Gómez, comunicación personal, mayo de 2025).

> "Al inicio me enfocaba solo en cumplir órdenes médicas. Con los años entendí que mirar al paciente a los ojos también es una forma de sanar" (C. Ruiz, comunicación personal, mayo de 2025).

> "Aprendí a hablarle aunque no respondiera, a tocarle el hombro con respeto. Antes no lo hacía. El cuidado se volvió más humano con el tiempo" (S. Hernández, comunicación personal, mayo de 2025).

Esta transformación coincide con lo señalado por Sharifnia *et al.* (2024). quienes encontraron que la empatía es un componente clave en las UCI y está estrechamente relacionada con la sensibilidad ética en enfermería intensiva:

b) La necesidad de acompañar emocionalmente: el vínculo enfermera-paciente como espacio terapéutico

Aunque los pacientes en UCIA suelen estar sedados o inconscientes, las participantes afirmaron que el vínculo se construye más allá de la palabra. La forma de tocar, hablar, respetar la intimidad y comunicar con ternura fueron acciones valoradas como expresiones significativas del cuidado.

> "Aunque esté intubado y sedado, yo le hablo, le digo lo que haré. No sé si escucha, pero eso me conecta con él" (M. Rivas, comunicación personal, mayo de 2025).

> "Muchas veces el paciente no responde, pero el silencio también es comunicación. Me acerco, le pongo música o le acaricio la mano. Eso calma, aunque no hablemos" (T. Varela, comunicación personal, mayo de 2025).

Este vínculo, incluso simbólico, también ayudó a las enfermeras a sobrellevar el dolor emocional del entorno. La relación, aunque breve, genera un sentido de propósito, pertenencia y humanidad en medio del sufrimiento clínico.

> "Había días en que lo único que podíamos ofrecer era presencia. El simple hecho de estar junto a la cama, de no dejarlo solo, era una forma de consuelo" (L. Ortega, comunicación personal, mayo de 2025).

> "Me di cuenta de que, en medio de tanto aparato, lo que más necesita el paciente es alguien que no lo abandone" (P. Aguilar, comunicación personal, mayo de 2025).

Investigaciones recientes han resaltado cómo el vínculo terapéutico puede prevenir la despersonalización y el burnout en contextos intensivos (Gómez-Peña *et al.,* 2023).

c) La transformación personal: el impacto ético-emocional de la pandemia

La pandemia por COVID-19 fue descrita como un punto de inflexión emocional y ético en la vida profesional de las enfermeras. El miedo, la pérdida masiva de pacientes, la soledad en los pasillos y la insuficiencia de recursos marcaron profundamente su experiencia, generando una resignificación del acto de cuidar.

> "Había días que no teníamos más que palabras. No podíamos tocar, no podíamos abrazar, pero estábamos. Y eso también es cuidar" (L. Navarro, comunicación personal, mayo de 2025).

En medio de la adversidad, muchas redescubrieron su labor como "presencia que acompaña", reconociendo el valor de estar junto al paciente, aun en su etapa final de vida.

> "Durante la pandemia entendí que estar en silencio con un paciente que moría solo era tan importante como cualquier intervención médica" (A. Padilla, comunicación personal, mayo de 2025).

> "Fue devastador ver morir a alguien sin su familia, pero sentí que mi voz, mis ojos, eran su última compañía. Desde entonces, veo el cuidado de otra manera" (V. Estrada, comunicación personal, mayo de 2025).

Ante la ausencia de contacto físico o apoyo familiar, las enfermeras improvisaron recursos simbólicos: carteles, cartas, mensajes de voz o rituales sencillos que intentaban devolver dignidad a los últimos momentos.

> "Escribíamos mensajes de las familias y se los leíamos en voz alta. Sentíamos que, aunque no entendieran, no se iban solos" (S. Contreras, comunicación personal, mayo de 2025).

> "Les ponía la canción que más les gustaba. Era un acto pequeño, pero profundamente humano. Yo también necesitaba ese consuelo" (M. Chávez, comunicación personal, mayo de 2025).

Estas experiencias dejaron huellas éticas profundas. Como señalan Torres-González *et al.* (2020). durante la pandemia el cuidado ético consistió en sostener la presencia, la dignidad y el respeto por el otro incluso en condiciones extremas.

d) Práctica reflexiva: clave del autocuidado y sostenibilidad profesional

Otra categoría significativa fue la práctica reflexiva como estrategia para sostener el ejercicio del cuidado. Las enfermeras relataron que, a pesar del desgaste emocional, han aprendido a resignificar su labor mediante la reflexión, el diálogo con colegas, la escritura o incluso la terapia psicológica.

> "Ahora me doy tiempo para hablar de lo que me duele. Lo que no se nombra, se queda en el cuerpo" (A. Medina, comunicación personal, mayo de 2025).

> "Después de cada turno difícil, me siento y escribo en un cuaderno lo que viví. Eso me permite seguir adelante sin cargar con todo" (I. Reyes, comunicación personal, mayo de 2025).

> "A veces, solo hablar con otra compañera que te entiende es suficiente para no colapsar. Compartir lo vivido también es parte del cuidado" (M. Gutiérrez, comunicación personal, mayo de 2025).

Este tipo de prácticas no solo promueven el autocuidado, sino que también contribuyen a sostener el compromiso ético y profesional a largo plazo. Las participantes reconocieron que, al cuidar de sí mismas mediante la reflexión, podían cuidar mejor de otros sin deshumanizar su labor.

La reflexividad es reconocida como una competencia clave en la enfermería moderna (Vallejo & García, 2022), ya que permite integrar la experiencia emocional, analizar los dilemas éticos y fortalecer la identidad profesional.

Discusión final desde la perspectiva de la investigadora

La evolución del cuidado en un entorno crítico, como la UCIA, es claramente apreciable en el tránsito desde una práctica centrada exclusivamente en la técnica hacia una atención profundamente humanizada, ética y reflexiva. Las vivencias del personal de enfermería muestran que esta transformación no ocurrió de manera súbita, sino que fue impulsada por experiencias significativas como el contacto con el sufrimiento, la muerte, la pandemia y la cercanía con los pacientes. A través de estos eventos, las enfermeras comenzaron a integrar dimensiones emocionales, relacionales y éticas en su manera de cuidar, reconociendo que el verdadero impacto de su labor no reside solo en los procedimientos, sino en la forma en que se conectan con el otro.

Asimismo, el análisis de los testimonios permite comprender que el vínculo con el paciente, la empatía, la comunicación y la toma de decisiones éticas son elementos fundamentales que configuran una práctica profesional sólida y sostenible. En entornos intensivos donde la despersonalización es un riesgo constante, estas dimensiones humanas se vuelven imprescindibles para garantizar un cuidado digno y compasivo. Para las enfermeras participantes, estas prácticas no solo enriquecen la calidad del cuidado, sino que también protegen su propia salud emocional y favorecen un ejercicio más consciente y resiliente de la profesión.

Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue conocer las vivencias del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos (UCIA), explorando cómo perciben y resignifican su labor de cuidado en contextos altamente exigentes. A partir del análisis cualitativo de los testimonios, se concluye que dicho objetivo se cumplió, ya que se logró identificar una transformación profunda en la práctica profesional de las enfermeras entrevistadas. Esta evolución se caracteriza por el paso de un cuidado técnico hacia una atención más ética, reflexiva y centrada en la dimensión humana del paciente.

Las experiencias recogidas revelan que el vínculo terapéutico, la empatía, la comunicación afectiva y la toma de decisiones éticas son elementos esenciales que enriquecen la práctica del cuidado en la UCIA. Además, la vivencia de la pandemia impulsó una mayor conciencia sobre el valor del acompañamiento emocional, tanto para los pacientes como para las propias profesionales. La práctica reflexiva, por su parte, se muestra como una estrategia clave para sostener el ejercicio del cuidado y preservar la identidad profesional. En conjunto, los hallazgos subrayan la necesidad de que las instituciones de salud reconozcan y fortalezcan estas dimensiones humanas como parte esencial del trabajo en cuidados intensivos.

Referencias

Gilbert R, Lillekroken D. (2025). Caring to the End: An Empirical Application of Swanson's Caring Theory to End-of-Life Care. *ANS Adv Nurs Sci*, *48*(2):150-165. doi: 10.1097/ANS.0000000000000515. Epub 2023 Oct 13. PMID: 37847227.

Guillaumie L., Boiral O., Desgroseilliers V., Vonarx N. y Roy B. (2022). Empowering Nurses to Provide Humanized Care in Canadian Hospital Care Units: A Qualitative Study. *Holist Nurs Pract. 36*(5), 311-326. doi: 10.1097/HNP.0000000000000418. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33086247.

Kvande, M. E., Angel, S., & Nielsen, A. H. (2022). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nursing Ethics, 29*(7–8), 1832–1850. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/09697330211050998

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Establishing trustworthiness. En Naturalistic inquiry (pp. 289–331). SAGE Publications.

Reyes-Téllez, Á., González-García, M., Martín-Salvador, F., Gázquez-López, M., Martínez-García, J., & García-García, A. (2024). Humanization of nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 149, 104603. https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2024.1446701/full

Sharifnia A.M., Green H., Fernandez R., Alananzeh I. (2024). Empathy and ethical sensitivity among intensive and critical care nurses: A path analysis. *Nurs Ethics, 31*(2-3):227-242. doi: 10.1177/09697330231167543. Epub 2023 Aug 3. PMID: 37535974.

Torres-González J.I., Arias-Rivera S., Velasco-Sanz T., Mateos D.A., Planas P.B., Zaragoza-García I., Raurell-Torredà M. (2020). ¿Qué ha sucedido con los cuidados durante la pandemia COVID-19? [What has happened to care during the COVID-19 pandemic?]. *Enferm Intensiva, 31*(3):101–4. Spanish. doi: 10.1016/j.enfi.2020.07.001. Epub 2020 Jul 29. PMCID: PMC7834243.

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL CHALCO

BURNOUT SYNDROME IN THE NURSING STAFF AT CHALCO GENERAL HOSPITAL

Jvonne Ramírez Arroyo[1]

[1]Universidad de Estudios Buenavista de Chiapas. Calle novena Poniente sur, # 934 colonia La Lomita. Correo electrónico: ivonne.maestria.94@outlook.com

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo identificar el principal factor generador de estrés laboral en el personal de enfermería del turno matutino del Hospital General de Chalco. Dado el creciente reconocimiento de las implicaciones del estrés laboral en el ámbito sanitario, se consideró relevante intervenir de forma oportuna y personalizada. Para ello, y con la colaboración voluntaria del personal participante, se aplicó el Cuestionario de Maslach, herramienta que permite evaluar el síndrome de Burnout a través de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Los resultados obtenidos permitieron cuantificar la prevalencia del síndrome entre las y los profesionales de enfermería, así como describir los principales estresores laborales identificados. Con base en estos hallazgos, se propusieron estrategias dirigidas a mejorar las condiciones laborales, entre ellas la solicitud de mayores recursos en las áreas con alta carga de trabajo y la implementación de reuniones semanales dentro del horario laboral para favorecer la coordinación del equipo multidisciplinario y optimizar el ambiente organizacional.

Palabras clave: Enfermería; Síndrome de Burnout; personal de salud.

Abstract

The present study aimed to identify the main factor generating work-related stress among morning shift nursing staff at Chalco General Hospital. Given the growing recognition of the implications of work-related stress in the healthcare setting, timely and personalized intervention was deemed essential. To this end, and with the voluntary collaboration of the participating staff, the Maslach Questionnaire was administered, a tool that assesses Burnout syndrome through three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. The results obtained allowed us to quantify the prevalence of the

syndrome among nursing professionals and describe the main work-related stressors identified. Based on these findings, strategies aimed at improving working conditions were proposed, including requesting more resources in areas with high workloads and implementing weekly meetings during working hours to promote coordination among the multidisciplinary team and optimize the organizational environment.

Keywords: Nursing; Burnout Syndrome; Healthcare Personnel.

Introducción

El síndrome de Burnout, o síndrome de desgaste profesional, ha sido definido como una respuesta prolongada al estrés emocional e interpersonal crónico en el contexto laboral, particularmente en profesiones centradas en el servicio y la atención a personas (Secretaría de Salud, 2015). Se caracteriza por un agotamiento emocional persistente, que no mejora con el descanso y cuya duración se extiende por un periodo mínimo de seis meses. Este fenómeno ha adquirido creciente relevancia en el ámbito de la salud, especialmente entre el personal de enfermería, donde confluyen múltiples factores profesionales e institucionales que incrementan su vulnerabilidad (Balseiro, 2025; Pérez y Hernández Coutiño, 2025).

Desde su conceptualización, Maslach y Jackson (ACP PsychoMetric, 2019) propusieron una definición operativa del síndrome de Burnout como una condición tridimensional compuesta por: *cansancio emocional* (CE), *despersonalización* (DP) en el trato con los usuarios, y una reducida *realización personal* (RP) en el desempeño laboral. A partir de esta conceptualización, desarrollaron el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), uno de los instrumentos más reconocidos y utilizados a nivel internacional para la evaluación del Burnout en trabajadores del sector de servicios humanos, dado su rigor y aplicabilidad en contextos diversos (Seguel y Valenzuela, 2014).

A pesar de los avances en su medición y comprensión, la extensión del Burnout a ámbitos distintos del asistencial ha sido objeto de debate desde su origen. Maslach advirtió que el fenómeno debía restringirse al análisis de trabajadores en contacto directo y continuo con otras personas dentro de una organización, lo que ha reforzado su pertinencia en profesiones como la enfermería.

En el entorno hospitalario, el personal de enfermería enfrenta una elevada exposición a estresores derivados del trato constante con pacientes, familiares, personal médico y administrativo, lo cual puede obstaculizar la consecución de metas profesionales a corto, mediano y largo plazo. Este desajuste entre las exigencias del entorno y los recursos disponibles genera una sobrecarga laboral que, si no es atendida, afecta negativamente la salud física y emocional del personal.

Asimismo, la presión institucional para ofrecer atención de calidad sin contar con los insumos ni el personal necesario contribuye a un entorno laboral adverso. Esta situación produce una tensión constante en el personal de enfermería, quienes se ven comprometidos con la mejora del cuidado, pero limitados por la escasez de recursos.

Considerando lo anterior, el presente estudio se enfoca en analizar los factores determinantes del síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital

General de Chalco, particularmente en el turno matutino. Si bien el fenómeno puede estar influido por una multiplicidad de elementos, se abordarán de manera específica siete factores estresantes y las tres dimensiones centrales propuestas por Maslach, con el fin de delimitar el análisis y contribuir con evidencia contextualizada para el diseño de estrategias preventivas e interventivas pertinentes.

Metodología

Para logra analizar los principales estresores, se implementó una escala con enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, con una duración de dos meses de mayo a junio del 2025, mediante el apoyo del personal de enfermería, quienes expresaron lo siguiente que no se enlista en el cuestionario de Maslach:

1. Falta de tiempo para concluir con las actividades asignadas
2. Ausentismo laboral
3. Exceso de trabajo
4. Falta de comunicación
5. Jornadas acumuladas
6. Decadencia de insumos
7. Actividades no correspondientes

Los factores estresantes anteriormente enlistados, se obtuvieron mediante una encuesta exploratoria, aplicada a personal trabajador de enfermería, donde expresaron las experiencias que les desencadenaron estrés.

La hipótesis que guio el diseño metodológico es que el personal de enfermería no conoce del término de Burnout, así como las intervenciones que se deben de tomar para lograr identificar a tiempo esta problemática y no generar complicaciones desencadenadas de la misma.

El perfil del personal de enfermería que sufre el Síndrome de Burnout cuenta con características muy específicas: baja tolerabilidad, elevada autoexigencia, necesidad de control, desilusión, irritabilidad. Respecto a la muestra, ésta fue conformada por 20 profesionales de enfermería que laboran en los diferentes servicios, específicamente en el turno matutino. Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes:

a) Personal con antigüedad igual o mayor a dos años

b) Grado académico (licenciatura o maestría)

c) Contar con más de dos empleos

d) Horario laboral (07:00 a15:00 horas)

El cuestionario Maslach (ver **Tabla 1)** se realiza en 10 a 20 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal, el siguiente cuestionario es aplicado a ítems ya establecidos (ACP PsychoMetric, 2019).

Tabla 1. *Ítems de la encuesta.*

1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2.Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3.Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4.Tengo facilidad para comprender como se sienten mis estudiantes	
5.Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales	
6.Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa	
7.Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis estudiantes	
8.Siento que mi trabajo me está desgastando, Me siento quemado por mi trabajo	
9.Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis estudiantes	
10.Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente	
11.Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	
12.Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13.Me siento frustrado por mi trabajo	
14.Creo que trabajo demasiado	
15.No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis estudiantes	
16.Trabajar directamente con estudiantes me produce estrés	
17.Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos	
18.Me siento motivado después de trabajar en contacto con los estudiantes	
19.Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20.Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	
21.En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22.Creo que los estudiantes me culpan de algunos de sus problemas	

Fuente. ACP PsychoMetric (2019)

Con respecto a las puntaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

- Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
- Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala se mide según los siguientes rangos:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Después, se suman las respuestas de acuerdo con los Ítems aplicados **(Tabla. 2)**.

Tabla 2. *Evaluación por cada aspecto.*

ASPECTOS EVALUADOS	PREGUNTAS PARA EVALUAR	VALOR
Cansancio emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	
Despersonalización	5,10,11,15,22	
Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21	

Fuente. ACP PsychoMetric (2019)

Los resultados de cada subescala (ver **Tabla 3)** se calculan del siguiente modo:

- **Agotamiento emocional**: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo. Puntuación máxima 54
- **Despersonalización**: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- **Realización personal**: evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Tabla 3. *Implementación de resultados*

	PUNTAJE	CATEGORÍAS
Agotamiento emocional (EE)	Mayor o igual a 27 pts. De 17 a 26 pts. De 0 a 16 pts.	Alto Medio Bajo
Despersonalización (D)	Igual o mayor a 14 pts. De 9 a 13 pts. De 0 a 8 pts.	Alto Medio Bajo
Baja realización en el trabajo (FRP)	Menor de 30 pts. De 36 a 31 pts. De 46 a 37 pts.	Alto Medio Bajo

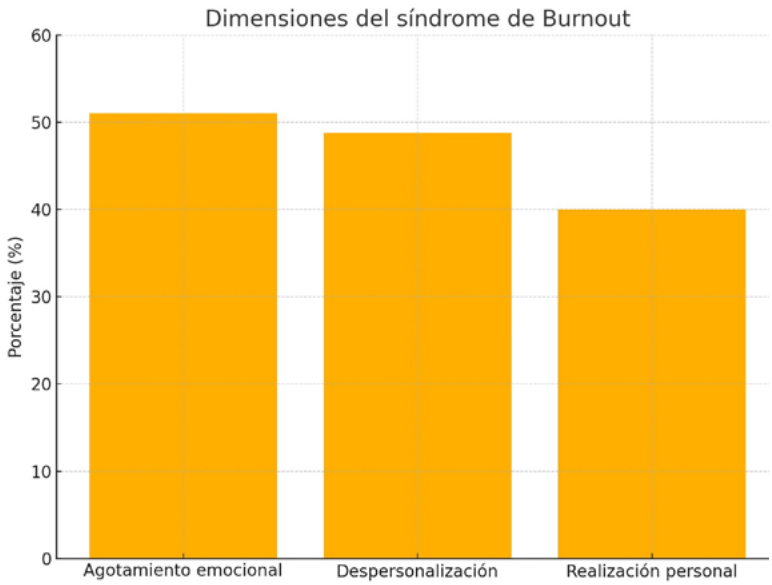
Fuente. ACP PsychoMetric (2019)

Resultados y discusión

La información obtenida fue procesada de forma manual utilizando el software Microsoft Excel, lo que permitió la elaboración de gráficas y el análisis cuantitativo correspondiente. De acuerdo con el objetivo general de esta investigación —determinar el nivel de síndrome de Burnout en el personal de enfermería del turno matutino en el Hospital General de Chalco—, los resultados revelaron que el 43.3% del personal evaluado presenta un nivel alto de Burnout, lo cual evidencia una prevalencia significativa del síndrome en esta población.

En relación con las dimensiones específicas del Maslach Burnout Inventory (MBI), se identificó que el 40% del personal manifiesta un nivel bajo de realización personal, el 48.8% presenta altos niveles de despersonalización, y el 42% experimenta agotamiento emocional elevado. Estas cifras reflejan un riesgo considerable de desarrollar Burnout, especialmente al observarse una afectación transversal en las tres dimensiones evaluadas.

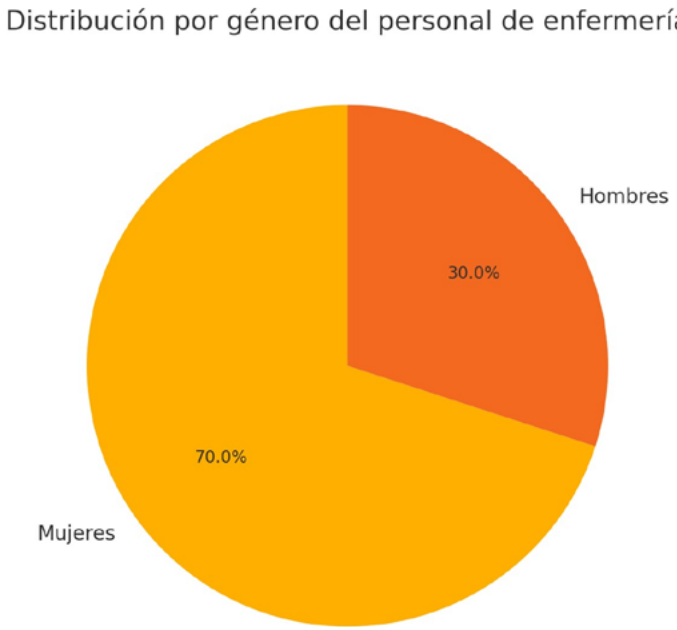
Figura 1.



Fuente. Elaboración propia (2025)

La muestra estuvo compuesta por 20 profesionales de enfermería, cuyos datos sociodemográficos ofrecieron una perspectiva relevante sobre la conformación del equipo. El 70% de los participantes fueron mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y 60 años.

Figura 2.



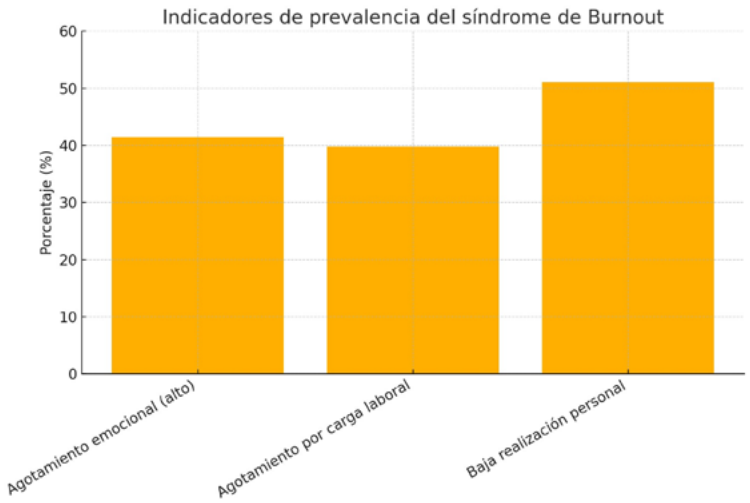
Fuente. Elaboración propia (2025)

En cuanto al nivel académico, el 43% cuenta con estudios de licenciatura, el 12% con maestría y el 45% con otros grados académicos. Estos resultados indican que el equipo está conformado predominantemente por adultos jóvenes con preparación profesional suficiente para desempeñarse eficazmente en un entorno hospitalario interdisciplinario.

En términos específicos, el análisis evidenció que el 41.4% del personal evaluado presenta un alto nivel de agotamiento emocional, mientras que el 39.8% muestra signos significativos de agotamiento vinculados directamente con la carga laboral.

Además, el 51% de los encuestados reporta bajos niveles de realización personal en el ejercicio de sus funciones. Estos hallazgos son indicativos de una prevalencia preocupante del síndrome de Burnout entre el personal de enfermería.

Figura 3.



Fuente. Elaboración propia (2025)

De forma global, puede afirmarse que la dimensión más afectada es el agotamiento emocional, alcanzando una incidencia del 51%, lo que la convierte en un indicador crítico de riesgo. Esta situación parece estar estrechamente relacionada con la sobrecarga de trabajo y la presión institucional, factores que exigen una intervención inmediata. Por tanto, se considera urgente el diseño e implementación de estrategias de apoyo psicológico, gestión emocional y mejora de las condiciones laborales, con el propósito de mitigar los efectos negativos del Burnout y fomentar un entorno hospitalario más saludable y eficiente.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian una prevalencia significativa del síndrome de Burnout en el personal de enfermería del turno matutino del Hospital General de Chalco. La dimensión más afectada fue el agotamiento emocional, lo cual refleja el impacto directo de la sobrecarga laboral y de las condiciones institucionales en la salud mental del personal. Asimismo, la baja realización personal y los altos niveles de despersonalización identificados refuerzan la necesidad urgente de implementar medidas preventivas y de intervención. En este sentido, se recomienda fortalecer las estrategias de apoyo psicosocial, mejorar la distribución de recursos, y promover un entorno laboral que favorezca la salud integral del personal de enfermería. Estas acciones son fundamentales no solo para el bienestar del equipo de salud, sino también para garantizar la calidad y continuidad de los servicios hospitalarios.

Referencias

ACP PsychoMetric. (2019). *MBI Maslach Burnout Inventory*.

https://idoc.pub/documents/manual-del-mbi-inventario-de-burnout-maslachhttps://idoc.pub/documents/manual-del-mbi-inventario-de-burnout-maslach-vlr02ozy6zlzvlr02ozy6zlz

Balseiro, L. (2025). *El síndrome de Burnout: Un riesgo permanente en el trabajo de enfermería*. https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/395/379

Pérez, C. E. y Hernández Coutiño, A. (2025). *Síndrome de Burnout*. https://publicaciones.upgch.edu.mx/index.php/saludhttps://publicaciones.upgch.edu.mx/index.php/salud-ciencia/article/view/5/BURNOUTciencia/article/view/5/BURNOUT

Secretaría de Salud. (2015). *Síndrome de fatiga crónica y síndrome de "Burnout"*. https://www.gob.mx/salud/articulos/sindrome-de-fatiga-cronica-y-sindrome-dehttps://www.gob.mx/salud/articulos/sindrome-de-fatiga-cronica-y-sindrome-de-burnoutburnout

Seguel, F. y Valenzuela S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria, 11*(4), 105–113. https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/159/155

APLICACIÓN DE MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ESTUDIANTIL

APPLICATION OF NURSING MODELS AND THEORIES IN STUDENT CLINICAL PRACTICE

Maribel Concepción Flores Borges[1]

[1]Universidad Autónoma de Campeche, Facultad de Enfermería. Avenida Patricio Trueba de Regil S/N. Colonia Lindavista. Correo electrónico: mcflores@uacam.mx.

Resumen

El presente artículo tiene como propósito analizar la aplicación de los modelos y teorías de enfermería por parte de estudiantes de Licenciatura durante su práctica clínica con pacientes que presentan diversas patologías. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo exploratorio mediante una encuesta aplicada a 54 estudiantes de ambos turnos escolares. Esta investigación parte del antecedente de que, en semestres previos, los modelos de enfermería fueron abordados únicamente desde un enfoque teórico. Los resultados evidencian que la mayoría de los estudiantes carecen de conocimientos sólidos sobre ciertos modelos y teorías, y no saben cómo aplicarlos en contextos clínicos reales, lo que limita la calidad de la atención brindada. Se concluye que esta falta de aplicación se debe, en gran medida, al desconocimiento, así como a la ausencia de exigencia por parte del personal docente durante la práctica clínica, lo que contribuye a la percepción de irrelevancia de estos marcos teóricos en la formación profesional.

Palabras clave: Enfermería; Aprendizaje teórico; Aprendizaje práctico.

Abstract

The purpose of this article is to analyze the application of nursing models and theories by undergraduate students during their clinical practice with patients presenting with various pathologies. To this end, a descriptive exploratory study was conducted through a survey of 54 students from both academic shifts. This research is based on the fact that, in previous semesters, nursing models were approached solely from a theoretical perspective. The results show that most students lack solid knowledge of certain models and theories and do not know how to apply them in real-life clinical settings, which limits the quality of care provided. It is concluded that this lack of application is largely due to a lack of knowledge, as well as a lack of rigorous instruction by teaching staff during clinical practice, which contributes to the perception of the irrelevance of these theoretical frameworks in professional training.

Keywords: Nursing; Theoretical learning; Practical learning

Introducción

En la construcción del conocimiento en la enfermería profesional, particularmente en lo relativo a los modelos y teorías, resulta relevante un episodio histórico señalado por Pfettscher (2018) sobre Florence Nightingale. A través de la observación sistemática, Nightingale identificó que los pacientes no mejoraban debido a las deficientes condiciones sanitarias en los hospitales. Esta constatación la llevó a formular una propuesta teórica centrada en la modificación de factores externos al paciente —como la ventilación, la iluminación, la seguridad y el uso de principios de asepsia y antisepsia disponibles en su época—, lo que favoreció una mejora significativa en la salud de los pacientes. Esta propuesta fue conocida posteriormente como la teoría ambiental (Denis-Torres, 2021).

A partir de este hito, Florence Nightingale formuló conceptos, supuestos y componentes esenciales que orientaron la atención de enfermería (Denis-Torres, 2021). Su legado inspiró a otras profesionales de la disciplina a generar conocimientos propios, lo que impulsó la construcción de modelos y teorías desde diversas perspectivas, influidas por la experiencia personal y la formación académica de sus autoras. En este contexto surgió el concepto de metaparadigma de enfermería, el cual integra los elementos fundamentales de la práctica enfermera y se centra en las acciones que se realizan con cada paciente o usuario, conforme al criterio profesional de cada enfermera (Mesquita Melo et al., 2009).

Cada modelo y teoría en enfermería comparte una estructura común de conocimiento. Un modelo conceptual se concibe como un marco o paradigma amplio que sirve de referencia para abordar de manera sistemática los fenómenos propios de la disciplina, permitiendo distintas perspectivas del cuidado de enfermería según el enfoque del modelo, ya sea desde la conducta, la interacción, la adaptación o la estabilidad. Por su parte, una teoría consiste en un conjunto de conceptos interrelacionados que proponen acciones específicas orientadas a guiar la práctica profesional (Raile Alligood, 2018).

Un elemento central en los modelos y teorías de enfermería es el metaparadigma, entendido como un marco conceptual que delimita los componentes fundamentales de la disciplina, orientando su objeto de estudio y su propósito (Raile Alligood, 2018).). Su función principal es identificar el campo de estudio, los conceptos clave y las relaciones entre ellos en torno a los fenómenos de interés de la profesión. Este metaparadigma se compone de cuatro elementos esenciales: persona, entorno, salud y enfermería.

Cabe destacar que la investigación ha sido —y continúa siendo— un medio fundamental para validar o reformular las estructuras teóricas existentes y trasladarlas al quehacer cotidiano de la práctica clínica (Raile Alligood,2018). No obstante, se ha observado

que, aunque los planes de estudio de la Licenciatura en Enfermería incluyen el abordaje teórico de estos modelos y teorías, su enseñanza no siempre está orientada a una aplicación efectiva y contextualizada según las necesidades específicas de los pacientes.

Existen diversas filosofías, modelos y teorías en el campo de la enfermería, orientadas al cuidado, la práctica clínica, el rol de la familia y la atención a distintas patologías. Cada una de estas propuestas teóricas fue desarrollada por autoras cuyas concepciones se vieron influenciadas por su formación académica, sus experiencias personales y su trayectoria profesional. Dichos elementos permitieron la construcción de definiciones conceptuales y la integración del metaparadigma de enfermería en sus planteamientos. Por ejemplo, la *Teoría del Déficit de Autocuidado*, propuesta por Dorothea E. Orem en 1971, se enfoca en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas o que requieren asistencia en el autocuidado (Gonzalo, 2024). El *Modelo de Adaptación* de Sor Callista Roy, formulado en 1970, está orientado a pacientes que presentan secuelas y requieren procesos de rehabilitación (Fraser, 1996). Por su parte, el *Modelo de Promoción de la Salud* de Nola Pender, sugerido en 1982, se centra en la modificación de conductas mediante estrategias educativas (Gonzalo, 2024b), mientras que el *Modelo de Sistemas* de Betty Neuman, pensado en 1972, busca identificar factores estresantes que afectan a la familia y la comunidad (Neuman Systems Model Trust, s.f.). Todos estos enfoques comparten un fundamento teórico que orienta la intervención clínica, y resultan aplicables tanto en la práctica como en la investigación y la formación académica.

No obstante, estas propuestas teóricas suelen no ser empleadas por los estudiantes debido a que su aplicación les resulta poco evidente o no se percibe como relevante. En los programas de práctica clínica, la incorporación de los modelos y teorías de enfermería no está claramente estipulada; su abordaje se limita, en la mayoría de los casos, al primer semestre de la carrera y depende del criterio individual de algunos docentes. Esta falta de integración en los contextos reales de atención genera incomodidad entre los estudiantes, quienes no se sienten familiarizados ni capacitados para utilizarlos de manera efectiva.

En este sentido, se justifica la realización del presente estudio, cuyo objetivo es indagar sobre la aplicación de los modelos y teorías de enfermería por parte de los estudiantes, con el propósito de reflexionar en torno a su utilidad y aportación a la práctica profesional. La intención es sustentar los hallazgos en distintas áreas de la disciplina, promoviendo así una mayor articulación entre el conocimiento teórico y el ejercicio clínico (Mesquita Melo *et al.,* 2009).

Metodología

Se optó por un estudio de tipo descriptivo exploratorio con el objetivo de conocer el grado de aplicación de los modelos y teorías de enfermería en distintos contextos clínicos por parte de estudiantes de licenciatura. Para ello, se utilizó la técnica de encuesta, aplicada a una muestra de conveniencia compuesta por estudiantes de la Licenciatura en Enfermería pertenecientes a ambos turnos (matutino y vespertino). La selección de la muestra se basó en la accesibilidad y disponibilidad de los participantes. La invitación al estudio fue enviada mediante Google Chat a ocho grupos correspondientes a distintos semestres del programa académico, junto con una explicación sobre el propósito del estudio.

La muestra final estuvo conformada por 54 estudiantes activos, inscritos en los semestres segundo, cuarto, sexto y octavo de la licenciatura, tanto del turno matutino como vespertino. Para la recolección de datos se diseñó un formulario en Google Forms, el cual estuvo disponible en línea del 2 al 6 de julio de 2025.

El instrumento estuvo estructurado en tres secciones. La primera sección evaluó el conocimiento de los estudiantes sobre los modelos y teorías de enfermería, mediante cinco preguntas centradas en el metaparadigma, conceptos fundamentales y la identificación de tres modelos y una teoría abordados al inicio de la carrera. La segunda sección examinó el impacto de la enseñanza de estos modelos y teorías, a través de cinco preguntas orientadas a explorar los aprendizajes adquiridos, los beneficios percibidos y las dificultades enfrentadas en su comprensión. La tercera sección abordó la percepción de los estudiantes sobre la aplicación de dichos marcos teóricos en la práctica clínica, mediante siete preguntas que indagaban sobre su uso, implementación y utilidad en el quehacer cotidiano con pacientes.

Las preguntas **(véase Tabla 1)** se diseñaron en formatos dicotómicos, de casilla de verificación y de respuesta breve, con el propósito de facilitar la comprensión y favorecer la calidad de los datos obtenidos.

Tabla 1. *Encuesta sobre los modelos y teorías de enfermería aplicados a la práctica clínica en estudiantes de enfermería*

TEMA	ITEM
Conocimiento sobre las teorías y modelos de enfermería	¿Tú sabes qué es un modelo o teoría de enfermería? ¿Conoces en qué consiste el metaparadigma? ¿Conoces completamente los conceptos, supuestos, metaparadigma y su aplicación en los modelos y teorías de la enfermería?

	De los siguientes modelos o teorías de enfermería, selecciona cuál o cuáles conoces y sabes aplicar: • Modelo de adaptación • Teoría del déficit del autocuidado • Modelo de sistemas • Modelo de promoción a la salud ¿Sabes para qué se utilizan los modelos y teorías de la enfermería?
Impacto en la enseñanza de los modelos y teorías de la enfermería	¿Consideras que los modelos y teorías de enfermería son útiles para mejorar la atención a los pacientes? ¿Crees que la enseñanza de los modelos y teorías es efectiva para ti? De los siguientes teoría o modelo te resultaron fácil: • Modelo de adaptación • Teoría del déficit del autocuidado • Modelo de sistemas • Modelo de Promoción a la Salud Delos siguientes teoría o modelo te resultaron difícil: • Modelo de adaptación • Teoría del déficit del autocuidado • Modelo de sistemas • Modelo de Promoción a la Salud ¿Por qué fue fácil o difícil para ti los modelos o teorías de la enfermería?
Percepción en la aplicación de los modelos y teorías de la enfermería en la práctica clínica	¿Consideras que los modelos y teorías de enfermería son útiles para mejorar la atención a los pacientes? ¿Crees que la enseñanza de los modelos y teorías es efectiva para ti? De los siguientes modelos o teorías, ¿cuáles te resultaron fáciles? • Modelo de adaptación • Teoría del déficit del autocuidado • Modelo de sistemas • Modelo de promoción a la salud De los siguientes modelos o teorías, ¿cuáles te resultaron difíciles? • Modelo de adaptación • Teoría del déficit del autocuidado • Modelo de sistemas • Modelo de promoción a la salud ¿Por qué te resultaron fáciles o difíciles los modelos o teorías de la enfermería?

Fuente. Elaboración propia, 2025.

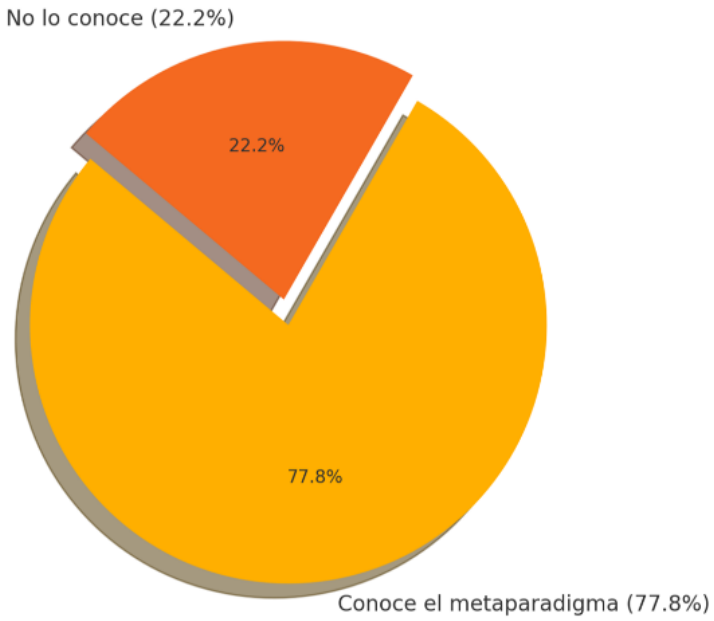
Para el procesamiento de los datos se utilizó la propia plataforma del formulario, desde la cual la información fue exportada a una hoja de cálculo en Excel. Posteriormente, se procedió a la interpretación de los datos y a la elaboración de tablas y figuras que permitieran representar de manera clara y sistemática los resultados obtenidos.

Resultados y discusión

En el análisis de la primera sección, correspondiente a los conocimientos sobre las teorías y modelos de enfermería, se observó que el 100 % de los estudiantes encuestados identificaron al menos uno de los modelos o teorías que se utilizan en la disciplina.

Respecto al metaparadigma de enfermería, el 77.8 % indicó conocerlo, mientras que el 22.2 % manifestó desconocer su significado o aplicación. Estos resultados evidencian que, si bien los estudiantes poseen nociones generales sobre los modelos y teorías de enfermería, dicho conocimiento no es suficiente ni está completamente consolidado para su aplicación efectiva en la práctica clínica.

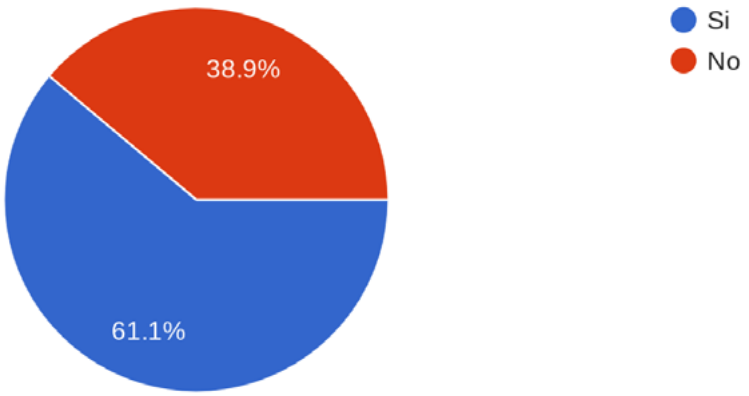
Figura 1. *Conocimiento sobre el metaparadigma en enfermería*



Fuente. Elaboración propia, 2025

Asimismo, el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre los componentes que conforman cada uno de los modelos y teorías **(véase Figura 2)** mostró que el 61.1 % comprende los elementos planteados por las teoristas para su aplicación. No obstante, el 38.9 % indicó no haber adquirido dichos conocimientos de manera suficiente.

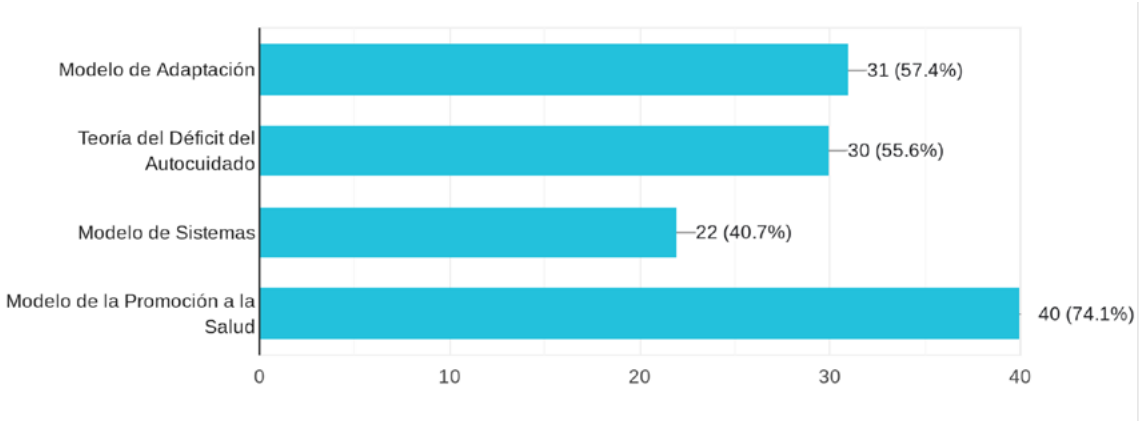
Figura 2. *Conocimiento de los conceptos, supuestos, metaparadigmas y su aplicación de los modelos y teorías de enfermería*



Fuente. Elaboración propia, 2025

Los modelos y teorías de enfermería incluidos en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería —como el Modelo de Adaptación, la Teoría del Déficit de Autocuidado y el Modelo de Promoción de la Salud— se imparten durante el primer semestre de la carrera. Por su parte, el Modelo de Sistemas de Betty Neuman se aborda en el sexto semestre. Tal como se muestra en la **Figura 3**, el Modelo de Promoción de la Salud es el que los estudiantes comprenden con mayor facilidad, debido a la simplicidad de sus definiciones, que explican de manera clara los fenómenos relacionados con la conducta de salud. Además, los diversos factores que lo integran están articulados de forma lógica, lo que permite una comprensión más interactiva y cercana a su realidad (Raile Alligood, 2018).

Figura 3. *Los modelos y teorías de enfermería que conocen y saben cómo aplicarlo*

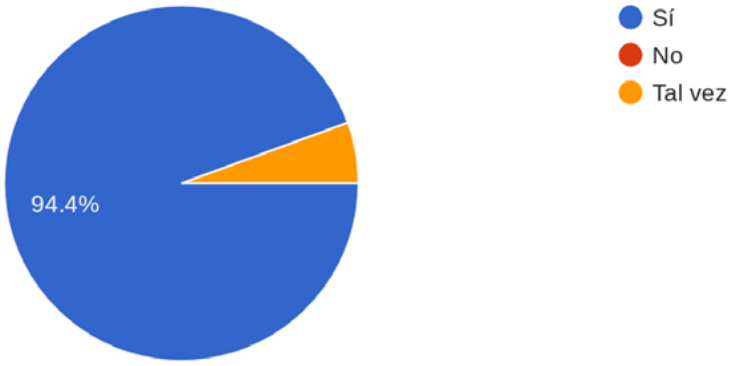


Fuente. Elaboración propia, 2025

En cuanto a la percepción sobre la utilidad de los modelos y teorías de enfermería para mejorar la atención a los pacientes **(véase Figura 4)**, el 94.4 % de los estudiantes consideró que sí son relevantes, ya que permiten identificar formas de apoyo tanto al paciente como a su familia.

Por otro lado, el 5.6 % expresó dudas al respecto, señalando que no están completamente seguros de su efectividad para mejorar la atención, basándose en experiencias previas durante sus prácticas clínicas.

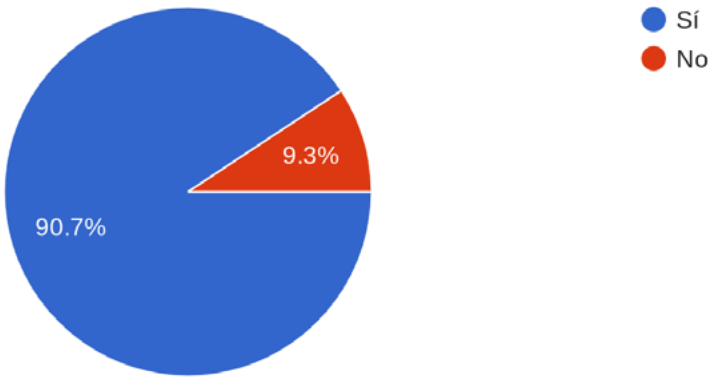
Figura 4. *¿Consideras que los modelos y teorías de enfermería son útiles para mejorar la atención a los pacientes*



Fuente. Elaboración propia, 2025

La enseñanza de estos modelos y teorías **(véase Figura 5)** genera un impacto significativo en el aprendizaje tanto teórico como práctico, lo cual fue confirmado por el 90.7 % de los estudiantes encuestados. Sin embargo, el 9.3 % manifestó que dicha enseñanza no tuvo un impacto relevante en su proceso de aprendizaje.

Figura 5. *La enseñanza de los modelos y teorías de enfermería es efectiva*



Fuente. Elaboración propia, 2025

A pesar de que la mayoría de los estudiantes reconocen un impacto positivo en su aprendizaje teórico y práctico, los testimonios recabados reflejan una percepción distinta respecto a la efectividad de la enseñanza de los modelos y teorías de enfermería. Las narrativas evidencian dificultades relacionadas con la falta de profundización, la complejidad conceptual y la escasa integración con la práctica clínica.

Uno de los estudiantes expresó que *"nunca se nos enseñó ampliamente sobre ninguna de las teorías; al tratar de aprender todo por mi cuenta, no pude comprender toda la información relacionada con todas las teorías que se me mencionaron en su momento"* (Estudiante D.C., comunicación personal, julio de 2025). Otro señaló que *"en los modelos, la participación del entorno compromete la salud del paciente, por lo que es difícil o fácil manejar o sugerir cuidados al paciente"* (Estudiante J.Q., comunicación personal, julio de 2025).

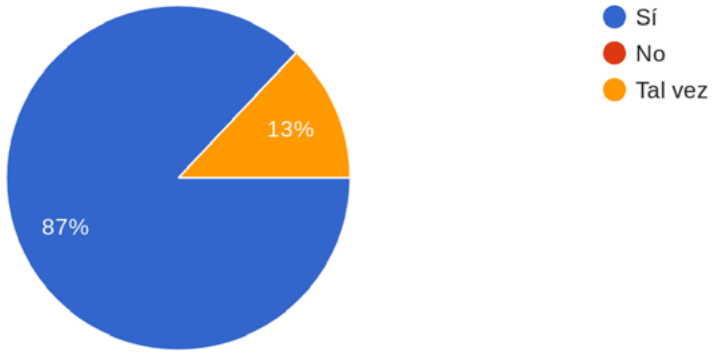
Asimismo, se evidencia confusión conceptual entre los diferentes enfoques: *"a veces no logro entender bien; o sea, puede que sí el punto de la teoría o modelo, pero al ver los otros es como que me cuesta diferenciar o entender cada uno"* (Estudiante D.M., comunicación personal, julio de 2025). En otros casos, los estudiantes identifican la necesidad de mayor dedicación personal para comprender los contenidos: *"es fácil cuando se toma el tiempo de investigar, leer y ponerlo en práctica para seguir mejorando; por el contrario, cuando es difícil es porque quedan dudas y no se halla una comprensión completa de lo que se está hablando"* (Estudiante M.R., comunicación personal, julio de 2025).

Finalmente, se destaca una demanda de formación especializada: *"a mi percepción, siento que debo llevar más preparación o un estudio especializado para poder obtener resultados favorables y positivos para la persona o personas en cuestión"* (Estudiante A.M., comunicación personal, julio de 2025).

Estos testimonios sugieren que la enseñanza de los modelos y teorías de enfermería presenta deficiencias en cuanto a las estrategias didácticas utilizadas, lo cual se refleja en una comprensión limitada por parte del estudiantado. Además, evidencian la necesidad de fortalecer la motivación y el acompañamiento pedagógico, así como de integrar explícitamente estos marcos teóricos en la práctica clínica para consolidar una formación profesional sólida.

Por otro lado, resulta interesante la percepción de los estudiantes respecto a la utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica clínica **(véase Figura 6)**. El 87 % manifestó que estos marcos teóricos les sirven como guía para brindar atención al paciente. No obstante, el 13 % expresó dudas al respecto, argumentando que, en su experiencia, los conocimientos prácticos adquiridos —principalmente relacionados con técnicas y procedimientos— no siempre se vinculan de forma clara o directa con los modelos y teorías enseñados durante su formación.

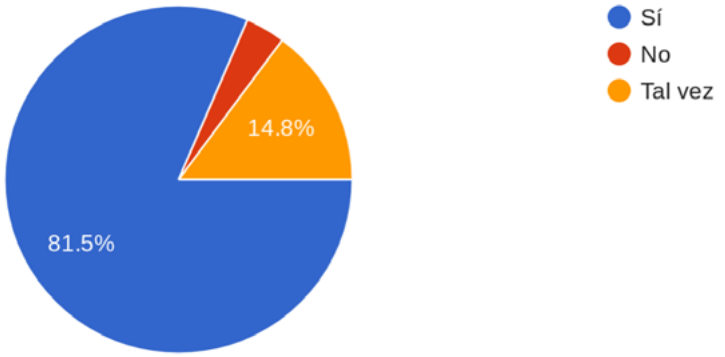
Figura 6. *Los modelos y teorías de enfermería son útiles para guiar la práctica clínica*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

En cuanto a la aplicación de algún modelo o teoría de enfermería durante la práctica clínica **(véase Figura 7),** el 81.5 % de los estudiantes afirmó que sí los utiliza, siendo el Modelo de Promoción de la Salud el más mencionado. Sin embargo, señalaron que la aplicación de otros modelos es poco frecuente. Por su parte, el 14.8 % indicó que tal vez los emplea, aunque solo en situaciones específicas del paciente, y el 3.7 % reconoció no considerarlos en absoluto durante la atención. Este último grupo refleja una falta de identificación de los momentos en que, de manera implícita, podrían estar aplicando los modelos en su quehacer clínico cotidiano.

Figura 7. *¿Utilizas algún modelo o teoría de la enfermería en su práctica clínica?*

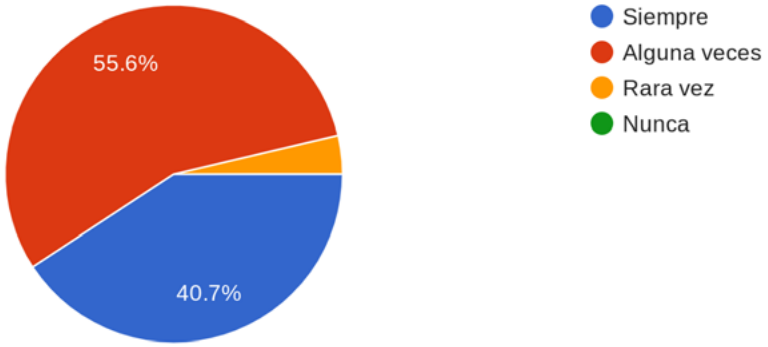


Fuente. Elaboración propia, 2025

Este dato refleja que la frecuencia con la que los estudiantes utilizan los modelos y teorías de enfermería en la práctica clínica es ocasional **(véase Figura 8)**. Esta situación se debe, en parte, a que dichos marcos teóricos no se encuentran incorporados de manera explícita en los programas de prácticas clínicas, lo que dificulta la identificación de cuáles

son los más adecuados para orientar la atención y la investigación. En consecuencia, su aplicación no es sistemática ni constante, lo cual limita su potencial para mejorar los planes de cuidado y la calidad de la atención al paciente.

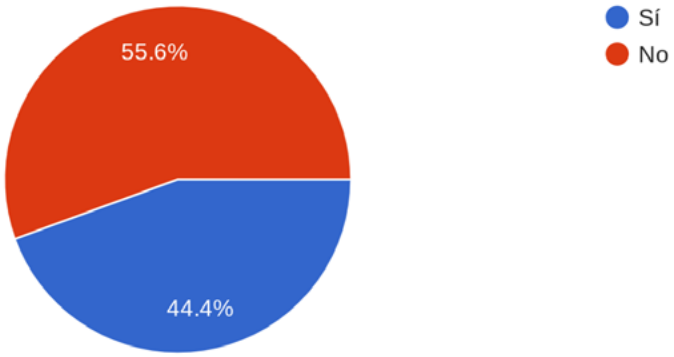
Figura 8. *Frecuencia con que se utiliza el modelo o la teoría de enfermería*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

En relación con las dificultades para aplicar los modelos y teorías de enfermería **(véase Figura 9)**, se observó que el 55.6 % de los estudiantes manifestó no experimentar obstáculos en su implementación, mientras que el 44.4 % indicó que sí enfrenta dificultades al momento de aplicarlos en la práctica clínica.

Figura 9. *¿Encuentra alguna dificultad para aplicar los modelos y teorías de enfermería en la práctica clínica?*



Fuente. Elaboración propia, 2025.

No obstante, al analizar los testimonios recabados, se identificó que el 61 % de los estudiantes reconoce enfrentar dificultades para aplicar los modelos y teorías de enfermería en la práctica clínica, mientras que el 39 % señala no presentar obstáculos. Las respuestas

cualitativas revelan una serie de factores que dificultan esta aplicación, entre ellos el nerviosismo, la inseguridad, la falta de tiempo y de conocimientos suficientes, así como limitaciones estructurales en los contextos clínicos.

Un estudiante comentó: "El nerviosismo o que se me olvide cómo aplicarlo" (Estudiante M.V., comunicación personal, julio de 2025). Otro señaló: "Falta de tiempo y falta de conocimiento" (Estudiante D.U., comunicación personal, julio de 2025), mientras que se reiteró la preocupación por el tiempo destinado a la atención directa: "Creo que algunas de las dificultades son los tiempos que tenemos con los pacientes" (Estudiante A.A., comunicación personal, julio de 2025).

Asimismo, se mencionaron como barreras las exigencias institucionales: "Pues debido a que tiene muchas normativas" (Estudiante C.X., comunicación personal, julio de 2025), así como la complejidad de adaptar los modelos a la realidad clínica: "Creo que cada persona es diferente y el modelo es muy accesible, pero a la hora de aplicar siempre hay una fuente diferente que hace que replantees un plan y lo adaptes. En mi caso, un modelo lleva de la mano a otro modelo, y si no puedo unir los cuatro, tiendo a priorizar y dejo atrás otros cuidados que también considero importantes por falta de tiempo" (Estudiante A.P., comunicación personal, julio de 2025).

Otros testimonios destacan factores externos, como la respuesta del paciente ("La respuesta del paciente al poder aplicarlas siento que nos la dificultaría", Estudiante M.C., comunicación personal, julio de 2025), o el papel del personal clínico: "Las enfermeras" (Estudiante J.R., comunicación personal, julio de 2025) y "Falta de oportunidades, tiempo, [y] compromiso de los enfermeros de práctica clínica" (Estudiante A.C., comunicación personal, julio de 2025).

En conjunto, estos testimonios evidencian que la dificultad para aplicar modelos y teorías de enfermería se relaciona tanto con factores individuales —como el dominio teórico y la autoconfianza—, como con factores contextuales, entre ellos la carga horaria de las prácticas (que se realizan cuatro veces por semana durante cinco horas), las exigencias normativas institucionales, y la limitada apropiación de estos marcos conceptuales por parte del personal clínico. Todo ello contribuye a una aplicación fragmentada o superficial de los modelos teóricos en los entornos de atención.

En este sentido, Raile Alligood (2018).) destaca la necesidad de establecer una relación coherente entre la teoría y la práctica de enfermería, ya que ello permite organizar de manera sistemática el cuidado del paciente. Esta integración facilita la recolección e interpretación de datos desde el primer contacto con el paciente, lo que contribuye a comprender su situación pasada y actual. A partir de este análisis, es posible tomar decisiones fundamentadas en un modelo o

teoría específicos, que orienten la planificación de los cuidados. Esto, a su vez, permite evaluar los resultados esperados y, en caso necesario, identificar las razones por las cuales dichos resultados no se lograron, favoreciendo así una atención más eficaz y basada en la evidencia.

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la aplicación de los modelos y teorías de enfermería en la práctica clínica. Los resultados evidenciaron un rezago en el dominio de estos marcos conceptuales por parte del estudiantado, así como dificultades en su implementación en distintos contextos asistenciales. Estos hallazgos invitan a reflexionar sobre la necesidad de fortalecer tanto el aprendizaje teórico como el práctico, revisando las estrategias pedagógicas empleadas en la formación profesional. Es imprescindible generar conciencia sobre el valor estructural de los modelos y teorías como fundamento de una enfermería científica, e incorporar de manera explícita su orientación en los contenidos de los programas de prácticas clínicas, articulándolos con los conocimientos procedimentales para mejorar la calidad, eficacia y resolución del cuidado.

Desde la perspectiva investigativa, estos marcos constituyen una base esencial para que los estudiantes reconozcan el papel de las teoristas como generadoras de conocimiento disciplinar, promoviendo así una actitud crítica e investigadora. A juicio de la autora, el estudio cumplió con su propósito, al identificar problemáticas relevantes no solo en el estudiantado, sino también en los facilitadores (docentes), cuya responsabilidad incluye la actualización de los planes de estudio. Tal actualización resulta fundamental para elevar la calidad del cuidado y favorecer la toma de decisiones en beneficio del paciente, la familia y la comunidad, a través de una práctica profesional sustentada en la evidencia y orientada al desarrollo continuo de la enfermería.

Referencias

Denis-Torres, R. (2021). Aplicación de la Teoría de Florence Nightingale en los servicios de salud en Cuba. *Multimed, 25*(5), 1-9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000500014

Fraser, M. (1996). Roy's model of adaptation, *Conceptual Nursing in Practice*, 42-92. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3340-9_4

Gonzalo, A. (2024). *Dorothea Orem: Self-Care Deficit Nursing Theory*. Nurseslabs. https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/

Gonzalo, A. (2024b). *Nola Pender: Health Promotion Model*. Nurseslabs. https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/

Mesquita Melo, E., Lopes, M. D., Carvalho Fernandes, A., Teixeira Lima, F., & Barbosa, I. (2009). Teorías de Enfermería: Importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enfermería Global, 8*(3), 1-9. URL: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834753016

Neuman Systems Model Trust. (s.f.). *Brief chronology of the development of the Neuman Systems Model*. https://www.neumansystemsmodel.org/history

Pfettscher S. (2018). Florence Nightingale: La enfermería moderna. En Martha Raile Alligood, *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 50-65), Elsevier. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6686717

Raile Alligood, M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9.ª ed.). Elsevier. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=560252