



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA



**HOSPITAL GENERAL ISSSTE PACHUCA “DRA.  
COLUMBA RIVERA OSORIO”**

**TRABAJOTERMINAL**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL DE  
SALUD EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE PACHUCA “DRA COLUMBA RIVERA  
OSORIO”. ABRIL 2025”**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

**MEDICINA INTERNA**

QUE PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO

**VICTOR EMIGDIO MARTINEZ NIETO**

DR. MARVIN HAFID MENESES LAVALLEY  
DOCTOR EN ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD  
**DIRECTOR CLÍNICO DEL TRABAJO TERMINAL**

DRA. ARACELI ORTIZ POLO  
DOCTORA EN CIENCIAS AMBIENTALES  
**CODIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL**

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO; OCTUBRE DE 2025.

DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COORDINACIÓN DE POSGRADO DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA, AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO TERMINAL TITULADO:

**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE PACHUCA DRA COLUMBA RIVERA OSORIO, ABRIL 2025"**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA SUSTENTA EL MÉDICO CIRUJANO:

**VICTOR EMIGDIO MARTINEZ NIETO**

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, OCTUBRE DE 2025.

**POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**M.C ESP JOSE ANTONIO HERNANDEZ VERA.**  
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

**M.C. ESP. ALFONSO REYES GARNICA.**  
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA.

**M.C. ESP. OSVALDO ERIK SANCHEZ HERNANDEZ.**  
COORDINADOR DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

**DRA. ARACELI ORTIZ POLO.**  
CODIRECTORA DEL TRABAJO TERMINAL.



**POR EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE PACHUCA "DRA. COLUMBA RIVERA OSORIO"**

**MC. ESP. JOSE ROBERTO MEDÉCIGO HERNANDEZ.**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA Y SUB ESPECIALISTA EN ALERGI A E INMUNOLOGÍA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DRA COLUMBA RIVERA OSORIO  
ISSSTE PACHUCA

**MC. ESP. ALEJANDRO ARREOLA MORALES.**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA Y SUBESPECIALISTA EN NEUMONOLOGIA  
TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

**M.C ESP VIANEY HERNANDEZ MEZA.**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA Y SUBESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA  
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA.

**DR. MARVIN HAFID MENESES LAVALLEY.**  
DOCTOR EN ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES  
DIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL.



**ISSSTE**  
HOSPITAL  
GENERAL  
"DRA.  
COLUMBA  
RIVERA  
OSORIO"



**ISSSTE**  
HOSPITAL GENERAL  
"COLUMBA RIVERA OSORIO"  
COORDINACIÓN DE  
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



Gobierno de México



ISSSTE  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



OFICIO No. HGCRO/CEI/0792/2025  
Pachuca, Hidalgo a 23 Octubre de 2025  
Asunto: AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE PROYECTO

DR. VÍCTOR EMIGDIO MARTÍNEZ NIETO  
PRESENTE

Por medio de la presente, me permito informarle que, tras la revisión del proyecto de investigación titulado "Nivel de conocimientos en cuidados paliativos del personal de salud en el Hospital General ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio", Abril 2025", correspondiente a su trabajo terminal del programa de la especialidad en Medicina Interna de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, se ha verificado que el mismo cumple con los requisitos establecidos por el Comité de Investigación. En virtud de lo anterior, se autoriza la impresión del proyecto.

DR. JOSÉ ROBERTO MEDÉCIKO HERNÁNDEZ  
DIRECTOR DEL HOSPITAL

M.C. ESP. VIANEY HERNÁNDEZ MEZA  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA INTERNA



ISSSTE  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL  
"COLUMBA RIVERA OSORIO"  
COORDINACIÓN DE  
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. MARVIN HAFID MENESES LAVALLEY  
DIRECTOR DE TESIS

DRA. ARACELI ORTIZ POLO  
CODIRECTOR DE TESIS



2025  
Año de  
La Mujer  
Indígena

Carretera México-Pachuca Km. 86.5, Col. ISSSTE, C.P. 42083, Pachuca, Hgo.  
Coordinación de Enseñanza e Investigación. No. Telefónico 7717113133 Ext. 28758  
Correo electrónico: [ensenanzahgdcro@gmail.com](mailto:ensenanzahgdcro@gmail.com)

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, doy gracias a Dios, mi guía y mi fuerza,  
por bendecirme con la capacidad y la oportunidad  
de llegar hasta aquí. Sin su ayuda, nada de esto  
hubiera sido posible.

A mis padres y a mi hermano, que son mi más grande bendición.

Gracias por su amor, por cada consejo, por cada aliento  
y por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

Este logro es tanto de ustedes como mío.

A mi hermosa novia, Patricia, mi compañera de vida.

Gracias por tu apoyo incondicional, por secar mis lágrimas de frustración  
y por celebrar cada pequeño avance conmigo.

Y a mí, por no rendirme. Por las horas de desvelo,  
por el esfuerzo constante y por la valentía de enfrentar este gran desafío.

## INDICE GENERAL

1.- Indice de graficas	5
2.- Indice de tablas	6
3.- Abreviaturas, siglas y acrónimos	7
4.- Resumen	8
5.- Abstract	10
6.- Marco teórico	12
a.- Definición de cuidados paliativos	14
b.- Evolución histórica de los cuidados paliativos	17
c.- Generalidades de los cuidados paliativos	20
d.- Valoración de la sintomatología en cuidados paliativos	23
e.- El papel de los cuidados paliativos en la medicina interna	25
f.- Marco normativo nacional en cuidados paliativos	26
g.- Educación sobre cuidados paliativos	28
h.- Importancia de la valoración del conocimiento en cuidados paliativos	30
i.- Cuestionarios que evalúan en conocimiento en cuidados paliativos	31
j.- Investigaciones sobre el conocimiento en cuidados paliativos	32
7.- Justificación	40
8.- Planteamiento del problema	43
9.- Pregunta de investigación	45
10.- Hipótesis	45
11.- Objetivo general	46
12.- Objetivos específicos	46
13.- Metodología	47
a.- Diseño de estudio	47
b.- Selecccion de poblacion	47
c.- Criterios de inclusión	47
d.- Criterios de exclusión	47

e.- Criterios de eliminación	47
f.- Tamaño de la muestra	47
g.- Muestreo	47
h.- Definición operacional de variables	48
i.- Instrumentos de recolección	50
j.- Recursos materiales e instrumentos aptos para investigación	50
14.- Aspectos éticos	51
15- Análisis estadísticos	51
16.- Resultados	52
a.- Distribución del personal de salud	52
b.- Género	53
c.- Edad	54
d.- Estado civil del personal de salud	56
e.- Distribución de escolaridad del personal de salud	57
f.- Distribución del personal de salud en diferentes áreas del nosocomio	59
g.- Años de experiencia laboral	61
h.- Aplicación del cuestionario pckt al personal de salud	63
i.- Nivel de conocimiento en cuidados paliativos por dimensiones	65
j.- Número de aciertos del cuestionario pckt	67
k.- Nivel de conocimiento del personal sanitario	69
l.- Relación entre el nivel de conocimiento y años de experiencia del personal de salud	71
17.- Discusión	73
18.- Conclusión	77
19.- Recomendaciones finales	78
20.- Referencias bibliográficas	80
21.- Anexos	87

## INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Distribución del personal de salud	52
Gráfica 2. Distribución según género	53
Gráfica 3. Distribución según edad	55
Gráfica 4. Distribución según estado civil	56
Gráfica 5. Distribución según escolaridad	58
Gráfica 6. Distribución según servicio encuestado	60
Gráfica 7. Distribución según años de experiencia laboral	62
Gráfica 8. Nivel de conocimientos en cuidados paliativos por dimensión del cuestionario PCKT según tipo de personal	65
Gráfica 9. Número de aciertos del cuestionario PCKT según género y tipo de person	67
Gráfica 10. Distribución según nivel de conocimiento del total del personal sanitario estudiado	69
Gratifica 11. Nivel de conocimiento según grupo profesional y genero	70

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables de estudio. Tipo y diseño general del estudio	48
Tabla 2. Versión en castellano del Cuestionario PCKT del personal médico según género	63
Tabla 3. Versión en castellano del Cuestionario PCKT del personal de enfermería según género	64
Tabla 4. Relación entre el nivel de conocimiento y años de experiencia del personal médico	71
Tabla 5. Relación entre el nivel de conocimiento y años de experiencia del personal de enfermería	72

## ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

<b>CP</b>	Cuidados Paliativos
<b>ECOG</b>	Escala Eastern Cooperative Oncology Group
<b>ESAS</b>	Cuestionario Edmonton Symptom Assessment System
<b>GDOSS</b>	Grupo Internacional para la Educación en Dolor y Soporte Sintomático
<b>IAHPC</b>	Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos
<b>INCMNSZ</b>	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
<b>INCAN</b>	Instituto Nacional de Cancerología
<b>LET</b>	Limitación del Esfuerzo Terapéutico
<b>MI</b>	Medicina Interna
<b>No RCP</b>	No Reanimación Cardiopulmonar
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PCKT</b>	Palliative Care Knowledge Test
<b>PCQN</b>	Palliative Care Quiz Nursing
<b>PPS</b>	Palliative Performance Scale
<b>SECPAL</b>	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
<b>SEMI</b>	Sociedad Española de Medicina Interna
<b>SP</b>	Sedación Paliativa
<b>UNAM</b>	Universidad Autónoma Nacional de México

## RESUMEN

**Antecedentes:** Los cuidados paliativos en las últimas décadas han tomado mayor relevancia debido al incremento de la esperanza de vida en la población. Este enfoque holístico centrado en el paciente y la familia mejora la calidad de vida y permite un tratamiento individualizado. No obstante, su implementación es poco reconocida debido al desconocimiento del tema por parte del personal de salud, familiares del enfermo e incluso el propio paciente, lo que representa incluso, dilemas éticos y emocionales alrededor de cada caso.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal de salud en el Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio” en abril de 2025.

**Metodología:** Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico, mediante la aplicación del cuestionario “Palliative care knowledge test for nurses and physicians (PCKT)” en su versión en castellano al personal médico y enfermería que laboren en el servicio de medicina interna del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio” Se aplicarán cuestionarios previo consentimiento informado, con los datos obtenidos se generará una base de datos, para su posterior análisis en el programa SPSS versión 26.

**Resultados:** Se aplicaron 206 cuestionarios al personal de salud de todas las áreas del hospital donde el 68.9% de las encuestadas fueron mujeres, de acuerdo al tipo de personal 72.6% fueron enfermeras y 57.1% médicas; con una edad media de 30 años así como una media de 5.91 años de experiencia laboral. En el grupo de médicos hubo un predominio de especialistas con el 77.6%, mientras que en el grupo de enfermería el 64.3% tenían licenciatura. En cuanto al área laboral del personal encuestado se evidenció que en mayor porcentaje provenía del piso de medicina interna, valorándose en total 8 áreas del hospital. Tras aplicarse el Cuestionario PCKT se evidenció una puntuación mínima de 4 puntos y máxima de 19 puntos, con una media de 11 puntos, destacando que solo 14 personas (6.8%) obtuvieron 16 o más preguntas correctas, es decir, tenían conocimiento en cuidados paliativos. El coeficiente Rho de Spearman fue de 0.127, dando como resultado una correlación directa muy baja entre los años de experiencia y el conocimiento en cuidados paliativos en el personal de salud de esta unidad.

**Conclusión:** Esta investigación evidenció la escasez de conocimiento sobre cuidados paliativos que tiene esta unidad hospitalaria, deficiencia que es un problema global y que puede impactar a muchos niveles tanto en la atención, económica e institucionalmente. En consecuencia, la implementación de estrategias educativas sobre este tema mediante la capacitación del personal de salud es fundamental para dotar al personal de las competencias necesarias.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, conocimiento, médico, enfermería, medicina interna.

## ABSTRACT

### “LEVEL OF KNOWLEDGE OF PALLIATIVE CARE AMONG HEALTHCARE PERSONNEL AT THE HOSPITAL GENERAL ISSSTE PACHUCA “DRA. COLUMBA RIVERA OSORIO” IN APRIL 2025”

**Background:** Palliative care has gained greater relevance in recent decades due to the increase in life expectancy. This holistic approach, centered on the patient and family improves quality of life and allows individualized treatment. However, its implementation is rarely applied due to the lack of knowledge on the subject among healthcare personnel, family members, and even the patient, which can lead to ethical and emotional dilemmas in each case.

**Objective:** To determine the level of knowledge in palliative cares among healthcare personnel at the Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio” in April 2025.

**Methodology:** An observational, descriptive, cross-sectional, and analytical study was conducted by applying the spanish version of the “Palliative Care Knowledge Test for Nurses and Physicians (PCKT)” questionnaire to the medical and nursing staff working in the Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio” Questionnaires were applied with prior informed consent. The obtained data was used to generate a database for subsequent analysis in SPSS version 26.

**Results:** 206 questionnaires were applied to healthcare personnel from all areas of the hospital where 68.9% of the participants were women. 72.6% were nurses and 57.1% were physicians. The average age was 30 years old and the average years of work experience were 5.91 years. In the physician group, medical specialists predominated with 77.6%, while 64.3% of the nursing group had a degree. Based on the working department of the surveyed personnel, it was evident that the highest percentage came from the internal medicine floor, with a total of 8 departments of the hospital being analyzed. After applying the PCKT Questionnaire, a minimum score of 4 points and a maximum of 19 points was determined, with an average of 11 points. It is noteworthy that only 14 people (6.8%) answered 16 or more questions correctly. Spearman's rank correlation coefficient was 0.127, resulting in a very low direct correlation between years of experience and knowledge of palliative care among the healthcare personnel in this unit.

**Conclusion:** This research revealed the lack of knowledge about palliative care in this hospital unit. This deficiency is a global issue and can impact many aspects of healthcare, like economical and institutional. Consequently, implementing educational strategies on this topic by training healthcare personnel is essential to equip them with the necessary skills.

**Keywords:** palliative care, knowledge, physician, nursing, internal medicine.

## MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, se ha evidenciado un aumento en la demanda de los cuidados paliativos (CP) en países desarrollados como en vías de desarrollo (Velasquez-Manrique, 2023), el aumento de la esperanza de vida es uno de los grandes logros de la humanidad, pero también uno de sus principales retos, siendo el envejecimiento de la población y una mayor supervivencia de personas con enfermedades crónico degenerativas, como diabetes, insuficiencia renal, hepática, cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular, VIH, entre otras, las causas del requerimiento de los CP en la población general, cambiado el perfil de los pacientes, donde al envejecer la sociedad la carga de enfermedad se desplaza hacia las enfermedades crónicas.

El avance en los tratamientos médicos ha modificado el curso natural de estos padecimientos, hoy en día en muchos de estos se permite una supervivencia más larga gracias a tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y de soporte altamente especializados, prolongando la esperanza de vida pero a menudo conllevando a más complicaciones y discapacidad, por lo que ya no es suficiente con curar, sino que también es necesario acompañar y cuidar, siendo la dimensión social y emocional tan relevante como la biológica, a fin de aspirar a una vida digna, funcional y lo más autónoma posible (Covarrubias-Gómez, 2019).

Actualmente, la atención médica está centrada en un número creciente de pacientes con enfermedades crónico degenerativas en etapas avanzadas o terminales, un claro ejemplo de esto se observa en el servicio de Medicina Interna (MI), donde según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), más de la mitad de los pacientes ingresados en este servicio son personas de edad avanzada (con un promedio de 84 años), con múltiples enfermedades (no oncológicas) y a menudo que sufren de alguna discapacidad. Como resultado, esta área se ha convertido en el principal lugar de fallecimiento con esta población y debido a que el proceso de muerte en esta población es a menudo poco conocido y la evolución de estas enfermedades es difícil de predecir, la toma de decisiones sobre la aplicación de los CP y la limitación de esfuerzo terapéutico (LET) se ve con frecuencia demorada (Alonso et al., 2020).

En el ámbito de la atención médica, se sabe que las enfermedades crónico degenerativas, son aquellas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediamente fatales, se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con el dolor, el sufrimiento, y el deterioro progresivo e irreversible de la calidad de vida de quien la padece, siendo de vital relevancia el

identificar a los pacientes con necesidades de CP desde su ingreso. Sin embargo, este proceso se ve obstaculizado por múltiples factores, incluyendo barreras de comunicación entre el personal y los pacientes, la sobrecarga de trabajo que experimentan los profesionales de salud, y una falta de formación en la identificación temprana de la fase terminal. Esta deficiencia puede llevar a la aplicación de tratamientos fútiles o de la obstinación terapéutica, lo que afecta la calidad de la atención y dificulta la toma de decisiones compartidas (Cervantes, et al., 2024; Araujo et al., 2023).

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 40 millones de personas en todo el mundo anualmente requieren de CP, donde el 78% corresponde a países con ingreso bajo o mediano, sin embargo, a nivel mundial tan solo el 14% de ellas los reciben, este dato muestra que existe una desigualdad estructural, en la que los grupos más vulnerables tienen más dificultades para acceder a un derecho esencial: el cuidado integral al final de la vida (Velasquez-Manrique, 2023).

Se estima que en Latinoamérica más de 3.5 millones de personas requieren atención en CP. De acuerdo a un informe “The Economist Intelligence Unit”, destaca la escasez de servicios en la región, con solo dos por cada millón de habitantes, lo que resulta que solo el 1% de los pacientes sea atendido (AA., 2024), mostrando una infraestructura sanitaria insuficiente, así como falta de políticas públicas sólidas que incorporen el cuidado paliativo a los sistemas de salud de una forma equitativa y sostenible.

Esta deficiencia en la atención paliativa representa un problema ético y social de gran magnitud. Por un lado, al priorizar modelos sanitarios que se enfocan exclusivamente en la recuperación y en la asistencia hospitalaria de alta complejidad, y por otra parte, al ignorar el aspecto humano de la medicina, olvidando que la dignidad en el proceso de morir tiene tanta importancia como la calidad de vida durante la enfermedad (Rosa et al., 2025).

Aproximadamente el 80% de los países a nivel mundial no reconocen los CP como una disciplina formal (Velasquez-Manrique, 2023), lo que impide su integración en los sistemas de salud, además de que pocos países de América Latina tienen programas académicos sólidos en CP, lo que conlleva a que las familias asuman la responsabilidad, afrontando los desafíos de cuidar a un ser querido en etapas terminales sin asistencia profesional. Esta falta de reconocimiento contribuye a un gran desconocimiento sobre las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente y sus familiares.

El hecho de que en Latinoamérica y otros lugares del mundo no tengan acceso equitativo a CP es un reto urgente para la salud pública, la justicia social y los derechos humanos. Esta carencia no solo

impacta en la calidad de vida de los pacientes, sino que también sobrecarga a las familias y al sistema de salud, al generar hospitalizaciones innecesarias, tratamientos costosos y, muchas veces, ineficaces. Siendo estos una necesidad esencial, y no un lujo.

México no es la excepción a este problema, donde a pesar que los CP se han convertido en una prioridad en las instituciones de salud públicas y privadas (Medina, 2012), una parte significativa de la población con enfermedades crónico degenerativas en etapas avanzadas o terminales no reciben dicha atención. La falta de acceso, se debe a la escasez de conocimientos en CP del personal de salud lo cual genera una profunda desigualdad en la atención, afectando principalmente a las personas de bajos recursos quienes a menudo fallecen sin haber recibido alivio a su sufrimiento, incumpliendo con lo establecido por la OMS y organismos internacionales quienes reconocen el alivio del dolor y el acceso a cuidados paliativos como un derecho universal.

## **DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS**

El término “paliativo” deriva del latín *pallium* que significa manta o cubierta, representando el apoyo y el confort que se brinda a los pacientes y sus familias. Los CP son una rama de la medicina que busca prevenir y aliviar el sufrimiento, mejorando la calidad de vida de personas con alguna enfermedad crónica avanzada o potencialmente terminal. Su enfoque holístico se centra en el paciente y su familia en las esferas física, emocional, social y espiritual.

Las definiciones de CP han evolucionado para adaptarse a las necesidades actuales. Una de las definiciones iniciales fue descrita por la OMS quien define a los CP como “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias con enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y alivio del sufrimiento, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”, esta definición fue publicada en 1990, con una revisión en 2002, y adoptada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sin embargo, ha recibido críticas por limitarse a enfermedades mortales, excluyendo a pacientes con enfermedades crónico degenerativas o no oncológicas que requieren ese abordaje.

En respuesta a estas críticas, en 2019, la Asociación Internacional de Hospicio y Cuidados Paliativos (IAHPC) los definió como “la atención holística activa de personas de todas las edades con graves problemas de salud, especialmente de quienes se encuentran al final de su vida, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, familia y sus cuidadores”, centrándose en un

concepto propuesto por la Comisión Lancet sobre el acceso global de los CP y el alivio del dolor, abarcando mejor todos los niveles del sistema de salud y las diversas condiciones socioeconómicas (Radbruch, 2020).

Según la IAHPC, el alivio y la prevención del sufrimiento se logran al detectar de forma anticipada y tratar dificultades de carácter psicológico, físico, social o espiritual. Esto posibilita que los pacientes conserven la mayor autonomía y funcionalidad posible, respetando su dignidad y sus preferencias. Además, se destaca el respaldo hacia la familia, considerada como una parte fundamental del cuidado. Esto ayuda a gestionar el estrés y el duelo, tanto anticipado como posterior, y a tomar decisiones en períodos críticos de la enfermedad.

Por otra parte, la SECPAL tiene la misión de fomentar la atención paliativa tanto en España como a nivel global, mejorando la calidad de vida de los individuos que padecen enfermedades terminales, avanzadas o en progreso, y también la de sus familias, por lo que de acuerdo a esta organización los CP son “un tipo especial de cuidado diseñado para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de días con calidad de vida, conscientes y libres de dolor, con control de sintomatología, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad en su casa o en lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que los quiere”.

SECPAL enfatiza que los cuidados paliativos no son exclusivos de la etapa terminal, sino que pueden comenzar desde el momento en que se diagnostica una enfermedad crónica o grave con riesgo para la calidad de vida. Esto significa una intervención precoz que posibilite manejar los síntomas, brindar soporte emocional al paciente y a su familia, y organizar de forma eficaz recursos médicos y sociales, resaltando que el cuidado paliativo tiene que ser multidisciplinario, lo cual incluye a médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros especialistas, para poder tratar todas las facetas del sufrimiento humano (SECPAL, 2023).

Por tanto, todas estas organizaciones enfatizan que los sistemas de salud deben incluir la atención paliativa en sus niveles primario, secundario y terciario para garantizar que los servicios sean continuos y bien coordinados. Esto supone contar con los fármacos esenciales, como los analgésicos opioides, y tener al personal de salud correctamente preparado para tratar síntomas complejos y situaciones críticas, fomentando que siempre se respete la dignidad del paciente.

A nivel nacional, los lineamientos que regulan la atención de los cuidados paliativos en México son definidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, la cual está enfocada en el

cuidado integral de individuos con enfermedades terminales. Esta norma nace como respuesta a la exigencia de asegurar asistencia médica, social, psicológica y espiritual para aquellos pacientes que padecen enfermedades crónicas avanzadas o terminales. En estos casos, el propósito no es curar, sino controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, la norma es un marco regulador cuyo objetivo es estandarizar los procedimientos clínicos y garantizar que los pacientes reciban atención digna, a tiempo y sin sufrimiento innecesario.

En los últimos años se han promulgado leyes que recogen derechos y garantías de la dignidad en el proceso de morir. Un principio fundamental de los cuidados paliativos es que tienen la posibilidad de ser complementados con tratamientos curativos, pero además incorporan la alternativa de restringir intervenciones si no representan un beneficio real o son excesivas. Como parte de este marco ético y legal, se ha desarrollado el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) definido como el no aplicar medidas desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea (fundamentalmente curar, mejorar o aliviar) a pacientes con mal pronóstico vital y mala calidad de vida (Gómez, 2023).

En este contexto, la LET y los CP tienen el mismo propósito de centrar su atención en el individuo y no solo en su enfermedad, donde estos últimos tratan de mitigar los síntomas a nivel físico, psicológico, social y espiritual para garantizar una atención digna y humana; por su parte, la LET elude procedimientos invasivos e innecesarios que causan sufrimiento sin un beneficio real. De esta manera, se crea un vínculo entre el acuerdo de restringir tratamientos excesivos y la aplicación de acciones que apoyen al paciente y a su familia durante la etapa final de la vida.

Contar con una definición clara y estandarizada facilita a los profesionales de salud la identificación exacta de los pacientes que necesitan este tipo de atención, especialmente aquellos con enfermedades crónico degenerativas o terminales. Asimismo, posibilita el establecimiento de planes de tratamiento personalizados.

Esta definición también tiene una función reguladora, al ser la base para establecer protocolos, normas y guías clínicas que garanticen la equidad, seguridad y calidad de la atención a nivel internacional como nacional. Esto fomenta el acceso a cuidados paliativos para todos los pacientes, sin importar su ubicación geográfica o nivel socioeconómico; concienciar a la gente y a sus familias acerca de la esencia de estos cuidados, lo cual colabora en disminuir prejuicios, temores o expectativas equivocadas sobre la muerte y el final de la vida.

## **EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Los CP se originaron en Europa en el siglo XI, cuando aparecieron los primeros hospicios romanos. Estos lugares, además de servir como espacios de descanso para los viajeros y los peregrinos, brindaban asistencia a las personas moribundas, quienes fueron atendidas con compasión y con apoyo básico para mitigar su dolor. La fundación de estos hospicios fue una respuesta a una exigencia religiosa y social del momento, cuando la benevolencia y el cuidado hacia los demás eran principios esenciales. Estos refugios, además, fomentaban la convivencia de diversos grupos sociales, lo que impulsaba un sentimiento de comunidad y solidaridad en torno a la protección de los más desprotegidos.

La filosofía de atención integral, que se enfoca en el individuo y no solamente en la enfermedad, empezó a desarrollarse durante este periodo histórico. La idea de aliviar el sufrimiento, además de curar, sentó un precedente para los actuales principios de dignidad y respeto hacia el paciente. Por ende, estos hospicios iniciales constituyen un hito esencial en el desarrollo de los CP contemporáneos (González, 2012).

Los hospicios, durante la Edad Media, tuvieron un rol esencial en el cuidado de personas enfermas y moribundas debido a la influencia de las cruzadas. Este movimiento religioso y bélico facilitó el intercambio cultural y permitió que estas instituciones se propagaran por una amplia zona del Viejo Mundo, estableciéndose como lugares de amparo y protección para aquellos que estaban en condiciones de vulnerabilidad.

La gestión de estos lugares a menudo dependía de órdenes religiosas que tenían como misión cuidar a viajeros, enfermos y peregrinos, proporcionando un cuidado integral que combinaba aspectos físicos y espirituales. La orden de los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, fue una de estas órdenes, la cual desempeñó un papel pionero en la especialización del cuidado a personas moribundas. Estos caballeros fundaron el primer albergue para pacientes terminales en Rodas, a inicios del siglo XIV, lo que constituyó un precedente histórico en la evolución de los CP. La elaboración de hospicios de este tipo estableció las bases para una organización sistemática del apoyo a los pacientes, con protocolos primitivos que tenían como objetivo mitigar el sufrimiento (Covarrubias-Gómez, 2019).

A lo largo del siglo XVII, la población de Europa sufrió y tuvo una alta tasa de mortalidad debido a diversas epidemias. Enfermedades como el sarampión, la difteria, la tuberculosis y el cólera se expandieron rápidamente, causando la muerte de cientos de personas y dejando una gran cantidad de

enfermos en estado crítico, con dependencia de atención constante, haciéndose evidente la necesidad de crear instituciones especializadas para atender a los moribundos y a quienes no tenían familiares que pudieran cuidar de ellos. En este contexto, los hospicios aparecieron como lugares esenciales para proporcionar ayuda, al ofrecer un espacio en el que los pacientes podían tener acceso a comida, cuidado y un nivel de confort en sus últimos días.

Francia se transformó en uno de los países europeos con una de las redes más extensas de hospicios, como respuesta a la presión social y al aumento en la demanda de atención médica. Una gran cantidad de estos centros empezaron a ser gestionados por órdenes religiosas, que ya tenían experiencia en ayudar a los enfermos y los necesitados.

Durante el siglo XX, la medicina se enfocó principalmente en extender la vida, dando más importancia a que los pacientes sobrevivieran que a otros elementos de la experiencia humana. Los avances en tecnología y farmacología permitieron actuar en situaciones extremas que antes se creían irreversibles. No obstante, este punto de vista centrado solamente en la vida condujo a tratamientos severos que no consideraban el estado emocional del paciente, su dignidad ni su comodidad.

Este modelo biomédico hizo que la medicina se enfocará en tratar enfermedades y no en acompañar procesos de sufrimiento inevitables. Esto causó que los pacientes terminales o crónicos fueran tratados con terapias que aportaban poco a su verdadero bienestar. Al mismo tiempo, la sociedad empezaba a discutir sobre la muerte, el derecho a decidir y lo importante que es mantener la dignidad al final de la vida. A pesar de sus éxitos, la medicina del siglo XX evidenció limitaciones en su habilidad para incorporar elementos espirituales y psicológicos en el cuidado. Esto facilitó la reflexión acerca de la urgencia de contar con modelos de atención más humanizados (Lantz, 2023; Martínez, 2023).

En 1948, Cicely Saunders inició su labor con pacientes terminales en Inglaterra, enfrentando el abandono y la falta de apoyo que sufrían quienes se encontraban en las últimas etapas de su vida. Su enfoque no solo consistió en la atención clínica, sino también en brindar acompañamiento emocional, comprensión y cercanía, elementos que resultaban ausentes en los modelos de atención médica de la época. Esta vivencia la condujo a idear un nuevo enfoque de hospicio que se centra en el cuidado humanizado y en la atención integral del paciente. Entre 1959 y 1967, Saunders desarrolló un modelo innovador que combinaba el conocimiento médico con estrategias de confort, comunicación y soporte psicológico.

En 1967, con la apertura del hospicio "Saint Christopher", Saunders institucionalizó su perspectiva al proporcionar un lugar en el que los individuos podían vivir sus últimos días con calidad, sentido y apoyo. El hospicio se transformó en un modelo a nivel mundial, evidenciando que proveer cuidado compasivo sin apresurar ni extender la muerte de manera artificial era factible. Esta perspectiva humanista tuvo un impacto en la capacitación de los profesionales sanitarios y en el desarrollo de políticas enfocadas en el bienestar holístico de los pacientes terminales.

La influencia de Cicely Saunders se reflejó en la expansión a nivel mundial de los hospicios y de la medicina paliativa como un campo especializado. Los países de Asia, Europa y América incorporaron sus principios y los adecuaron a sus sistemas de salud y contextos culturales. Saunders promovió que cada paciente es distinto y que los cuidados deben ser personalizados, teniendo en cuenta sus valores, creencias y anhelos al final de la vida (Hospice UK,2023).

En México, este movimiento global se reflejó en torno al tratamiento del dolor. A mediados del siglo XX, cuando la medicina del dolor empezó a establecerse como una especialidad reconocida, fue que este fenómeno empezó a desarrollarse. En este escenario, en 1972, México se alineó con la tendencia global y fundó su primera clínica del dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), dirigida por el Dr. Ramón De Lille Fuentes con la cooperación del Dr. Vicente García Olivera; así como en 1976 la clínica del dolor en Hospital General de México (Covarrubias, 2023). Posteriormente, en 1979, se creó la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), consolidando el movimiento paliativo en México.

Posteriormente, en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), institución clave en la atención del cáncer en el país, se comenzó a gestarse la formación de los primeros paliativistas, punto donde no se trató únicamente de un acto académico, sino que supuso una transformación cultural en el campo de la oncología en México. Los equipos comenzaron a implementar la evaluación sistemática del dolor y el sufrimiento en las consultas, lo que requirió protocolos clínicos, escalas validadas y registros más detallados. Para 1989 se creó el primer programa académico de CP en el país, apoyado por la OMS pero lamentablemente no por la Universidad Autónoma Nacional de México (UNAM).

En 1989, la Dra. Silvia Allende inicia el programa de atención domiciliaria y consulta externa en el INCAN. En 1990 se firma la “Declaración Mexicana de Alivio del Dolor de Cáncer”, en donde se reconoce la importancia de los CP en la salud pública. En 1992, Gustavo Montejo Rojas abrió la primera unidad de CP en el Hospital Civil de Guadalajara. En ese mismo año, con colaboración de la Dra. Silvia Allende, se elaboró un plan de trabajo sobre CP. En 1994 se inició el primer diplomado

de CP en la UNAM, mientras que para 1998 se crean los cursos de alta especialidad en medicina para especialistas en clínica de dolor (Covarrubias-Gómez, 2019).

Años siguientes se fueron abriendo varias clínicas de cuidados de dolor y asistencia de CP, entre los más relevantes se mencionan: la unidad CP del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, la clínica de CP del Hospital General de México, la creación del programa de CP con atención domiciliaria por parte del Centro Médico Nacional Siglo XXI y la unidad de CP por parte del Instituto Nacional de Pediatría (Paz-Pitto, 2024).

## **GENERALIDADES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Tradicionalmente, los CP han sido considerados una atención exclusiva para las fases finales de la vida, cuando no se esperaba una recuperación, sino simplemente un alivio del dolor, manejo de síntomas y un soporte en términos emocionales y espirituales. Se comprendía que su función principal era estar al lado del paciente en la última etapa, cuando las intervenciones curativas ya no eran efectivas o deseadas. Sin embargo, esta disciplina ha evolucionado para integrarse de forma temprana en el tratamiento de enfermedades crónicas complejas, tanto oncológicas, como no oncológicas.

Esta perspectiva, a pesar de que era útil en su momento, era restringida porque relegaba el respaldo integral a un instante en el que las intervenciones médicas podrían no ser suficientes para asegurar el bienestar total. Este paradigma ha experimentado un cambio significativo en las últimas décadas, y sobre todo recientemente, debido a la evidencia científica que comprueba las ventajas de incluir los cuidados paliativos desde fases más tempranas de la enfermedad. Según investigaciones recientes entre ellos Escudero, (2021) y Zambrano, (2023), la atención paliativa temprana hace posible que los pacientes sean acompañados desde el diagnóstico; así se fomenta un enfoque integral que no solo trata el dolor físico, sino también el impacto a nivel emocional, social y espiritual de vivir con una compleja enfermedad crónica. Este enfoque ha demostrado beneficios al mejorar la supervivencia, el estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes, reduciendo a su vez la necesidad de hospitalizaciones (Fiscal, et al.. 2023).

El método paliativo temprano contribuye a que las decisiones médicas se alineen con lo que el paciente quiere, evitando intervenciones desproporcionadas o inútiles que intensifican el sufrimiento sin ofrecer un beneficio real. Así, los CP dejan de ser un recurso de último momento y se transforman

en una táctica que mejora la experiencia con la enfermedad y hace más eficiente el empleo de recursos de salud.

Esta expansión en la aplicación de los CP es especialmente relevante si se considera que el 75% de las muertes a nivel mundial se asocian a enfermedades no transmisibles, como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los problemas respiratorios crónicos. Estas enfermedades, que suelen ser incurables y de naturaleza progresiva, producen una carga elevada de malestar emocional, físico y social que afecta no solo a los enfermos sino también a sus familias y a los sistemas sanitarios. Esta perspectiva es particularmente importante en naciones con ingresos bajos y medios, en las que la prevalencia de estas enfermedades va en aumento pero los recursos para tratamientos curativos son generalmente escasos. Por ello, los CP se constituyen como una estrategia costo efectiva y humanizada para afrontar el reto mundial que representan estas enfermedades.

La SECPAL menciona que, para mejorar la calidad de vida y el confort de los pacientes, es necesario controlar los síntomas, brindar apoyo emocional y mantener una adecuada comunicación (Frías, et al., 2023). Se identifican cuatro dimensiones fundamentales en los CP los cuales son:

1. Reconocer y tratar adecuadamente los síntomas que afectan el bienestar del paciente (dolor, fatiga, náuseas, delirio, etc.), mediante estrategias farmacológicas y no farmacológicas que buscan mejorar la capacidad funcional.
2. Mantener una comunicación abierta, entre el equipo médico, el paciente y sus familiares, con el objetivo de tener metas de tratamiento y apoyo en la toma de decisiones.
3. Es fundamental reconocer que la muerte es un fenómeno inherente a la existencia humana. El enfoque de los CP busca abordar a la muerte no como un fracaso, sino como una etapa que debe vivirse con dignidad y confort. Por lo cual no busca retrasar y acelerar dicho proceso.
4. Ofrecer apoyo a los pacientes y familiares, basado en aspectos espirituales y psicológicos, con la finalidad de adaptarse a la enfermedad, la muerte y el duelo. Muchas veces, las necesidades psicoemocionales de los pacientes y sus familiares se relegan a un “cuidado invisible”, es decir, no se les da la misma prioridad que a los aspectos físicos.

Las normas sociales y culturales influyen directamente en la forma en que se abordan los CP en el ámbito médico. En muchas unidades hospitalarias se evita hablar abiertamente sobre la muerte, lo que reduce la familiaridad y la comprensión de este tema tanto en el personal de salud como en la

sociedad en general (Sandoval et al., 2023). Por ello, la educación sobre la muerte es fundamental. Más allá de promover el respeto y la valoración de la vida, esta formación ayuda a las personas a reconocer sus límites y a afrontar la muerte con mayor tranquilidad, eliminando la ansiedad y el miedo (Wei, 2025).

La falta de preparación de los profesionales para comunicarse y dar apoyo a los pacientes en las etapas finales de la vida daña la relación terapéutica. El profesional puede sentir frustración e impotencia al no lograr una curación, lo que lleva a distanciarse emocionalmente. Por su parte el paciente se siente vulnerable y desamparado al no recibir el apoyo necesario durante una situación tan delicada (Rudilla et al., 2018).

Es crucial identificar a los pacientes con necesidades de CP desde el momento de su ingreso. Esta información permite a los profesionales de la salud tomar decisiones más informadas como: mejorar la prescripción de medidas de bienestar, considerar la sedación paliativa cuando sea necesario, retirar medicación innecesaria y evitar la obstinación terapéutica, ejemplo a esto al emitir una orden de no reanimar (Alonso et al., 2020).

Para la identificación de los diferentes síntomas y necesidades paliativas existen escalas validadas a nivel internacional como el cuestionario NECPAL y el índice PALIAR. El NECPAL, tiene como objetivo identificar a pacientes con patologías no oncológicas que puedan recibir CP utilizando criterios de tipo funcional, clínico y de avance de la enfermedad. Por otro lado, el índice PALIAR, desarrollado por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), constituye un progreso importante en la estratificación del riesgo, ya que combina variables clínicas y de fragilidad con el objetivo de prever cómo evolucionarán los pacientes, la cual establece que un puntaje superior a 7 predice un 50% de probabilidad la mortalidad en un período de seis meses en pacientes no oncológicos.

Su utilización fomenta una perspectiva centrada en el individuo, que no solo considera los síntomas físicos, sino también los componentes sociales, emocionales y espirituales. La utilización sistemática de estos instrumentos ayuda a reducir las hospitalizaciones innecesarias y a guiar correctamente la toma de decisiones clínicas. En situaciones de geriatría y MI, su puesta en práctica es especialmente importante debido a la elevada tasa de multimorbilidad y fragilidad que presentan estos grupos poblacionales.

Otras herramientas como el índice de Karnofsky, la escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), el cuestionario Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) y la escala Palliative

Performance Scale (PPS), permiten valorar la capacidad funcional, calidad de vida y la progresión de la enfermedad, brindan medidas objetivas que guían a los médicos en la toma de decisiones clínicas, ayudándoles a determinar cuándo es el momento adecuado para modificar tratamientos, poner en marcha intervenciones de soporte o restringir procedimientos invasivos, facilitando personalizar la atención médica a medida que evoluciona las necesidades del paciente.

La utilización conjunta de estos instrumentos no solo optimiza la exactitud en el monitoreo clínico, sino que también contribuye a personalizar los cuidados, posibilitando que las acciones médicas se ajusten dinámicamente a las necesidades variables de cada individuo. Así, se fomenta una atención enfocada en el paciente, que está fundamentada en evidencia y es más sensible a su experiencia vital, lo cual mejora la comunicación con su familia y con el equipo multidisciplinario.

## **VALORACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

Los síntomas en CP constituyen un elemento fundamental para el tratamiento de individuos con afecciones avanzadas, ya que su adecuada identificación y manejo impactan directamente en la calidad de vida del enfermo. Si no se tratan a tiempo, síntomas como la fatiga, el dolor, las náuseas, la disnea y los síntomas psico-emocionales (como la depresión y la ansiedad) pueden causar un sufrimiento importante. Según investigaciones recientes, al final de la vida es común que los pacientes presenten varios síntomas al mismo tiempo, y que una insuficiente atención para aliviar el dolor puede afectar negativamente tanto su bienestar físico como el mental (Hedman, et al., 2024; Berendt, et al., 2024).

En relación al dolor, la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) define al dolor como “Una experiencia sensorial y emocional no deseada, asociada con una lesión real o potencial del tejido, o descrita en términos de tal daño”. (Pedreros & Rojas, 2021). El pilar farmacológico en el manejo del dolor son los opioides, independientemente de la vía de administración de los mismos. La morfina es el opioide más utilizado sin embargo hay que estar monitorizando al paciente y ajustando dosis. Otros fármacos de utilidad como la ketamina, lidocaína, paracetamol y los AINES deben ser considerados si el dolor es leve a moderado, tomando en cuenta el efecto secundario de los mismos.

La disnea es el segundo síntoma documentado posterior al dolor, su manejo consiste en la administración de oxígeno, opioides y benzodiazepinas. El oxígeno se utilizará en caso de

documentarse hipoxemia, las benzodiazepinas a dosis bajas se pueden usar para aliviar la disnea, ya que disminuye la respuesta del tronco encefálico a la hipoxia y la hipercapnia. Las benzodiazepinas se pueden utilizar en caso de que haya presencia de ansiedad (Cervantes, et al., 2024).

La atención a los síntomas, más allá de mitigar el dolor físico, tiene repercusiones esenciales en la dimensión psicosocial y espiritual del cuidado paliativo. Una revisión sistemática reciente sobre el bienestar psicológico resalta que la autoestima, la espiritualidad, el soporte social y la resiliencia son factores que impactan de manera significativa en la condición psicológica de los pacientes con enfermedad avanzada. La percepción de control, la dignidad y la esperanza pueden verse alteradas si los síntomas no se controlan, lo que puede llevar a un incremento del miedo o angustia existencial, ansiedad, aislamiento social y una sensación de pérdida de identidad o valor personal (Redondo, et al., 2023).

En este contexto, la sedación paliativa (SP) se vuelve una herramienta de último recurso cuando los síntomas son intratables, como en el caso del delirium agudo o crisis de disnea severa que no ceden a las terapias tradicionales. La SP tiene como objetivo principal reducir la conciencia del paciente, cuando estos, en sus últimos momentos de vida, presentan síntomas incontrolables. Se utiliza en el 15% al 55% de los pacientes terminales, siendo los síntomas más comunes la disnea, el dolor o la confusión (Lojo-Cruz & Mora-Delgado, 2025).

La sedación paliativa se confunde a menudo con la eutanasia o el suicidio asistido, aunque son conceptos muy distintos. La eutanasia es una acción deliberada para determinar la vida de una persona por compasión y a petición del paciente, mientras que el suicidio asistido implica proporcionar a una persona los medios para que determine con su vida de forma voluntaria. Por otro lado, la sedación paliativa no busca la muerte intencionalmente (Lojo-Cruz & Mora-Delgado, 2025).

La atención de los síntomas en CP necesita un equipo multidisciplinario que esté compuesto por médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y personal de apoyo espiritual. Cada profesional ofrece un punto de vista único para entender las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales que inciden en el paciente. Esta variedad posibilita llevar a cabo una evaluación completa que no se limite a identificar el dolor o los síntomas físicos, sino que también reconozca las repercusiones de estos en la calidad de vida. Una evaluación conjunta permite identificar a tiempo necesidades que cambian, al evitar acciones aisladas y garantizar una respuesta coordinada, con la finalidad de establecer un plan de actuación para cada paciente (Frías, Sánchez, et al., 2023; Chapman, et al., 2024; Liu, et al., 2023).

## **EL PAPEL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA MEDICINA INTERNA**

La Medicina Interna (MI) es aquella rama la cual se encarga de estudiar la fisiopatología y el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas cardiovasculares, oncológicas, respiratorias, metabólicas, renales, hepáticas, infecciosas y neurodegenerativas (AA., 2024).

A pesar de que la mayoría de los pacientes hospitalizados en el servicio de MI tienen múltiples comorbilidades, menos de un tercio son reconocidos como enfermos terminales. Los médicos internistas, a pesar de su entrenamiento enfocado en diagnosticar y curar, con frecuencia no logran reconocer cuando un paciente con una enfermedad crónico compleja o cáncer terminal ya no puede ser salvado (Canteli & Martínez, 2019; Atena, 2022). Como resultado, los pacientes pasan un tiempo excesivo en el hospital al final de sus vidas, con una estancia promedio de 8 a 20 días, sin que su calidad de vida mejore. Esta situación se agrava porque ni los pacientes ni sus familiares suelen ser conscientes de que la muerte está cerca, ya que los médicos rara vez discuten este tema abiertamente (Gomez et al., 2023). El implementar un plan de tratamiento que involucre CP ha demostrado mejorar la calidad de vida, disminuye el número de exacerbaciones y reduce tanto el tiempo de hospitalización, los costos de atención evitando procedimientos innecesarios y fútiles (Zambrano, 2023).

Un estudio tipo transversal realizado por Pinedo-Torres et al. (2021), evaluó la necesidad de CP en 172 pacientes hospitalizados en el área de MI, con enfermedades crónicas, reportando una alta prevalencia de necesidad de CP en aproximadamente 71.5% de los casos. Por otro lado, en el estudio realizado por Canizal-Oñate et al. (2024) aporta evidencia valiosa para comprender la magnitud de las necesidades paliativas en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en el servicio de MI en población mexicana. Donde se demuestra un desafío estructural en el sistema de salud de México, ya que la atención paliativa en el país sigue enfocándose en pacientes con cáncer, dejando en segundo plano a aquellos a los que sufren enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal u otras condiciones crónicas avanzadas. Esta restricción no solo aumenta el padecimiento de los pacientes y sus familiares, sino que además repercute en la eficacia del hospital. Por otra parte, la aplicación de herramientas como NECPAL en los servicios de MI demuestra que es posible identificar de manera temprana a los pacientes que requieren este tipo de apoyo. Integrar de forma sistemática esta evaluación en los hospitales permitiría establecer planes de atención individualizados, que no solo alivien el dolor físico, sino que también atiendan las dimensiones emocionales, sociales y espirituales del paciente.

El integrar los CP en la práctica médica de los profesionales que laboran en un servicio de MI, no solo implica el manejo del dolor, sino adquirir habilidades de comunicación y la capacidad para la toma de decisiones compartida con el paciente y su familia. Este enfoque debe respetar los valores y creencias del paciente, y debe incluir apoyo psicológico, social y espiritual además del alivio del sufrimiento (Zambrano, 2023). Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia de pacientes que requieren esta atención, la documentación y la calidad de los cuidados son a menudo insuficientes, especialmente en pacientes con enfermedades no oncológicas.

Es esencial que los servicios de MI implementen protocolos de buena práctica clínica para la atención al final de la vida, especialmente para pacientes sin cáncer. Para lograr este objetivo, es necesario evaluar el nivel de conocimientos del personal de salud, lo que permitirá diseñar e implementar programas de capacitación que expandan sus conocimientos y en última instancia, mejoren la calidad de vida de los pacientes (Cervantes, et al., 2024).

## **MARCO NORMATIVO NACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS**

La atención a pacientes en estado terminal es un elemento esencial del derecho a la salud y al bienestar de los individuos. La OMS y otros organismos internacionales han destacado que asegurar CP apropiados y en el momento adecuado es un deber ético y sanitario, dado que mejora la calidad de vida del paciente y su familia. Esta opinión está fundamentada en la suposición de que mitigar el sufrimiento, a nivel físico y emocional, tiene que ser una prioridad en los cuidados médicos.

La OMS enfatiza que la ausencia de capacitación y conocimiento sobre los CP por parte de los profesionales representa una barrera importante para el acceso igualitario a estos servicios (Jiménez, 2022). Por eso, es esencial que las instituciones sanitarias establezcan programas de formación continua y capacitación práctica en este ámbito. Además, incluir el enfoque paliativo en el plan de estudios de las carreras sanitarias garantiza que las generaciones de profesionales estén más capacitadas para enfrentar la complejidad que implican los CP.

México se sitúa entre los pocos países en Latinoamérica que cuentan con una legislación vigente sobre la atención en CP. La normativa se ha fortalecido en los últimos años, con el objetivo de garantizar una atención digna y de calidad a los enfermos en situación terminal y sus familiares. El 10 de octubre de 2007 se publicó las iniciativas de ley de la comisión de salud de la cámara de diputados para modificar la ley general de salud, con modificaciones del artículo 3° en la que se

establece la garantía de los mexicanos al tratamiento integral del dolor y materia de cuidados paliativos (Cervantes, et al., 2024; Cámara de Diputados, 2024).

La Ley General de Salud de México es la principal fuente que regula esta materia a nivel federal. En el Título Octavo Bis, se establecen los “Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal”; cuyo propósito principal es salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, garantizando una calidad de vida y una muerte natural en condiciones dignas. También busca establecer límites entre el tratamiento curativo y el paliativo, previniendo la obstinación terapéutica.

El Sistema Nacional de Salud debe garantizar el ejercicio pleno, libre e informado de los derechos de estos pacientes, teniendo derecho a:

- Recibir atención médica integral y un trato digno y respetuoso para preservar su calidad de vida.
- Recibir información clara y oportuna sobre su enfermedad y tratamientos.
- Otorgar o no su consentimiento informado por escrito para la aplicación de tratamientos y CP.
- Un paciente que reciba CP puede solicitar regresar al tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito.
- Recibir CP en su domicilio particular si así lo desean.

La atención en CP es una obligación legal en México, la cual se encuentra asentada en el capítulo II De los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal, la cual está plasmada en la Ley General de Salud.

El 22 de diciembre del 2008 fue publicada la NOM 011 -SSA3-2014 “Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos”, con el objetivo de establecer criterios y procedimientos mínimos indispensables que permitan prestar a través de equipos inter y multidisciplinarios de salud, servicios de CP a los pacientes quienes padezcan de una enfermedad terminal y proporcionarle bienestar y una calidad de vida digna al momento de la muerte (Cervantes, et al., 2024).

A partir del 2023 mediante la convención Interamericana de la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, por parte del estado mexicano el brindar CP ahora es un derecho humano derivado del tratado internacional previamente comentado (AA., 2024).

Por otra parte, aunque no es una ley de CP per se, la Ley de Voluntad Anticipada, vigente en la Ciudad de México y en varios estados de la República Mexicana, permite a las personas manifestar su deseo de rechazar o someterse a ciertos tratamientos médicos en caso de padecer una enfermedad en etapa terminal, lo que incluye la posibilidad de rechazar tratamientos que prolonguen artificialmente la vida, optando por recibir exclusivamente CP.

Existen protocolos en la Guía de Práctica Clínica (GPC) mexicana (IMSS, 2017) sobre CP en pacientes adultos, donde se describen los criterios para iniciar la administración de la sedación paliativa. En el artículo 166 Bis 16 del Título Octavo Bis de la Ley General de Salud establece que los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún cuando con ello se pierda el estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objetivo de aliviar el dolor o sufrimiento del paciente.

## **EDUCACIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

A nivel global, la falta de profesionales de la salud capacitados en CP deja a millones de personas sin la atención que necesitan cada año. A pesar de que la sociedad es cada vez más consciente de su importancia y de los esfuerzos por incluirlos en la formación universitaria, todavía existe una gran brecha (Yañez & Torres, 2023). Esta situación es especialmente grave en América Latina, donde la educación en este campo es muy limitada. Mientras que en naciones desarrolladas, los CP han alcanzado el estatus de subespecialidad médica, lo que garantiza que los profesionales de la salud puedan acceder a una educación y capacitación especializada en este campo (Wei, 2025).

Asociaciones científicas como AECPAL (Asociación Española de Cuidados Paliativos) y la SECPAL, subrayan la necesidad de que todos los profesionales de la salud, sin importar su especialidad, reciban una formación básica en CP. Esta capacitación les permitirá abordar de manera efectiva situaciones de final de vida, controlar síntomas, comunicar información de manera clara a las familias y participar en la toma de decisiones. Las asociaciones enfatizan que, si no se tiene dicha formación, es fundamental buscar el asesoramiento de expertos en la materia (Jimenez, 2022).

En México, la enseñanza en CP es un reto primordial debido al envejecimiento acelerado de la población y al aumento de las enfermedades crónicas avanzadas. A nivel de pregrado y especialidad, es fundamental ya que brinda a los futuros médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales la oportunidad de desarrollar habilidades clínicas, éticas y comunicativas que contribuyan a una atención digna y humanizada. No obstante, la inclusión de materias formales en los planes de estudio

todavía es escasa y en numerosas facultades los CP siguen siendo un asunto opcional o superficial, lo que complica que el personal sanitario pueda desarrollar competencias prácticas para detectar necesidades paliativas y gestionar síntomas complejos.

En este contexto, las acciones académicas de hospitales de alta especialidad, universidades y entidades gubernamentales han adquirido importancia para promover la capacitación en CP. Diplomados, programas de residencia y cursos en medicina paliativa han sido introducidos por el INCMNSZ, la UNAM y el INCAN. Esto ha llevado a resultados positivos en la capacitación profesional de enfermeras y médicos (Paz-Pitto, 2024).

En el año 2011, en el INCAN con aval de la UNAM se creó el primer curso de alta especialidad de medicina paliativa (CAEMP) dirigido a médicos con formación de anestesiología, egresando solo 6 médicos con especialidad en CP. En 2014, la UNAM incluyó de manera optativa la asignatura de CP en la formación de médicos de pregrado, hasta esa fecha esta asignatura sigue siendo de manera opcional, aunque universidades como la Anáhuac y la Panamericana han incluido a partir del 2017 esta asignatura como parte integral de su currículum académico (Covarrubias-Gómez, 2019). Mientras que para 2021, la asignatura de CP se encuentra como materia optativa en 13 de 109 facultades de medicina en México (García, 2021).

En México, la educación en CP se enfrenta con obstáculos relacionados con la cultura, las leyes y la estructura que dificultan su establecimiento. Aún persisten mitos sobre el uso de opioides y la muerte, así como resistencias institucionales para aceptar que el propósito de los CP no es adelantar o posponer el fin de la vida, sino mejorar la calidad de esta etapa (Canizal-Oñate et al., 2024). La puesta en marcha curricular sigue siendo irregular y depende de la voluntad de cada institución educativa, a pesar de que los CP han sido incorporados en la Ley General de Salud desde 2009 y se ha establecido recientemente una Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos.

Para asegurar una atención completa de los pacientes que padecen enfermedades crónicas avanzadas y terminales, la capacitación a nivel posgrado en CP es esencial. Hoy en día, hay tres maneras que posibilitan a los especialistas de la salud especializarse en esta área: la subespecialidad, la alta especialidad y la maestría, cada una de estas modalidades brinda un punto de vista específico, lo cual posibilita que el personal de salud desarrolle habilidades clínicas y humanísticas. Esta formación ayuda a reducir la fragmentación de los servicios y asegura una atención enfocada en el paciente, lo que fomenta un estado de vida más óptimo incluso en fases tardías de la enfermedad.

La capacitación de los profesionales sanitarios se ha llevado a cabo, desde un punto de vista histórico, mediante seminarios, talleres clínicos y clases presenciales. Gracias a estas modalidades, los participantes tienen la posibilidad de interactuar de manera directa con instructores expertos y practicar bajo supervisión, lo que contribuye al aprendizaje basado en la experiencia. No obstante, a medida que la demanda de educación especializada aumenta y los horarios clínicos se vuelven más estrictos, estas tácticas convencionales tienen restricciones, como son el costo requerido, la rigidez en cuanto a horarios y la necesidad de trasladarse físicamente. Esto ha hecho que se busquen opciones educativas que permitan mantener elevados estándares de calidad en la formación, sin sacrificar la accesibilidad o la continuidad de la educación.

La formación de profesionales sanitarios ha sido transformada en una estrategia innovadora y eficaz gracias a la educación en línea, que se ha desarrollado en las décadas más recientes. Hao (2021) señala que el aprendizaje electrónico es una opción factible y aceptable para ofrecer capacitación especializada en CP. El aprendizaje activo y personalizado se hace más accesible gracias a que las plataformas digitales posibilitan la incorporación de contenidos interactivos, simulaciones clínicas, análisis de casos y valoraciones periódicas. Asimismo, estas herramientas favorecen la flexibilidad al posibilitar que los profesionales accedan a la educación desde cualquier lugar y en horarios adecuados a su carga laboral, lo que propicia mantener y reforzar sus competencias.

## **IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS**

Para asegurar que los pacientes con enfermedades avanzadas reciban una atención de calidad, es fundamental valorar el conocimiento en CP. Este procedimiento posibilita la identificación de los puntos fuertes y las áreas susceptibles de mejora en la capacitación del personal sanitario, garantizando que se brinde una atención apropiada y centrada en el paciente. La evaluación constante de este conocimiento permite detectar las deficiencias en el personal. Estas brechas pueden aparecer a causa de la aparición de nuevas enfermedades, modificaciones en los protocolos de atención o progresos tecnológicos. Al identificar estos campos de oportunidad, las entidades de salud tienen la posibilidad de crear programas de formación más concretos y actualizados, garantizando que los trabajadores estén listos para afrontar los retos presentes y futuros del sector (Sesma & García, 2022).

Es fundamental resaltar que la evaluación del conocimiento no tiene que ser un procedimiento aislado, sino que debe formar parte de una cultura organizacional que fomente el perfeccionamiento

constante. Para mejorar la competencia del personal de salud, es esencial poner en marcha programas de capacitación continua y especializada en CP. La capacitación no debe enfocarse únicamente en los elementos técnicos, sino también en las capacidades emocionales y comunicativas que posibiliten al profesional ofrecer un cuidado completo al paciente y su familia.

En México, la puesta en marcha de programas de capacitación en cuidados paliativos todavía está en sus inicios. El acceso a una atención apropiada para los pacientes que la necesitan se ve obstaculizado por la carencia de recursos y la ausencia de especialización en este campo. Por lo tanto, es esencial mejorar la educación de los profesionales sanitarios en cuidados paliativos, incorporando estos contenidos en los programas académicos y brindando oportunidades para que se actualicen profesionalmente. Esto no solo incrementará la calidad de la atención, sino que además favorecerá una mejor equidad en el acceso a atenciones de alta calidad para cada uno de los pacientes. (García-Peña et al., 2024)

Diversos estudios han demostrado que la cantidad de conocimiento acerca de los CP varía entre los profesionales sanitarios (Montero, 2023; Ayala & Moyano, 2025). En un hospital de segundo nivel, por ejemplo, se notó que el personal de enfermería dominaba mucho las áreas de atención a la familia y espiritualidad; sin embargo, presentaban carencias en lo referente a CP; este hecho subraya la relevancia de una capacitación constante y específica en el campo de los CP (Montero, 2023).

## **CUESTIONARIOS QUE EVALÚAN EN CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS**

Existen cuestionarios que evalúan los conocimientos del personal sanitario en relación a los CP, entre los más importantes se encuentra el Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN) creado en Canadá en 1996 el cual evalúa el nivel de conocimiento del personal de enfermería; y Palliative Care Knowledge Test (PCKT) desarrollado por Nakawasa y col. en Japón en 2009.

Este último test es auto aplicable con un total de 20 ítems con respuestas dicotómicas “verdadero” y “falso”. Dichos ítems se dividen en 5 subescalas: filosofía (ítem 1-2), dolor (ítems 3-8), disnea (ítems 9-12), síntomas psiquiátricos (ítems 13-16) y problemas gastrointestinales (ítems 17-20). El rango de porcentaje mínimo es 0 y máximo es 20, al contar la cantidad de ítems correctos, se multiplica el resultado por 5 para calcular el porcentaje total y ubicar el conocimiento en erróneo (0-80%) o correcto (81 al 100%). Este cuestionario ha demostrado tener confiabilidad aceptable 0.81 (Flores, 2017), nivel de confiabilidad (Alpha de Crombach) de 0.739 (Yañez & Torres, 2023) los

cinco subconjuntos de la PCKT poseen una correlación intraclase que oscila 0.61 y 0.82. A diferencia del test PCQN no presenta la limitación en valorar solo al personal de enfermería, además toma en cuenta otros síntomas como el delirium y la nutrición. Además, no solo se limita a pacientes terminales sino que toma en cuenta a los pacientes que se encuentran en la etapa inicial de la enfermedad. Esta herramienta ha sido validada y utilizada en Latinoamérica, más específicamente en México en 2012 por Medina.

Por otra parte, el cuestionario de conocimientos de cuidados paliativos básico (PCKQ-B) es un cuestionario de 25 ítems con una fiabilidad moderada. Se encuentra validado para enfermeras en hospitales de atención secundaria y terciaria, esta herramienta podría ser útil en la educación de trabajadores de salud primaria, trabajadores de salud comunitaria, trabajadores sociales o fisioterapeutas en equipos de cuidados paliativos (Pruthi, 2022).

## **INVESTIGACIONES SOBRE EL CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS**

### **- INTERNACIONAL**

Kumar et al. (2012), efectuaron un estudio donde evaluaron el nivel de conocimiento de CP en personal de enfermería de un hospital multidisciplinario en la India, lugar en el que entrevistaron a 363 enfermeras con el cuestionario PCKT, del total de los encuestados el 80% laboraban con pacientes hospitalizados, 89% fueron mujeres. Se reportó que el nivel de conocimientos sobre CP era deficiente en aproximadamente 90% de los encuestados. Dentro de las áreas de conocimiento evaluadas, las de psiquiatría y filosofía presentaban un mayor puntaje (45.75%), mientras que el abordaje del manejo del dolor, disnea y problemas gastrointestinales solo llegaron alcanzar (28.25%).

Sánchez et al. (2014), realizaron un estudio descriptivo transversal a 65 trabajadores (médicos, enfermeras, fisioterapeutas) que laboraban en un centro sociosanitario de personas mayores en España, a quienes se les aplicó un cuestionario que valoraba el nivel de CP en pacientes terminales. De los encuestados el 92.8% fueron mujeres, el 50% menores de 42 años y el 80% eran personal de enfermería, con una antigüedad menor a 10 años en el 80.8%. Reportaron que 86.8% comprendían el significado de los CP sin embargo, solo el 3.8% considera tener suficiente formación en CP. En el caso de enfermería encontraron deficiencia de conocimientos en relación al manejo del dolor, disnea y reconocimiento de problemas psicoemocionales.

Vu et al. (2019), evaluaron el nivel de conocimientos de CP en 161 profesionales de la salud quienes laboraban en un hospital geriátrico en Vietnam a quienes se le aplicaron los cuestionarios PCKT y FATCOD. Del total de los encuestados el 77% era personal de enfermería y el restante personal médico. El 76.4% fueron mujeres; el 72.7% habían recibido previamente formación en CP. Se reportó que el 40.5% de los médicos y el 74.2% de las enfermeras mostraron un nivel de conocimiento insuficiente en CP. Los médicos presentaron mejor conocimiento en las áreas de filosofía, dolor, disnea y problemas psiquiátricos. Por otra parte, enfermería obtuvo una puntuación menor en el área de dolor en comparación con los médicos.

Ioshimoto et al. (2020), realizaron un estudio transversal a médicos aspirantes a residencia de la Universidad Federal de São Paulo en Brasil. Se aplicó el cuestionario PCKT a 2225 aspirantes, con edad media 26.7 años (+2.8), el 56.9% fueron mujeres. El 46.2% no habían recibido educación previa en CP. De los 20 ítems que presenta el cuestionario PCKT, el desempeño general fue pobre con una puntuación media 10.79 (+/- 3). La gran mayoría de los participantes carecía de conocimientos en áreas del dolor 50.7%, disnea 57.3%, problemas psiquiátricos 52.2% y gastrointestinales 43.4%. Los participantes que obtuvieron un puntaje mayor del 50% de las respuestas correctas tenían antecedente de haber recibido formación en CP.

Vidal et al. (2020), presentaron un estudio observacional transversal el cual evaluó el nivel de conocimiento sobre CP en 155 estudiantes de la Universidad Jaume I en España, utilizando el cuestionario PCQN. El estudio reveló que el 63% de los estudiantes mostró un buen nivel de conocimiento, lo cual se atribuye a la inclusión de esta materia en su currículum universitario. Aunque el control del dolor y los síntomas fue el área con mayor conocimiento, los estudiantes mostraron deficiencias en la filosofía y los principios de los CP, con un 46.9% de respuestas incorrectas en esta sección.

Guillermo et al. (2020), llevaron a cabo un estudio descriptivo en España, donde evaluó el nivel de conocimientos en CP de 338 enfermeras de atención primaria y hospitalaria utilizando el cuestionario PCQN. Los resultados revelaron que la mayoría de las enfermeras (65.7%) tenían un bajo nivel de conocimientos en esta área. Más del 80% de las participantes consideró que su formación en CP era insuficiente y, en consecuencia, casi la mitad (48.2%) no se sentía lo suficientemente preparada para proporcionar una atención de calidad en esta área.

Zeru et al. (2020), desarrollaron un estudio descriptivo en Etiopía a 355 profesionales de enfermería (el 58% mujeres, con una edad promedio de 30.66 años) utilizando el cuestionario PCQN para evaluar su conocimiento en CP. Los resultados mostraron que, si bien la mayoría de los encuestados tenían un buen entendimiento de conceptos básicos, como la definición de CP (89.9%) y la relación entre la extensión de la enfermedad y el manejo del dolor (86.5%), mientras que sólo el 62.8% demostró un buen conocimiento sobre el tema. Su estudio concluyó que las enfermeras que habían recibido formación en CP poseían un conocimiento significativamente mayor que aquellas sin capacitación previa.

Martín et al. (2021), realizaron un estudio analítico y transversal donde aplicaron el cuestionario PCKT, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos en CP en 561 profesionales de la salud en España. Del total de los encuestados el 38.5% fueron hombres y 61.5% mujeres, con una edad media 41.7 (+/- 11.3); 34.41% pertenecían al área de enfermería y 67.40% eran médicos. El 65.52% de las enfermeras presentaron un nivel de conocimiento deficiente, mientras que en médicos fue del 32.53%. Los profesionales que realizaron formación continua en CP en los últimos cinco años mostraron un nivel de conocimientos superior con una diferencia significativa.

Pedrerros & Rojas, et al. (2021), efectuaron un estudio observacional y transversal, aplicando a 334 médicos internos de pregrado de la Universidad Ricardo Palma, Perú, el cuestionario PCKT para evaluar su nivel de conocimientos en CP. El 59.7% de los entrevistados eran mujeres, con una edad promedio entre 18 y 29 años. Los resultados revelaron que el 61.9% de los participantes tenían un nivel de conocimiento intermedio, seguido por un 23.7% con un nivel bajo. Es importante destacar que el 87.8% de los encuestados nunca había tomado un curso electivo sobre CP. Las áreas con mayor deficiencia fueron el manejo farmacológico del dolor y de otros síntomas.

Hao et al. (2021), presentaron un estudio aleatorizado realizado en 5 hospitales de China, donde se encuestó a 109 enfermeras para evaluar su nivel de conocimientos en CP utilizando el cuestionario PCQN. La mayoría de los participantes eran mujeres (96.9%) con una edad promedio entre 18 a 30 años (74.2%), con una experiencia laboral de 3 a 5 años (49%). Se reveló que el 50% de los participantes obtuvieron una puntuación media de 10 puntos, indicativo de un nivel intermedio de conocimientos.

Khatib et al. (2022), desarrollaron un estudio transversal y descriptivo aplicando el cuestionario PCKT al personal de enfermería al norte del Líbano. Reportando que el personal de enfermería mostró un nivel insuficiente de conocimiento en CP, destacando que ningún participante obtuvo un nivel superior al 73% del cuestionario PCKT.

Arlí et al. (2022), realizaron un estudio transversal en el hospital de Turquía, evaluaron a 64 enfermeras de las áreas de urgencias, cirugía, ortopedia y cuidados intensivos. La edad promedio de los participantes fue de 27 años, con 51 años de experiencia profesional. Los resultados, obtenidos a través del cuestionario PCKT, mostraron que el 59.4% de las enfermeras tienen conocimientos en CP. El estudio encontró que las enfermeras con formación previa en CP obtuvieron una puntuación significativamente más alta que aquellas sin ella. En cuanto a las áreas de conocimiento, las puntuaciones en el manejo de dolor fueron significativamente superiores a las otras subescalas (filosofía, disnea, problemas psiquiátricos y gastrointestinales).

Jimenez et al. (2022), desarrollaron un estudio descriptivo y transversal a 78 enfermeros del Hospital Universitario de Móstoles en España, a quienes se les evaluó su nivel de conocimiento en CP utilizando el cuestionario PCQN. La mayoría de los participantes fueron mujeres (78.2%), con una edad media de 39 años y más de 10 años de experiencia profesional en el 68% de los entrevistados. Los resultados revelaron que el 62% del personal de enfermería tenía un nivel insuficiente de conocimientos en CP, con una puntuación media de 11.35 sobre 20. El 20% de los participantes no tenía formación previa en el tema. A pesar de estas deficiencias generales, las áreas de mayor acierto fueron la filosofía y los principios de los CP, mientras que las mayores debilidades se encontraron en la atención psicosocial, manejo del dolor y otros síntomas.

Hamdan et al. (2023), realizaron un estudio descriptivo entre médicos de clínicas de atención primaria en Malasia. Se entrevistó a 241 personas con el cuestionario PCKT. La edad media fue de 33.41 (+/- 5.48), el 73.4% fueron mujeres, el 92.9% ejercía la medicina familiar, mientras que el 7.1% eran especialistas en medicina familiar. El tiempo de antigüedad fue de 7.65 (+/- 5.48) años. El 12.6% de los encuestados habían recibido capacitación previa en CP, mientras que el 30.8% había trabajado con pacientes en situación de CP, con una puntuación media 8.68 puntos. El conocimiento en dolor presentó el mejor puntaje, mientras el área de filosofía presentó la más baja. En conclusión se determinó que la puntuación PCKT fue bastante baja.

Yañez & Torres (2023), realizaron un estudio cuantitativo en la Universidad Técnica de Ambato, Ecuador evaluando la percepción y nivel de conocimientos sobre CP en 141 estudiantes de enfermería. El 76.6% de los participantes tenían entre 20 a 23 años (76.6%) y eran mujeres (84.4%). Se utilizó el cuestionario PCKT para medir el nivel de conocimiento. Los resultados mostraron que, si bien los estudiantes tenían un conocimiento bajo en la filosofía de los CP (55.2%), demostraron tener un conocimiento positivo en el manejo de síntomas específicos como dolor (68.9%), la disnea (73.4%), problemas psiquiátricos (70.1%) y problemas gastrointestinales (63.2%). En conclusión los estudiantes de enfermería tienen un alto nivel de conocimientos en el manejo de pacientes en etapa terminal. Esto se atribuye a que la materia de “Cuidados paliativos” está incluida en su plan de estudios universitario.

Mollman et al., (2023), desarrolló un estudio observacional y transversal en una región del Medio Oeste de Estados Unidos, donde se evaluó el impacto de un seminario interdisciplinario de CP en formato virtual. Participaron 175 estudiantes de diversas disciplinas, incluyendo psicología, medicina, enfermería, farmacia y trabajo social. El estudio demostró que el seminario mejoró significativamente el conocimiento de los estudiantes en la materia de CP. Las puntuaciones del cuestionario PCKT aumentaron de una media de 48.5 en el pretest a 57.9 en el post test, lo que subraya la efectividad de la formación interdisciplinaria para fortalecer las competencias de futuros profesionales de la salud.

Fadaei et al. (2024), realizaron un estudio descriptivo y comparativo a 300 enfermeras (150 de la unidad de cuidados intensivos y 150 de las salas generales) de tres hospitales de Irán. Donde se evaluó el nivel de conocimientos en CP utilizando el cuestionario PCKT. La edad promedio de los participantes fue de 33 años. La principal conclusión del estudio es que no existe una diferencia significativa en los niveles de conocimiento entre ambos grupos de enfermeras. El nivel de conocimiento promedio se encontraba por debajo del punto medio del cuestionario. Las áreas con más aciertos fueron la definición de CP y el manejo del dolor, mientras que las de menor acierto se relacionaron con el uso de medicamentos, control del dolor y la disnea.

Wei et al. (2025), desarrollaron un estudio descriptivo, donde se encuestó a 219 miembros del personal médico y de enfermería de un hospital de Shanghai, China, donde se evaluó sus conocimientos sobre CP con un cuestionario derivado del PCKT. Entre los encuestados, el 83.6% eran mujeres, con una edad promedio entre 26 y 45 años. Un hallazgo relevante fue que el 95.4% de los participantes reconoció tener una deficiencia en sus conocimientos sobre este tema, a pesar de que el 78.5% demostró un nivel de conocimiento positivo. El estudio concluyó que el personal geriátrico

tenía un conocimiento significativamente mayor que otros departamentos. Esto se atribuye a que los profesionales en geriatría tienen un contacto más frecuente con pacientes mayores en estado terminal, lo que permite familiarizarse con los CP de una manera más natural.

#### **- NACIONAL**

Medina (2012) realizó un estudio transversal y analítico, en el cual participaron 144 trabajadores de la salud de unidades de primer y segundo nivel en la Ciudad de México. El 23.6% de los participantes eran hombres, 51.4% personal de enfermería y 30.6% personal médico. Se utilizó el cuestionario PCKT, donde el 7% de los participantes obtuvo un resultado aceptable en los conocimientos totales, el 16.7% tenían conocimientos en el área de dolor y 28.5% en conocimientos generales.

Hernández (2016), realizó un estudio descriptivo y transversal con 41 enfermeras del servicio de MI. El personal entrevistado tenía grado académico de auxiliar, técnico y licenciatura. Se aplicó un test a dicho personal, con preguntas y respuestas de opción múltiple sobre CP. El 89.49% de los encuestados conocen los conceptos de CP y enfermedad terminal, mientras que el 19.51% desconocen este término. El 4.88% conoce el concepto de tanatología y el 51.22% conoce y utiliza escalas de valoración del dolor. Concluyendo que el 79.74% del personal encuestado conoce y aplica adecuadamente los CP.

Flores et al. (2017), realizaron un estudio descriptivo en una población de profesionales en enfermería de distintas instituciones de salud pública del primer y segundo nivel en Nuevo León a quienes se les aplicó el test PCKT. De los 77 participantes, la edad promedio fue de 37 años, el 80.5% fueron mujeres, el 54.5% tenía estudios de licenciatura, con 10 años de antigüedad promedio. En relación al nivel de conocimientos el porcentaje promedio de respuestas correctas fue del 35%, considerándose un valor bajo, solo el 4% de los sujetos tenían un adecuado conocimiento en CP.

Ortega et al. (2019), realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal, aplicado al personal de enfermería que labora en las áreas de MI, terapia intensiva, cirugía y urgencias, de un hospital de segundo nivel en Guanajuato. Se analizó a 40 enfermeras, a quienes se les aplicó una versión modificada del cuestionario PCKT. El 32% tenían menos de 5 años de experiencia, el 50% tenían de 5 a 15 años de experiencia. Los sujetos presentaron un porcentaje global de conocimientos del 65.58%, catalogado como un nivel bajo.

Peña et al., (2022) realizaron una investigación de enfoque mixto, comparativo y fenomenológico. Analizando a 380 estudiantes de enfermería de la Universidad Autónoma de Guerrero a quienes se les aplicó el cuestionario PCKT para medir el nivel de conocimiento en CP. Los resultados demostraron que el 78.7% de los estudiantes tenían un conocimiento deficiente, un hallazgo que se atribuye a que el plan de estudios de la universidad no incluye una asignatura específica sobre el tema.

García et al. (2023), llevaron a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal a 201 estudiantes de medicina de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, desde el primer año hasta el servicio social. Se les aplicó el cuestionario PCKT, donde el 54.4% fueron mujeres. Se concluyó que los estudiantes de medicina tenían pocos conocimientos en relación a CP, principalmente en el manejo farmacológico.

Montero et al. (2023), realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. Aplicaron el cuestionario “Palliative Care Quiz Nursing” a 20 participantes del personal de enfermería del piso de MI del Hospital General de Querétaro. La media de edad fue de 32.3 años, predominando el sexo femenino en el 85% y el 65% de los participantes contaban con estudios nivel licenciatura. Entre los criterios de exclusión fueron que el personal tuviera menos de seis meses de experiencia y un nivel de estudios inferior al nivel técnico. El 95% de los encuestados tuvieron un conocimiento insuficiente ya que presentaron menos del 50% de respuestas correctas, solo el 5% obtuvieron una calificación favorable.

Cervantes, et al. (2024) realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal donde evaluaron el nivel de conocimientos en CP en 110 profesionales de la salud del Hospital General de Zona en Oaxaca, mediante la aplicación de cuestionario PCKT. De los participantes se reportaron edades de entre 20 a 30 años (41.8%), 31 a 40 años (30.9%), mayores de 41 años (27.3%). Se reportó que el 82.7% del personal no contaba con formación académica formal en CP. El nivel de conocimiento global fue del 60.3%, con dominio en filosofía 81.3%, dolor 55.61%, disnea 50.9%, delirium 60.45%, y trastornos gastrointestinales 66.14%.

## **- LOCAL**

De la Cruz Romero et al. (2017), desarrolló un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y transversal. Donde buscaba una correlación de conocimientos en CP con la práctica de los mismos. Entrevistó a 30 profesionales en enfermería de las áreas de MI y quimioterapia, que laboraban en un hospital de segundo nivel en Hidalgo. El 82.4% de los encuestados fueron mujeres. El 58.8% tenía escolaridad técnica, el 29.4% nivel licenciatura, 11.8% tienen estudios de posgrado. El 88.2% laboraba en el servicio de MI y el 11.8% en área de quimioterapia, donde se evidenció que el 80% de los encuestados tenían conocimientos básicos acerca de CP.

## JUSTIFICACIÓN

Los cuidados paliativos (CP) son una parte fundamental de la atención médica integral de pacientes que padecen enfermedades terminales, crónicas o avanzadas. Su objetivo trasciende además del alivio del dolor físico en tratar el sufrimiento de índole psicológica, social y espiritual. Los CP no son un lujo: están estrechamente vinculados con los derechos humanos fundamentales, como la dignidad, el derecho a la salud, al alivio del sufrimiento y a fallecer sin dolor ni abandono. La falta de conocimiento sobre ellos genera inequidades: algunas poblaciones geográficas o socioeconómicas tienen un acceso limitado, algunos grupos clínicos siguen siendo invisibles o los cuidados se brindan con retraso. Desde el punto de vista ético, el sistema sanitario tiene la responsabilidad de garantizar que los pacientes no sean olvidados, ya sea por ignorancia o falta de voluntad institucional.

No obstante, hay una brecha significativa en el conocimiento que tienen varios sectores sobre qué son los cuidados paliativos, cuándo deben empezarse y qué ventajas proporcionan. Esta escasez de información no es un tema trivial o aislado; impacta directamente en la calidad de los servicios de salud, en la eficacia de los recursos y en el bienestar del paciente y su entorno.

Cabe destacar que los trabajadores que no tienen experiencia o capacitación en CP pueden sentirse inseguros, incómodos o no tener la capacidad suficiente para gestionar síntomas complejos, brindar acompañamiento emocional a los pacientes o comunicar malas noticias. Este estado de inseguridad puede resultar en una sobrecarga emocional, estrés, agotamiento o la aplicación excesiva de tratamientos curativos cuando ya no son necesarios.

La falta de conocimiento sobre los CP tiene un impacto significativo en el sector sanitario. Es esencial aplicar los CP en todo aquel individuo que padece de alguna enfermedad crónica degenerativa, en cualquier etapa y no restringirse a etapas terminales. Es necesario que el paciente no sólo obtenga asistencia sanitaria, sino que se aborde con un enfoque holístico que tome en cuenta sus requerimientos físicos, emocionales, psicológicos y sociales. La ignorancia acerca del uso y aplicación de los CP conduce a un sufrimiento innecesario y a la falta de un acompañamiento respetuoso durante las etapas más críticas de la vida.

En el ámbito institucional, la carencia de conocimiento acerca de los CP repercute de manera adversa en la formulación de políticas públicas y en la configuración de los sistemas sanitarios, restringiendo la habilidad de los gobiernos para incorporar estos servicios a los planes nacionales de salud, lo que produce demoras en la implementación de programas integrales y desigualdades en el acceso. Esta falta se traduce en resoluciones políticas que no valoran adecuadamente la relevancia de cuidar a las

personas al final de su vida, lo cual deja sin atención a un amplio segmento de la población que necesita una perspectiva humanizada y multidisciplinaria.

Desde un punto de vista económico, la falta de conocimiento sobre este tema también posee una magnitud significativa. Al no incorporar estos cuidados desde el comienzo de una enfermedad grave, generalmente se toman decisiones que conllevan el uso excesivo de recursos médicos, tales como terapias invasivas, internaciones extendidas y procedimientos costosos. Estos métodos no solo incrementan los gastos para el sistema sanitario, sino que también agotan los recursos. Esto puede disminuir si se implementan CP apropiados desde el inicio, enfocados en elevar la calidad de vida en vez de extender de manera innecesaria la vida.

Es esencial analizar y evaluar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud acerca de estos cuidados para asegurar que los pacientes obtengan un tratamiento apropiado, compasivo y personalizado. La formación y preparación de los empleados en este sector suele variar, en función de su experiencia, educación previa y la cultura del hospital, lo que puede provocar diferencias en la calidad del cuidado.

En nuestro hospital no se había presentado un estudio que examinara el conocimiento sobre los CP en el personal de salud, lo que representaba una importante restricción para la elaboración de estrategias de mejora en el tratamiento de pacientes con enfermedades avanzadas. La falta de datos específicos hizo que fuera complicado determinar los puntos fuertes y débiles del personal sanitario en este campo, lo que imposibilita la creación de planes de formación que se ajusten a las necesidades reales. El análisis del nivel de conocimiento no sólo permitió identificar las deficiencias en la formación, sino que también ayudó a robustecer las competencias comunicativas, clínicas y éticas de los profesionales. Asimismo, este tipo de investigaciones permitirá el desarrollo de políticas internas que aseguren un enfoque integral y humanizado.

El diseño metodológico fue relativamente simple, empleando cuestionarios anónimos y validados que no necesitaron de procedimientos invasivos ni de recursos económicos elevados. Además, el personal de salud, al ser el principal afectado, es una población con la que se pudo acceder fácilmente dentro de la misma institución, lo cual simplificó la selección de participantes y disminuyó los costos logísticos. La infraestructura hospitalaria proporciona áreas adecuadas para llevar a cabo encuestas y recopilar datos, y las tecnologías existentes facilitaron su digitalización y posterior evaluación estadística.

La trascendencia y la magnitud de esta investigación reside en su capacidad de cambiar la calidad del cuidado que los pacientes reciben dentro de nuestro hospital. Se recabaron datos esenciales al determinar la presencia de conocimiento del personal sanitario en cuanto a CP. Estos datos se podrán utilizar como base en la creación de programas específicos de capacitación y actualización, promoviendo una atención más humana, completa y fundamentada en la evidencia.

Su impacto no solo engloba la mejora de las habilidades profesionales, sino que también se extiende a la experiencia de los pacientes y sus seres queridos, quienes tendrán acceso a tratamientos más apropiados para controlar síntomas, manejar el dolor y apoyo emocional. Los resultados a nivel institucional posibilitará la creación de políticas internas de formación permanente, con lo que se reforzará la cultura de seguridad y calidad hospitalaria.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuidados paliativos conllevan un manejo holístico que no se restringe únicamente al manejo de la enfermedad, sino que abarca el bienestar integral del paciente, así como el alivio del sufrimiento del mismo y su familia con el fin de mejorar su calidad de vida. Este cuidado demanda que el personal de salud tenga la habilidad de atender no solo las necesidades físicas, sino también las psicológicas, sociales y espirituales.

Si los profesionales de la salud desconocen que los CP deben de aplicarse en todo tipo de enfermedad grave, no solo en los casos terminales, se puede incurrir a terapias agresivas e invasivas que no mejoran la calidad de vida del paciente, esto ocurre porque a menudo se confunde el paliativo con algo que solo se vincula al término de la vida. La falta de conocimientos no solo impacta en el rendimiento clínico, sino también en las actitudes del personal sanitario. La falta de confianza, la inseguridad, el miedo a equivocarse, el miedo a afrontar situaciones emocionales difíciles o la incomodidad ante la proximidad de la muerte pueden estar influenciados por una educación insuficiente.

De igual forma la falta de conocimiento del personal de salud en este tema, puede perpetuar mitos y prejuicios vinculados a los CP. A menudo, se les relaciona con la muerte, lo que genera miedo o desdén hacia ellos, este prejuicio puede provocar que los pacientes eviten obtener la atención requerida al interpretarla como una indicación antes de fallecer. No obstante, los CP aspiran a incrementar la calidad de vida, sin importar la esperanza de vida del paciente a través de un trabajo multidisciplinario, lo que explica la necesidad de tener un grupo de expertos en salud, médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. La falta de conocimiento de cada integrante del equipo acerca de cómo colaborar y tratar las diferentes dimensiones del paciente, puede interferir con la calidad de los cuidados brindados.

La falta de protocolos, directrices institucionales o instrucciones claras sobre los CP en el hospital son otro grave problema. En ausencia de guías actualizadas acerca de cuándo comenzar CP, cómo manejar síntomas complejos o cómo tratar el soporte psicológico y espiritual, cada profesional puede actuar según su propia experiencia o sus conjeturas, lo que provoca una atención heterogénea. La ausencia de supervisión, mentoría o apoyo entre compañeros para situaciones difíciles también restringe el progreso continuo. Elegir criterios clínicos, establecer los roles del equipo y tener respaldo administrativo son también elementos que no están sistematizados.

Son múltiples las consecuencias de poseer un nivel de conocimiento sobre CP insuficiente. Desde la perspectiva del paciente, se traduce en síntomas sin control, dolor no bien manejado, angustia, conflictos familiares, sufrimiento en términos psicológicos, una calidad de vida más baja y percepción de muerte poco digna. Esto puede causar a los trabajadores de la salud una sensación de incapacidad, frustración por no poder aliviar el sufrimiento como quisieran, estrés moral o burn-out. Puede suponer, a nivel institucional, un mayor consumo de recursos, estancias prolongadas en el hospital que no son necesarias, tratamientos inútiles, costos económicos más altos y una imagen de atención de baja calidad.

El Hospital General ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio", atiende una variedad de pacientes con enfermedades diversas, incluidos pacientes oncológicos y con enfermedades graves, los cuales suelen estar por largos periodos de hospitalización, pasando por varios servicios de atención médica (cirugía, emergencias, oncología, diálisis y medicina interna entre otras, donde el costo de atención es alto, tanto en recursos materiales como en humanos.

Por ende, es indispensable tener estudios que evalúen de manera precisa el conocimiento del personal sanitario, teniendo en cuenta diferentes campos, servicios y su diverso personal. Estos estudios tienen que emplear herramientas validadas que examinen no solamente los conocimientos teóricos, sino también sus competencias comunicativas. Asimismo, para determinar variables que pronostiquen niveles más altos de conocimiento, deben examinar factores relacionados, como la formación anterior, la experiencia clínica, la presencia de capacitación y la disponibilidad del servicio de CP en el hospital.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal médico y enfermería del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio”?

## **HIPÓTESIS**

**H0:** El personal de salud del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio no tiene nivel de conocimientos en cuidados paliativos.

**H1:** El personal de salud del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio tiene nivel de conocimientos óptimos en cuidados paliativos.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal de salud en el Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio” en abril de 2025.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Describir las características socio demográficas del personal de salud del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio” en el mes de abril de 2025.
- 2.- Determinar el nivel de conocimiento en cuidados paliativos a través del cuestionario “Palliative care knowledge test for nurses and physicians (PCKT)” aplicado al personal de salud del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio” en el mes de abril de 2025.

## **METODOLOGÍA**

### **DISEÑO DE ESTUDIO**

- Se realizó un estudio observacional, inferencial, transversal y analítico.

### **SELECCION DE POBLACION**

Se incluyó al personal de salud del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio” que se encontraba laborando durante el mes de abril de 2025.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Personal de salud con edad de 18 o más años.
- Personal médico y de enfermería de diferentes áreas de hospitalización del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio”

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Personal de salud que no acepte participar en el estudio.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Personal de salud que proporcione un instrumento mal contestado o incompleto.
- Personal de salud que no firmen el consentimiento informado.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se realizó un muestreo por conveniencia no probabilístico, que representó un 54.2% de la población total de estudio.

Población total: Total del personal de salud del Hospital General “Dra Columba Rivera Osorio” que laboró el mes de abril de 2025: 380 personas.

Tamaño de la muestra:  $n= 206$  personas encuestadas.

### **MUESTREO**

Aleatoria, perteneciente al personal de salud del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio”.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

En el cuestionario proporcionado al personal de salud se solicitará información personal, la cual se encuentra descrita en la tabla 1.

- Variable dependiente: conocimiento en cuidados paliativos
- Variable independiente: años de experiencia laboral

**TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO. TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Unidades de medición</b>	<b>Tipo de variable</b>
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento actual.	Años cumplidos hasta el momento en que se realizó en estudio.	Años	Cuantitativa Discreta
<b>Genero</b>	Diferencia física y de características sexuales que distinguen al hombre y la mujer.	Condición orgánica hombre o mujer.	Mujer Hombre	Cualitativa Nominal Dicotómica
<b>Estado civil</b>	Situación jurídica de una persona.	Estado jurídico del personal de salud en el momento del estudio.	-Soltero -Casado -Unión libre -Viudo -Divorciado	Cualitativa Nominal Politómica

<b>Escolaridad</b>	Periodo de tiempo que dura la enseñanza de una persona.	Grado de estudios alcanzado hasta el momento del estudio.	-Bachillerato -Carrera técnica -Licenciatura -Maestría -Especialidad	Cualitativa Nominal Politómica
<b>Servicio de trabajo actual</b>	Área dentro de un hospital en donde ejerce su labor actual.	Área dentro de esta unidad médica.	-Urgencias -Quirófano -Cuidados intensivos -Cirugía -Medicina Interna -Medicina Familiar -Consulta Externa -Pediatría -Tococirugía	Cualitativa Nominal Politómica
<b>Años de experiencia</b>	Tiempo de antigüedad laboral.	Tiempo en el que se encuentra desempeñando su trabajo en esta unidad médica.	-Años	Cuantitativa Discreta
<b>Conocimiento en cuidados paliativos</b>	Conjunto de información, habilidades y experiencias que el individuo tiene sobre cuidados paliativos.	16 preguntas correctas del cuestionario "Palliative care knowledge test for nurses and physicians (PCKT)" el cual se encuentra conformado por 20 preguntas.	-Tiene conocimiento -No tiene conocimiento	Cualitativa Nominal Dicotómica

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

- 1.- Consentimiento informado (Anexo 1).
- 2.- Aplicación del cuestionario “Palliative care knowledge test for nurses and physicians (PCKT)” en su versión en castellano, (Anexo 2)
- 3.- Recolección de variables socio demográficas como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, años de experiencia y área en donde labora en la actualidad (Anexo 2)

## **RECURSOS MATERIALES E INSTRUMENTOS APTOS PARA INVESTIGACIÓN**

**Humanos:** Asesores e investigadores del proyecto.

**Físicos:** Instalaciones de la unidad médica.

**Materiales:** Computadora, impresora, software para el análisis de datos, Internet, USB, Hojas blancas, Plumas.

**Financiamiento:** Este trabajo no requiere ningún tipo de financiamiento.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

El presente protocolo de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, según su Artículo 17 es clasificado en una “investigación sin riesgo” ya que solo se realizará la aplicación de un cuestionario al personal de salud del Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio”.

Esta investigación se apega a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece los principios éticos para las investigaciones médicas. Se hizo un uso correcto de la información proporcionada previo consentimiento informado manteniendo absoluta confidencialidad en la base de datos realizada posterior a la aplicación del cuestionario.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

Los datos obtenidos posterior a la aplicación del cuestionario se documentaron en una base de datos en el programa excel, para su posterior análisis en el programa SPSS versión 26.

Se realizó un análisis univariado con medidas de tendencia central y dispersión para los datos cuantitativos, mientras que los datos cualitativos fueron analizados con proporciones. Posteriormente para el análisis bivariado se realizó la prueba de normalidad estadística Kolmogorov-Smirnov para valorar la normalidad de los datos, para a su vez la aplicación de una prueba no paramétrica (Rho de Spearman).

## RESULTADOS

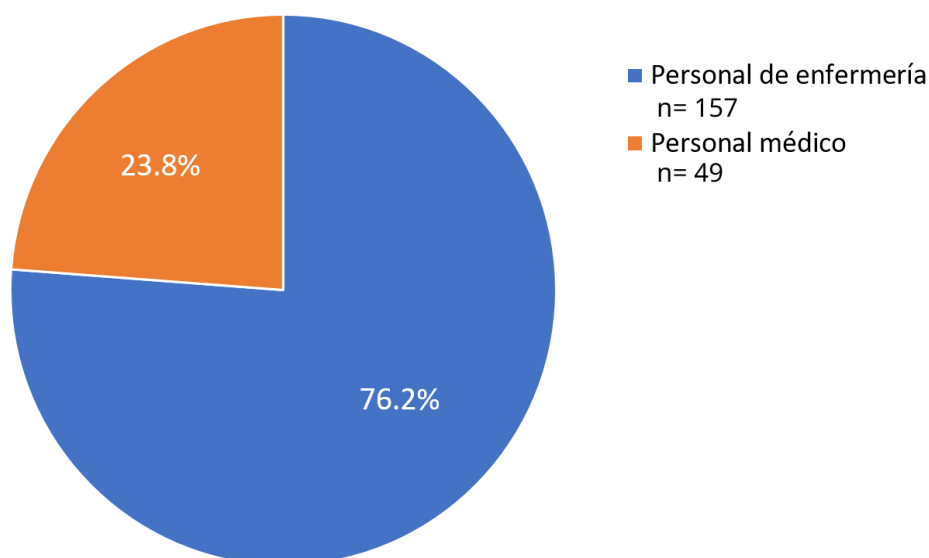
Se realizó un estudio observacional, inferencial, transversal y analítico en el Hospital General ISSSTE Pachuca “Dra. Columba Rivera Osorio” durante el mes de abril de 2025.

Se aplicaron 206 cuestionarios al personal de salud de diferentes áreas del hospital, conformados por un consentimiento informado y la versión en castellano del Cuestionario Palliative care knowledge test for nurses and physicians (PCKT), los cuales en su totalidad cumplieron los criterios de selección para este estudio.

### DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Al igual que Sanchez et al. (2014), Martin et al. (2021) y Mollman et al. (2023) se optó por una estrategia de inclusión integral al considerar tanto al personal médico como al de enfermería. Este enfoque justifica la necesidad de obtener una evaluación integral del nivel de conocimiento en CP en ambas profesiones.

**GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD.**



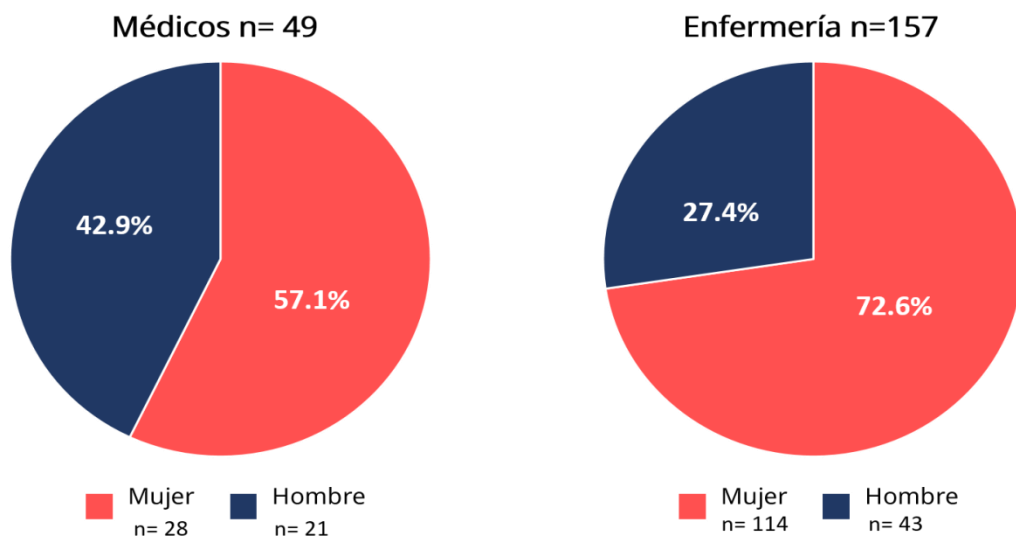
Del total de participantes el 76.2% fueron personal de enfermería, mientras que el 23.8% fue personal médico.

## GÉNERO

En relación al género, se observó que en ambos grupos evaluados predominaba el género femenino, sin embargo en el personal de enfermería se presenta una marcada feminización, lo cual es consistente con la tendencia mundial y contexto de estudios centrados en enfermería como Guillermo et al., (2020); Arli et al., (2022); Fadaei et al., (2024).

A diferencia del personal de enfermería, el gremio médico en este estudio presentó una distribución de género relativamente equitativa. Esta paridad de hombres y mujeres es comparable con el porcentaje reportado en el estudio de Cervantes et al. (2024).

**GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO**



En esta gráfica, el porcentaje de hombres enfermeros es de 27.4% en relación a mujeres enfermeras de 72.6%. En el caso de las mujeres médicos representan el 57.1% en relación a sus pares masculinos con 42.9%.

## EDAD

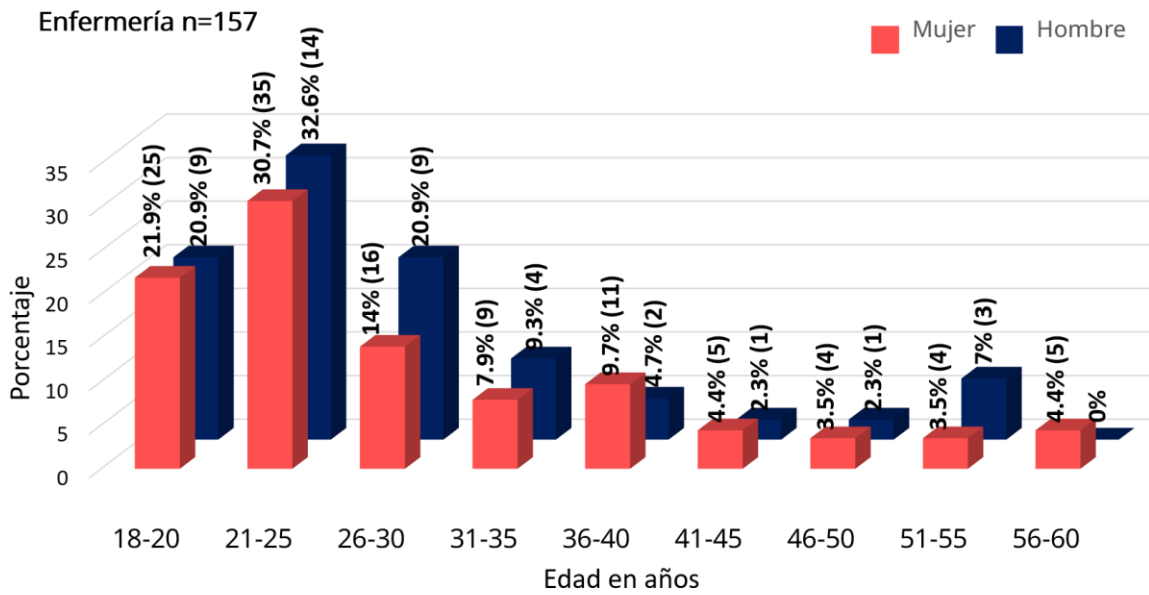
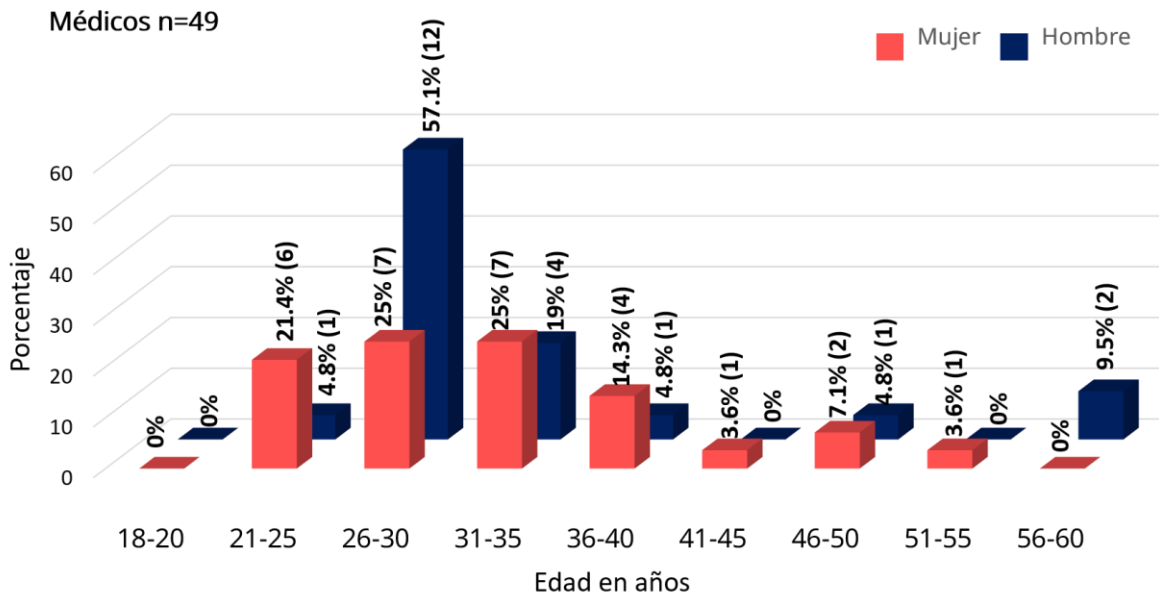
La característica demográfica más llamativa del personal sanitario en este estudio es su marcada juventud. Al analizar las edades, encontramos que la mayoría del personal de enfermería se ubica en el rango que organismos como la OMS definen como juventud (entre 15 y 24 años). Por su parte, la mayor parte de los médicos caen en la categoría de Adulto joven (25 a 44 años) una clasificación establecida tanto por la OMS, como el Consejo Nacional de Población (CONAPO) de México. Esta distribución de jóvenes contrasta fuertemente con la reportada en la literatura internacional. Donde se observan edades promedios más altas ejemplo a esto Hamdan et al., (2023) 33.41 años, Martín et al., (2021) 41.7 años y Flores et al., (2017) 37 años. A nivel nacional, el estudio de Cervantes et al., (2024) reportó que el 58.2% de su población era mayor a los 30 años.

En el colectivo médico, el grupo de edad predominante en los hombres se encuentra entre los 26 a 30 años con un 57.1%, seguido del grupo de edad entre 31 a 35 años. En el caso de las mujeres médicos se observa una similitud de porcentaje (25%) en los grupos de edad de 26 a 30 años y 31 a 35 años, con una discreta proporción menor en el grupo de 21 a 25 años (21.4%). A diferencia de los hombres, las mujeres presentan una distribución más amplia, con un mayor representación en el rango de 41 a 55 años con el 37.5% en relación al género masculino con 9.5%. En mujeres el máximo grupo de edad se encuentra 51 a 55 años, mientras que el hombres este se encuentra entre 56 a 60 años.

El personal de enfermería presenta un rango de edad más amplio en ambos géneros, la mayor proporción de hombres se encuentra en el grupo de 21 a 25 años con 32.6%, seguido de los grupos de 18 a 20 años y 26 a 30 años ambos con el 20.9%. Posteriormente se observa un descenso en los porcentajes de población en los siguientes grupos de edad, hasta el grupo de 51 a 55 años donde se reporta un aumento del 7%. En mujeres enfermeras la mayor proporción se encuentra en el grupo de 21 a 25 años con el 30.7%, seguido del grupo de 18 a 20 años con el 21.9%.

En los siguientes grupos de edad, se aprecia un descenso en la proporción de población. En mujeres el máximo grupo de edad se encuentra entre 56 a 60 años, mientras que en hombres se reporta entre 50 a 54 años.

### GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

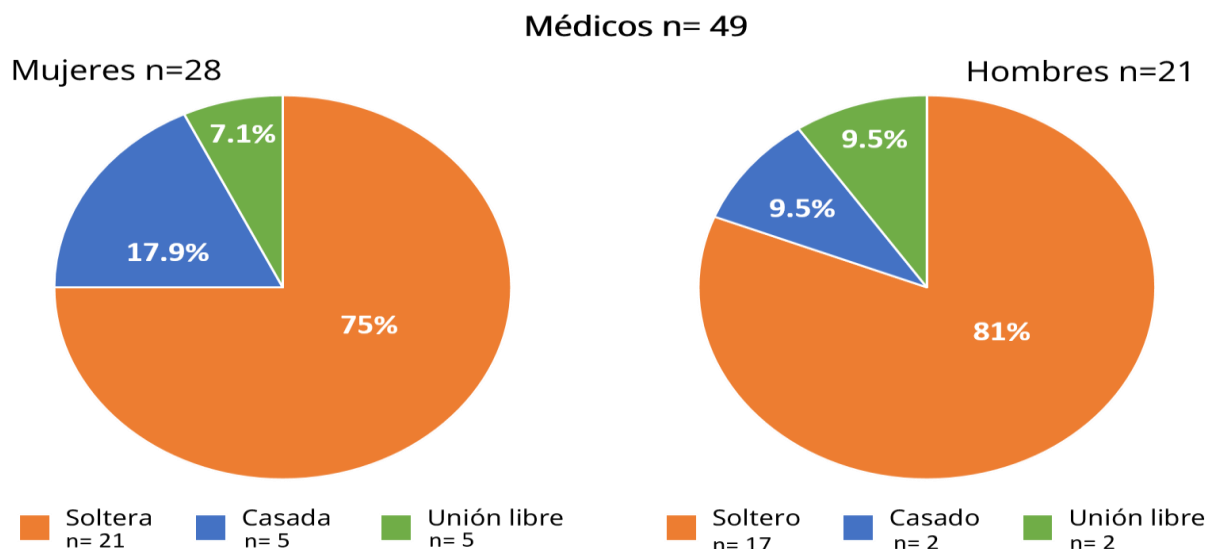


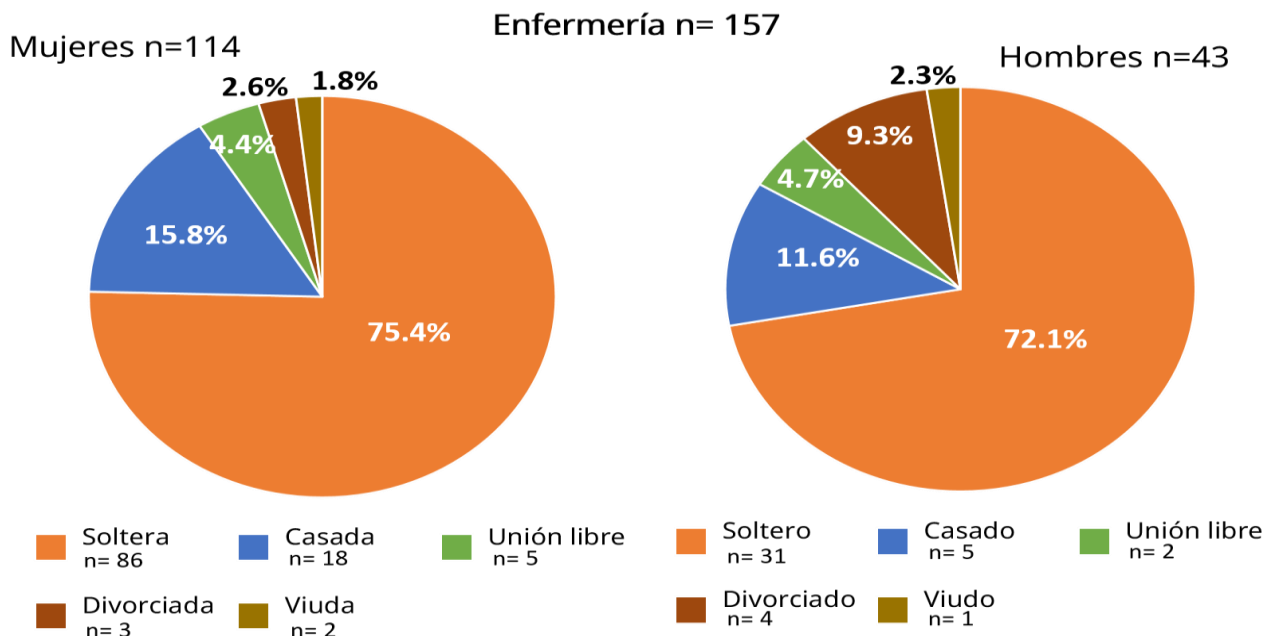
## ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE SALUD

En la siguiente gráfica se representa la distribución de la población según el estado civil entre cada tipo de profesión y género. En todos los grupos analizados, el estado civil soltero(a) es por mucho el más prevalente con porcentajes en mujeres 75% y hombres 85%. Este hallazgo podría tener explicación, en el hecho de que en ambos grupos predomina una población menor a los 35 años. Las mujeres médicas muestran un porcentaje más alto de casadas (17.9%) en comparación a sus colegas hombres (9.5%). De manera similar las enfermeras tienen un porcentaje más alto de casadas (15.8%) en relación a los enfermeros casados (11.6%).

El porcentaje de profesionales que viven en unión libre es relativamente bajo en todos los grupos, siendo ligeramente mayor en los médicos (9.5 %) y médicas (7.1%) que en los grupos de enfermería, donde el porcentaje es casi equitativo (4.4% mujeres vs 4.7% hombres). Los estados civiles de divorciado y viudo son poco representados en la muestra, siendo algo exclusivo observado en el personal de enfermería.

**GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL.**





### DISTRIBUCIÓN DE ESCOLARIDAD DEL PERSONAL DE SALUD

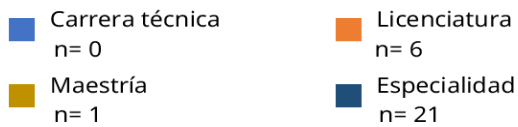
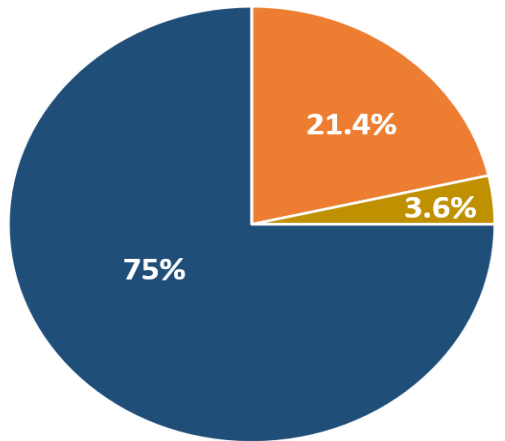
La siguiente gráfica muestra la distribución del nivel de escolaridad del personal de salud, segregado en perfil profesional y género. Se observa que como colectivo, ambos grupos presentan una alta preparación profesional, algo que lo distingue de manera favorable en comparación a otros estudios. En el grupo de médicos, tanto hombres como mujeres, la mayor proporción tiene un título de especialidad, lo cual indica la alta formación en postgrado. Los médicos hombres tienen una mayor proporción de especialistas en relación a las mujeres (81% vs 75%). Mientras que los hombres presentan una proporción significativa del grado de maestría en relación a las mujeres (9.5% vs 3.6%).

En el grupo de enfermería, tanto hombres como mujeres, el nivel predominante es la licenciatura, con un porcentaje en ambos grupos superior al 60% (hombres 69.8% y mujeres 62.3%). En contraste con un estudio regional de Hidalgo, De la Cruz et al., (2017), donde se reportó un 58.8% con escolaridad técnica. Los enfermeros alcanzan un porcentaje de maestría casi el doble en relación a las enfermeras (9.3 % vs 5.3%), pero las enfermeras tienden a alcanzar especialización (9.6 % vs 7%) comparado con los hombres. El porcentaje de enfermeras mujeres con formación técnica es del 22.8% comparado con hombres con el 13.9%.

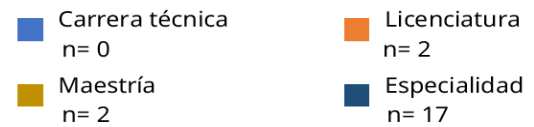
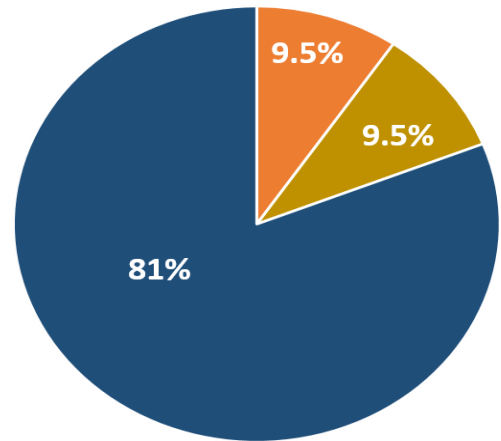
**GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD.**

**Médicos n=49**

Mujeres n=28

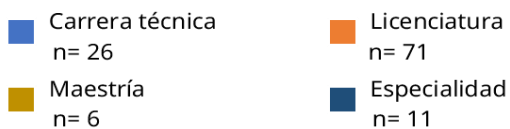
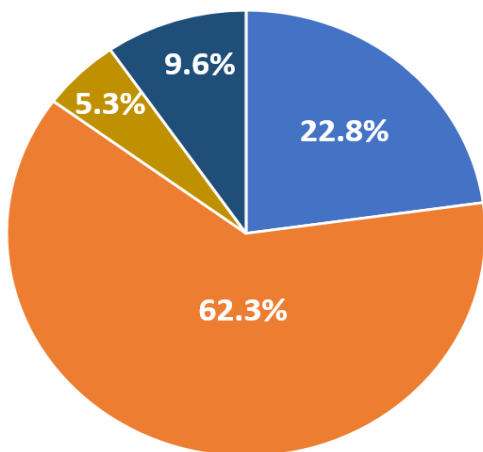


Hombres n=21

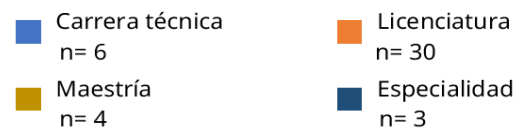
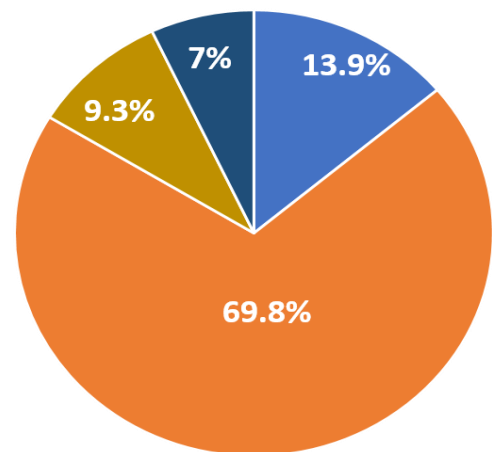


**Enfermería n=157**

Mujeres n=114



Hombres n=43



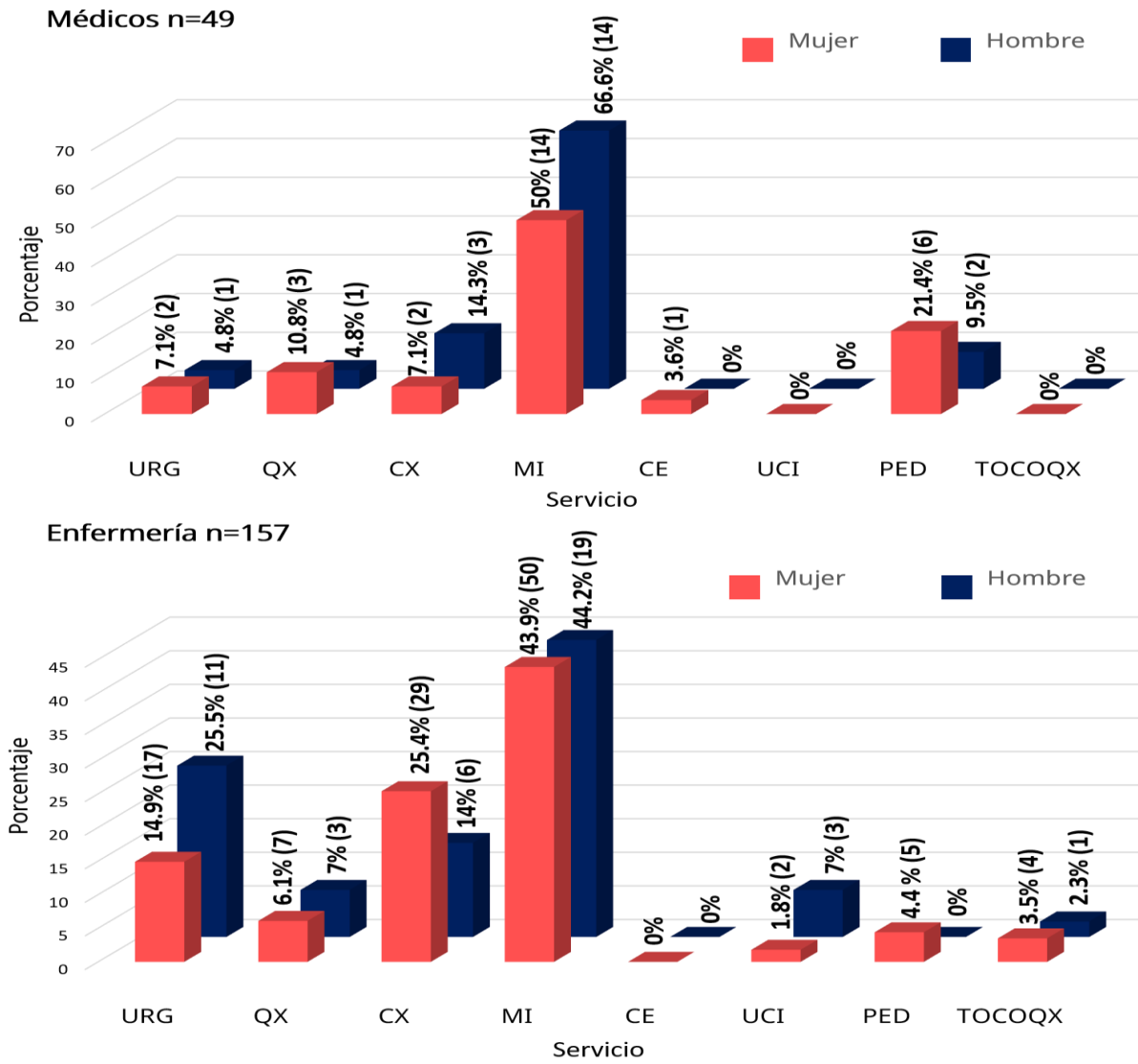
## **DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN DIFERENTES ÁREAS DEL NOSOCOMIO**

El servicio de Medicina Interna maneja una alta prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas que ameritan necesidades paliativas. Esta área hospitalaria se presenta como el área focal en este estudio, Por tal motivo presenta la mayor proporción tanto en el personal médico como el de enfermería. A diferencia de estudios nacionales como el de Hernández et al., (2016) y Montero et al., (2023) y regionales como el De la Cruz Romero et al., (2017) que solo incluyeron a profesionales de enfermería, aquí se buscó integrar al personal médico.

De acuerdo a la siguiente gráfica, la distribución de los médicos en Medicina Interna para ambos sexos fue de 50% en mujeres y 66.6% en hombres. En el caso de las mujeres médicas después de MI, su segunda área de enfoque es Pediatría con un 21.4%, seguido por el quirófano (10.8%). Existe una proporción similar tanto en urgencias como en piso de cirugía (7.1%). Los hombres médicos fuera del área de MI, su presencia se distribuye principalmente en piso de Cirugía con un 14.3%, seguido de Pediatría 9.5%. Presenta una proporción similar tanto en quirófano y urgencias (4.8%). Su presencia en piso de cirugía es casi el doble a sus pares mujeres. (14.3% vs 7%)

Al igual que los médicos, el personal de enfermería presenta una alta concentración en el piso de MÍ, aunque con un porcentaje ligeramente menor (mujeres 43.9%; hombres 44.2%). El personal restante de mujeres enfermeras se encuentra en piso de cirugía general 25.4% y el área de urgencias con 14.9%. En el caso de los hombres enfermeros un 25.5% se encuentra asignado al área de urgencias, el 14% en piso de cirugía. Solo en el grupo de hombres enfermeros se observa un discreto porcentaje en la unidad de cuidados intensivos 7%. Mostrando que los hombres enfermos mantienen un perfil orientado a la atención de pacientes críticos.

**GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SERVICIO ENCUESTADO.**



URG

Urgencias, QX Quirófano, CX Cirugía, MI Medicina interna, CE Consulta externa, UCI Unidad de cuidados intensivos, PED Pediatría, TOCOQX Tococirugía.

## **AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL**

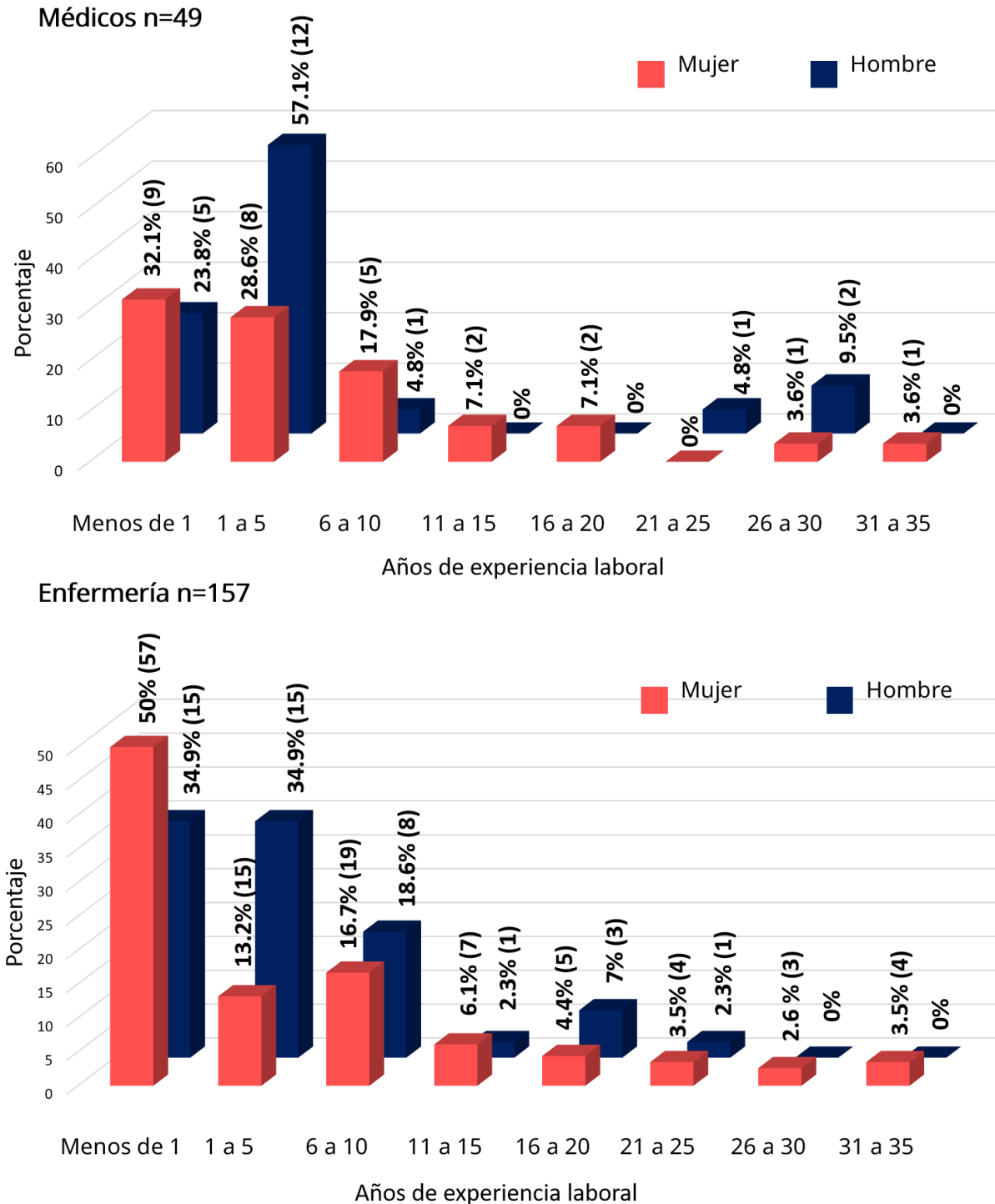
En este estudio se encontró que la gran mayoría del personal de salud (médicos y enfermeras) se concentra en los primeros 10 años de experiencia laboral, con el personal de enfermería teniendo, en general, menos años de experiencia que el equipo médico. Esto contrasta con algunos estudios internacionales como Jimenez et al., (2022) donde el 68% de las enfermeras tenían más de 10 años de experiencia profesional y Sanchez et al., (2014) donde el 80.8% del personal tenía más de 10 años de antigüedad. A nivel nacional, el estudio Flores et al (2017) reportó una antigüedad promedio de 10 años para el personal de enfermería y Ortega et al., (2019) el 50% del personal tenían entre 5 a 15 años de experiencia.

La siguiente gráfica muestra la distribución según años de experiencia laboral, separados en médicos y personal de enfermería, diferenciando ambos grupos en género. La mayoría de los médicos, especialmente los hombres, tienen entre 1 a 5 años de experiencia laboral (57.1%). Las mujeres tienden a concentrarse en el grupo de menos de 1 año y el de 1-5 años de forma más equitativa (32.1% y 28.6%). En el grupo de menores de 1 año, las mujeres (32.1%) superan a los hombres (25.8%). En el grupo de 1 a 5 años se observa un cambio drástico, los hombres (57.1%) son el grupo más grande de la muestra, mientras que las mujeres (28.6%) tienen una representación menor. En el grupo de 6 a 10 años, las mujeres (17.9%) superan a los hombres (4.8%). En ambos géneros, existe una distribución baja en personal con años de experiencia mayor a 10 años. En hombres la edad máxima de experiencia laboral se encuentra en el rango de 26 a 30, mientras que en mujeres es de 31 a 35 años.

La gran mayoría del personal de enfermería se concentra en los primeros 10 años de experiencia laboral. El pico de experiencia se encuentra en el rango de menos de 1 año impulsado por el alto porcentaje de mujeres (50%). Las mujeres dominan la muestra general y se concentran fuertemente en el inicio de su carrera (menos de 1 año) con el 50% superando a los hombres 34.9%. Los hombres mantienen una alta proporción similar en los dos primeros rangos de experiencia (menos de 1 año y 1 a 5 años), representando el 34.9% en ambos. Mientras que en el grupo de 1 a 5 años hay un descenso para las mujeres 13.2%. En el grupo de 6 a 10 años, las mujeres (16.7%) tienen una mayor representación que los hombres (18.6%). La representación de ambos géneros disminuye drásticamente después de los 10 años, con porcentajes menores al 7%. La edad máxima de experiencia laboral en hombres se encuentra en el rango de 21 a 25 años, mientras que en mujeres es de 31 a 35 años.

Ambos grupos profesionales (médicos y enfermería) muestran una fuerte concentración en los primeros 10 años de experiencia laboral, sin embargo el personal de enfermería encuestado tiene menos años de experiencia laboral que el equipo médico.

**GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL.**



## APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO PCKT AL PERSONAL DE SALUD

Para conocer el nivel de conocimiento en cuidados paliativos se aplicó el Cuestionario PCKT en su versión al castellano, el cual consta de 20 preguntas con respuesta “verdadero” o “falso”. Las preguntas se estructuran en torno a varios dominios temáticos fundamentales en CP, que incluye las dimensiones: Filosofía y Principios de CP, Manejo de dolor, Disnea, Delirium y trastornos gastrointestinales.

**TABLA 2. VERSIÓN EN CASTELLANO DEL CUESTIONARIO PCKT DEL PERSONAL MÉDICO SEGÚN GÉNERO.**

Preguntas	Médicos		Médicas	
	CORRECTA	INCORRECTA	CORRECTA	INCORRECTA
1. Los cuidados paliativos deberían ser proporcionados únicamente a los pacientes que no tienen tratamiento curativo disponible.	14 (66.7%)	7 (33.3%)	23 (82.1%)	5 (17.9%)
2. Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico.	19 (90.5%)	2 (9.5%)	24 (85.7%)	4 (14.3%)
3. Uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno.	20 (95.2%)	1 (4.8%)	22 (78.6%)	6 (21.4%)
4. Cuando el dolor por cáncer es leve debería utilizarse la pentazocina con más frecuencia que un opiáceo.	13 (61.9%)	8 (38.1%)	12 (42.9%)	16 (57.1%)
5. Cuando los opiáceos se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINES's.	10 (47.6%)	11 (52.4%)	12 (42.9%)	16 (57.1%)
6. El efecto de los opiáceos disminuye cuando se utilizan conjuntamente con buprenorfina.	7 (33.3%)	14 (66.7%)	16 (57.1%)	12 (42.9%)
7. El uso prolongado de opiáceos frecuentemente produce adicción.	6 (28.6%)	15 (71.4%)	5 (17.9%)	23 (82%)
8. El uso de opiáceos no altera el tiempo de supervivencia.	14 (66.7%)	7 (33.3%)	16 (57.1%)	12 (42.9%)
9. La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer.	13 (61.9%)	8 (38.1%)	11 (39.3%)	17 (60.7%)
10. Cuando los opiáceos se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria.	14 (66.7%)	7 (33.3%)	18 (64.3%)	10 (35.7%)
11. Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea.	10 (47.6%)	11 (52.4%)	10 (35.7%)	18 (64.3%)
12. Los fármacos anticolinérgicos son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal.	18 (85.7%)	3 (14.3%)	26 (92.9%)	2 (7.1%)
13. Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico disminuye el malestar del paciente.	10 (47.6%)	11 (52.4%)	10 (35.7%)	18 (64.3%)
14. Las benzodiacepinas son eficaces para controlar el delirium.	10 (47.6%)	11 (52.4%)	16 (57.1%)	12 (42.9%)
15. Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento.	17 (81%)	4 (19%)	26 (92.9%)	2 (7.1%)
16. En pacientes con cáncer terminal la morfina es con frecuencia una de las causas de delirium.	11 (52.4%)	10 (47.6%)	17 (60.7%)	11 (39.3%)
17. En las fases finales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en comparación con las fases iniciales.	7 (33.3%)	14 (66.7%)	11 (39.3%)	17 (60.7%)
18. No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica.	18 (85.7%)	3 (14.3%)	22 (78.6%)	6 (21.4%)
19. Los esteroides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	16 (76.2%)	5 (23.8%)	16 (57.1%)	12 (42.9%)
20. La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes en fase terminal.	15 (71.4%)	6 (28.6%)	18 (64%)	10 (35.7%)

La Tabla 2 permite comparar el nivel de conocimientos sobre CP entre médicas y médicos evidenciando áreas de fortaleza y debilidad en el conocimiento. En ambos grupos las preguntas que reflejan mayor conocimiento son la 2 “Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico” médicos (90.5%) y médicas (85.7%), la pregunta 3 “uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir descanso nocturno” médicos (95.2%) y médicas (78.6%), la pregunta 12 “Los fármacos anticolinérgicos son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal” médicos (85.7%) y médicas (92.9%). Pregunta 15 “Algunos pacientes en fase terminal, requieren sedación continua para aliviar el sufrimiento” médicos (81%) y médicas (92.9%). En ambos géneros la pregunta con menor puntuación es la 7 “El uso prolongado de opiáceos frecuentemente produce adicción” médicos (71.4%) y médicas (82%).

**TABLA 3. VERSIÓN EN CASTELLANO DEL CUESTIONARIO PCKT DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN GÉNERO.**

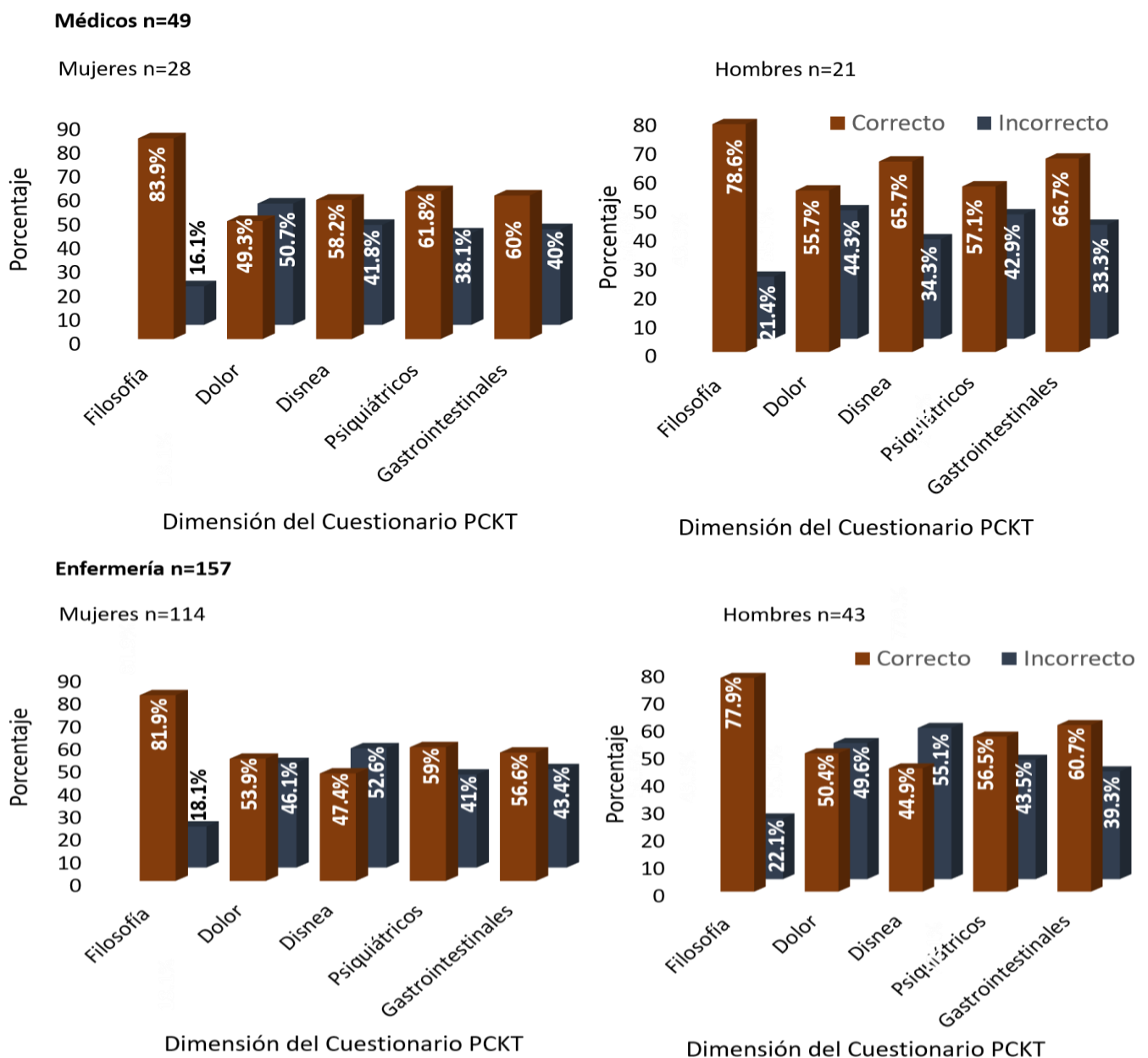
Preguntas	Enfermeros		Enfermeras	
	CORRECTA	INCORRECTA	CORRECTA	INCORRECTA
1. Los cuidados paliativos deberían ser proporcionados únicamente a los pacientes que no tienen tratamiento curativo disponible.	29 (67.4%)	14 (32.6%)	91 (79.8%)	23 (20.2%)
2. Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico.	38 (88.4%)	5 (11.6%)	96 (84.2%)	18 (15.8%)
3. Uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno.	31 (72.1%)	12 (27.9%)	76 (66.7%)	38 (33.3%)
4. Cuando el dolor por cáncer es leve debería utilizarse la pentazocina con más frecuencia que un opiáceo.	25 (58.1%)	18 (41.9%)	76 (66.7%)	38 (33.3%)
5. Cuando los opiáceos se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINES's.	18 (41.9%)	25 (58.1%)	57 (50%)	57 (50%)
6. El efecto de los opiáceos disminuye cuando se utilizan conjuntamente con buprenorfina.	26 (60.5%)	17 (39.5%)	76 (66.7%)	38 (33.3%)
7. El uso prolongado de opiáceos frecuentemente produce adicción.	4 (9.3%)	39 (90.7%)	21 (18.4%)	93 (81.6%)
8. El uso de opiáceos no altera el tiempo de supervivencia.	26 (60.5%)	17 (39.5%)	63 (55.3%)	51 (44.7%)
9. La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer.	18 (41.9%)	25 (58.1%)	62 (54.4%)	52 (45.6%)
10. Cuando los opiáceos se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria.	18 (41.9%)	25 (58.1%)	38 (33.3%)	76 (66.7%)
11. Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea.	11 (25.6%)	32 (74.4%)	21 (18.4%)	93 (81.6%)
12. Los fármacos anticolinérgicos son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal.	30 (69.8%)	13 (30.2%)	95 (83.3%)	19 (16.7%)
13. Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico disminuye el malestar del paciente.	23 (53.5%)	20 (46.5%)	54 (47.4%)	60 (52.6%)
14. Las benzodiacepinas son eficaces para controlar el delirium.	24 (55.8%)	19 (44.2%)	78 (68.4%)	36 (31.6%)
15. Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento.	37 (86%)	6 (14%)	101 (88.6%)	13 (11.4%)
16. En pacientes con cáncer terminal la morfina es con frecuencia una de las causas de delirium.	13 (30.2%)	30 (69.8%)	36 (31.6%)	78 (68.4%)
17. En las fases finales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en comparación con las fases iniciales.	25 (58.1%)	18 (41.9%)	59 (51.8%)	55 (48.2%)
18. No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica.	25 (58.1%)	18 (41.9%)	60 (52.6%)	54 (47.4%)
19. Los esteroides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	28 (65.1%)	15 (34.9%)	69 (60.5%)	45 (39.5%)
20. La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes en fase terminal.	26 (60.5%)	17 (39.5%)	70 (61.4%)	44 (38.6%)

El análisis de la Tabla 3 nos permite comparar el nivel de conocimientos sobre CP entre enfermeras y enfermeros. Los ítems que obtuvieron un mayor porcentaje de respuestas correctas en ambos géneros, son la pregunta 3 “uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno” enfermeros (86%) y enfermeras (88.6%), la pregunta 2 “los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico” enfermeros (88.4%) y enfermeras (84.2%). Existe una diferencia significativa entre ambos géneros, en la pregunta 12 “Los fármacos anticolinérgicos son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal”, las enfermeras presentan mayor conocimiento (83.3%) en relación a los enfermeros (69.8%). Ambos géneros presentan escaso conocimiento en la pregunta 7 “El uso prolongado de opiáceos frecuentemente produce adicción” enfermeros (90.7%) y enfermeras (81.6%). Existe diferencia entre enfermeros y enfermeras en relación a la pregunta 11 “Los niveles de saturación de oxígeno se correlaciona con la disnea” Las enfermeras presentan mayor desconocimiento (81.6%) comparado a sus compañeros masculinos (74.4%).

## NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS POR DIMENSIONES

En la siguiente gráfica se muestra el nivel de conocimientos en CP (medido por el cuestionario PCKT) segmentado por dimensión y tipo de personal (enfermería y médicos). Los resultados presentados en el eje “y” indica el porcentaje de respuestas correctas en cada una de las 5 dimensiones que valora el cuestionario: filosofía, dolor, disnea, problemas psiquiátricos y gastrointestinales. Estas últimas se ubican en el eje de la “x”.

**GRÁFICA 8. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS POR DIMENSIÓN DEL CUESTIONARIO PCKT SEGÚN TIPO DE PERSONAL.**



En casi todas las dimensiones y en ambos grupos profesionales, las mujeres reportan un porcentaje de conocimientos ligeramente superior o muy similar al de los hombres. La dimensión de Filosofía es donde ambos grupos profesionales y sexos demuestran el nivel de conocimiento más alto: enfermería: mujer (81.9%), hombre (77.9%); médicos: mujer (83.9%), hombre (78.6%).

La dimensión de disnea y dolor tienen los porcentajes más bajos en el grupo de enfermería para ambos géneros, mujeres (53.9% y 47.4%), hombres (50.4% y 44.9%). Mientras que en médicos, los porcentajes más bajos se encuentran en la dimensión de dolor, mujeres (49.3%), hombres (55.7%).

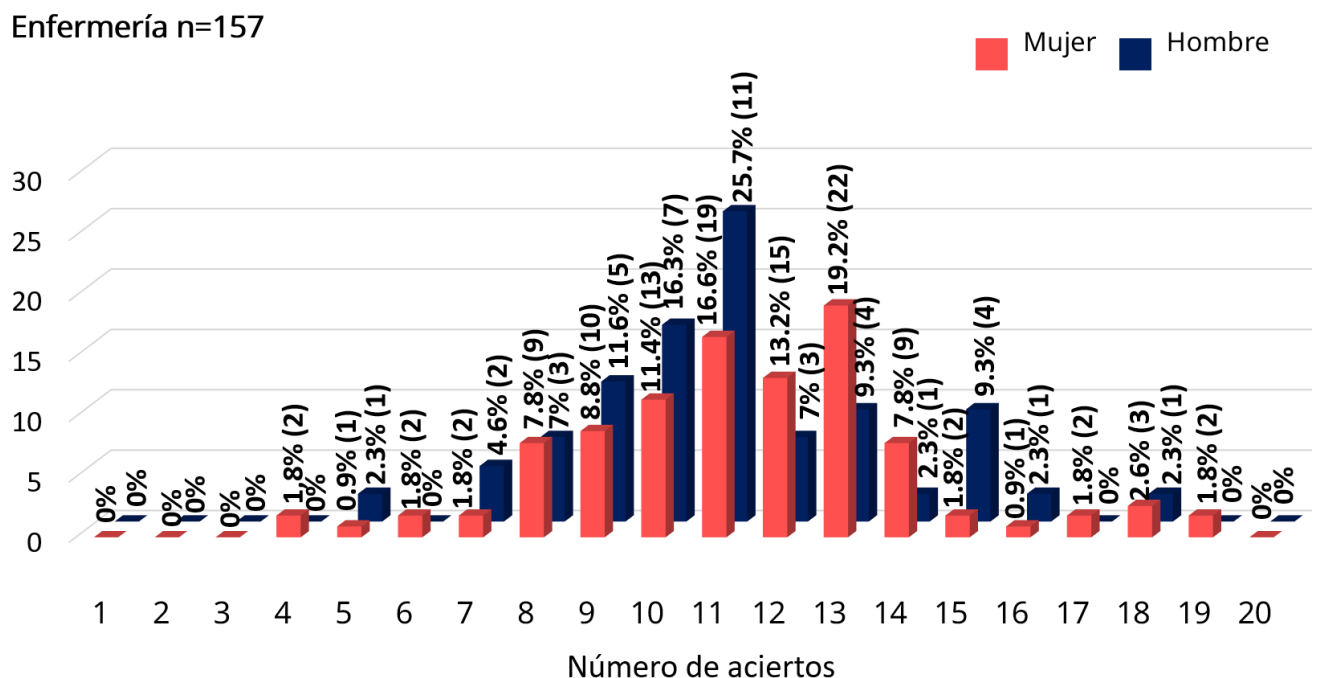
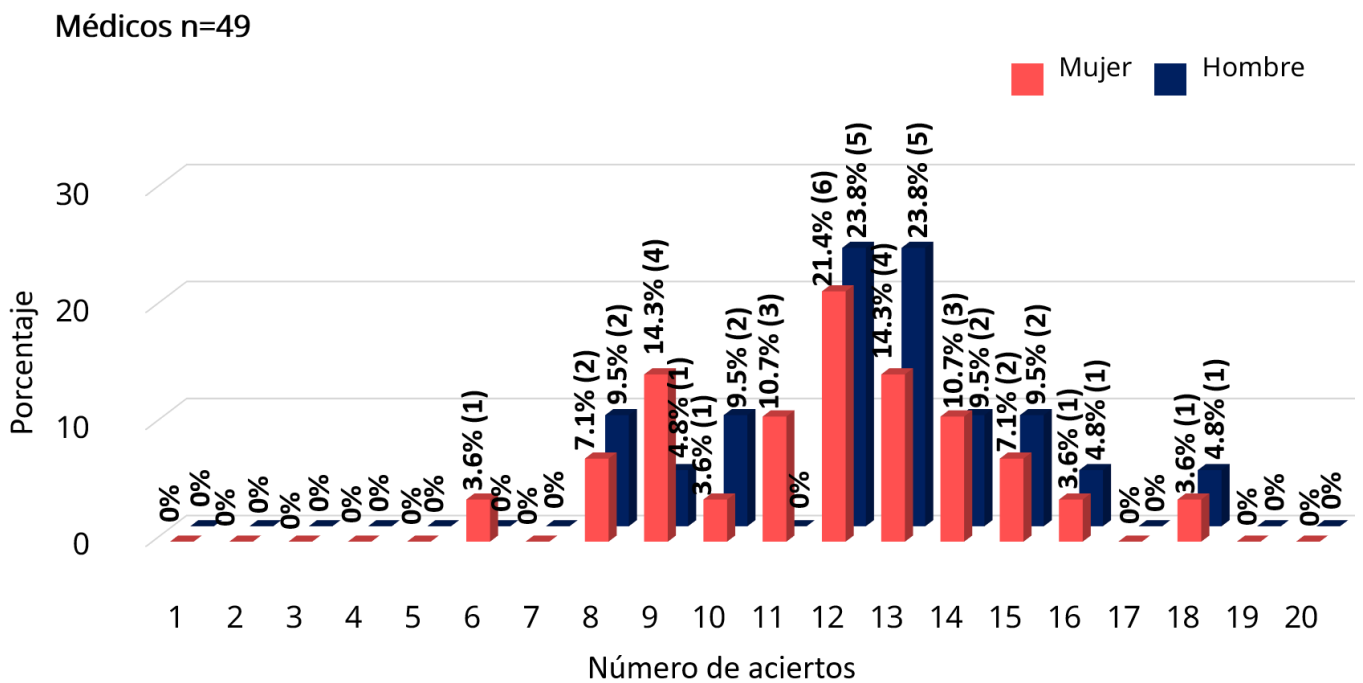
En la dimensión de filosofía, el nivel de conocimiento es más alto en mujeres que en hombres en ambos grupos profesionales. En la dimensión de dolor, el porcentaje de mujeres médicas (49.3%) es notablemente bajo y casi al mismo nivel que los hombres de enfermería (50.4%). En la dimensión de disnea los médicos hombres reportan un conocimiento significativamente superior al personal médico mujer (65.7% vs 58.2%), en enfermería las mujeres tienen un puntaje superior a hombres (47.4% vs 44.9%). En la dimensión de problemas psiquiátricos las mujeres tienen mayor conocimiento que los hombres dentro de su grupo profesional, personal médico (mujeres 61.8% vs hombres 57.1%), personal de enfermería (mujeres 59% vs hombres 56.5%).

En la dimensión gastrointestinal los médicos hombres muestran una mayor proporción de conocimiento que mujeres médicos (66.7% vs 60%). En personal de enfermería, los hombres tienen mayor conocimiento que las mujeres (60.7% vs 56.6%).

## NÚMERO DE ACIERTOS DEL CUESTIONARIO PCKT

En la siguiente gráfica se presenta la distribución de los puntajes obtenidos en el cuestionario PCKT, segmentado por género y tipo de personal (Médicos / Enfermería). El número de aciertos (1 a 20) se reporta en el eje de las “x”, mientras que el porcentaje se reporta en el eje de las “y”.

**GRÁFICA 9. NÚMERO DE ACIERTOS DEL CUESTIONARIO PCKT SEGÚN GÉNERO Y TIPO DE PERSONAL.**



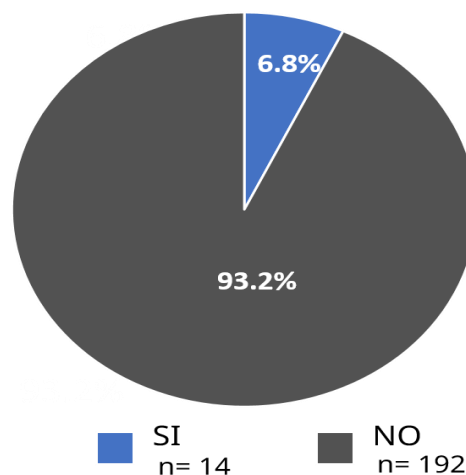
El personal médico obtuvo puntajes superiores a 6 siendo este el mínimo en mujeres, mientras que hombres es 8, en ambos géneros el máximo puntaje es 18. La distribución comienza a ser significativa a partir de los puntajes 12 y 13, siendo el puntaje 12 en mujeres el pico más elevado con 21.4%, mientras que en hombres se mantiene una distribución uniforme en los puntajes 12 y 13 con el 23.8% cada uno. En ambos géneros, sólo el 8.1% del total se concentran por arriba del puntaje 16 (límite de corte). sugiriendo que ambos géneros tuvieron un rendimiento muy bajo.

En el grupo de enfermería el puntaje más bajo en mujeres es de 4, mientras que en hombres es 6. El puntaje 12 es el pico de mayor distribución para enfermería, 25.7% en hombres y 16.9% en mujeres. Sin embargo en mujeres el pico más alto se presenta en el puntaje 13 (19.3%). Los hombres de enfermería muestran una marcada concentración en el puntaje 11 (25.7%). En general en este grupo de personal el 6.36% tiene puntuaciones superiores a 16. En conclusión ambos grupos (médicos y enfermería) tuvieron puntuaciones marginalmente aprobatorias (mayor de la puntuación 16), se observa una discreta proporción superior entre médicos en relación a enfermería.

## NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO

La gráfica 9 representa la distribución según el nivel de conocimiento, de la población total. Se observa que solo el 6.8% del personal de salud presenta un nivel de conocimientos óptimo en relación a CP. Es decir, obtuvieron un puntaje superior a 16 en los ítems del cuestionario PCKT. La inmensa mayoría del personal, el 93.2%, reportó no tener el nivel de conocimiento en la materia adecuado. El nivel de conocimientos general sobre el tema evaluado es extremadamente bajo en la muestra, con más de nueve de cada diez personas manifestando desconocimiento.

**GRÁFICA 10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL TOTAL DEL PERSONAL SANITARIO ESTUDIADO.**

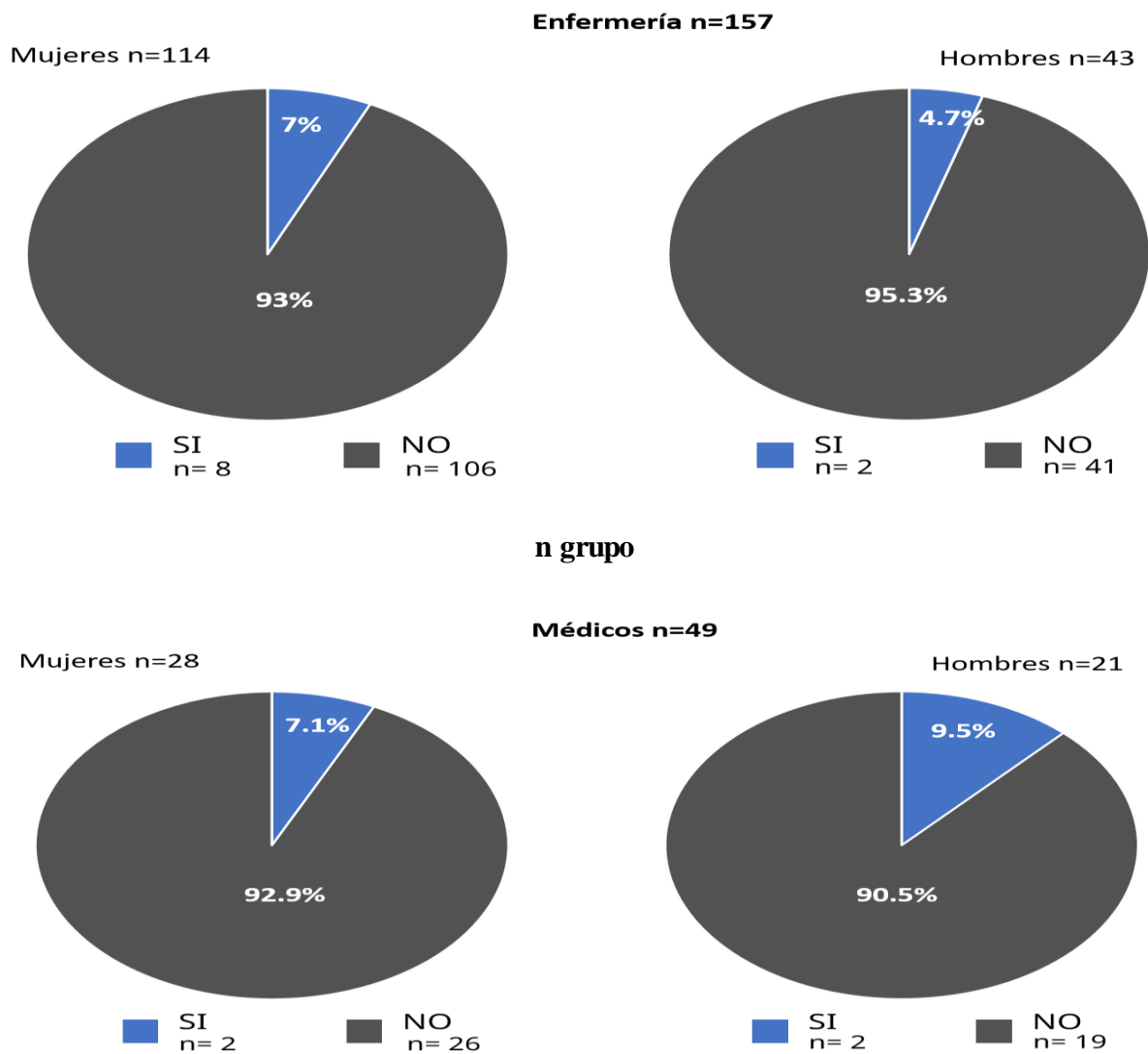


La gráfica 10 desglosa el nivel de conocimiento según la profesión (Enfermería y médicos) y en género (mujeres y hombres) dentro de cada profesión. En el grupo de enfermería, el 7% de ellas tiene conocimientos en CP, el resto 93% no cuenta con los conocimientos necesarios. En el grupo de hombres el 4.7% presenta conocimiento en el tema, mientras que 95.3% no lo tiene. En el personal de enfermería, las mujeres (7%) presentan un porcentaje de conocimientos ligeramente más alto que los hombres (4.7%), aunque en ambos grupos el desconocimiento es abrumador (93%).

En el personal médico, los hombres (9.5%) presentan el porcentaje de conocimiento más alto de toda la muestra desglosada, superando a las mujeres (7.1%), aunque la mayoría sigue manifestando desconocimiento (hombres 90.5% y mujeres 92.9%). El bajo nivel de conocimiento observado en esta gráfica se mantiene al desagregar por profesión y género.

Aunque existen variaciones leves entre los grupos (con los médicos hombres a la cabeza), la conclusión principal es que la falta de conocimiento es generalizada entre todo el personal sanitario.

**GRÁFICA 11. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN GRUPO PROFESIONAL Y GÉNERO.**



## RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AÑOS DE EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD

En la tabla 4 se presentan los resultados de un análisis de correlación para determinar si existe una relación estadísticamente entre el nivel de conocimiento en cuidados paliativos y los años de experiencia laboral en el personal médico.

**TABLA 4. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AÑOS DE EXPERIENCIA DEL PERSONAL MÉDICO.**

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL	Coeficiente de correlación	1	0.151
	Sig. (bilateral)		0.442
	N de médicas	28	28
CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS	Coeficiente de correlación	0.151	1
	Sig. (bilateral)	0.442	
	N de médicas	28	28
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL	Coeficiente de correlación	1	0.191
	Sig. (bilateral)		0.407
	N de médicos	21	21
CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS	Coeficiente de correlación	0.191	1
	Sig. (bilateral)	0.407	
	N de médicos	21	21

En el grupo de médicas el coeficiente de correlación ( $r=0.151$ ) es un valor positivo muy bajo, el valor de significancia ( $p= 0.442$ ) es mayor que 0.05. No existe una relación estadísticamente significativa entre los años de experiencia laboral y el nivel de conocimiento en CP. En el grupo de médicos el coeficiente de correlación ( $r= 0.191$ ) es un valor positivo bajo, con una significancia ( $p=0.407$ ) mayor de 0.05 no existiendo una relación estadísticamente significativa entre los años de experiencia laboral y el nivel de CP.

En la tabla 5 se presentan los resultados de un análisis de correlación para determinar si existe una relación estadísticamente entre el nivel de conocimiento en cuidados paliativos y los años de experiencia laboral en el personal de enfermería.

**TABLA 5. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AÑOS DE EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL	Coeficiente de correlación	1	0.105
	Sig. (bilateral)		0.266
	N de enfermeras	114	114
CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS	Coeficiente de correlación	0.105	1
	Sig. (bilateral)	0.266	
	N de enfermeras	114	114
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL	Coeficiente de correlación	1	0.061
	Sig. (bilateral)		0.700
	N de enfermeros	43	43
CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS	Coeficiente de correlación	0.061	1
	Sig. (bilateral)	0.700	
	N de enfermeros	43	43

Se evidencia que el coeficiente Rho de Spearman fue de 0.105 en enfermeras y 0.061 en enfermeros, dando como resultado una correlación directa muy baja entre los años de experiencia. Con una significancia en enfermeras  $p=0.266$  y enfermeros  $p=0.700$ . Al igual que en el personal médico (Tabla 4), en el personal de enfermería la experiencia laboral no se correlaciona de manera significativa con el nivel de conocimiento en cuidados paliativos.

## DISCUSIÓN

El presente estudio realizado en el Hospital General ISSSTE Pachuca, confirma la existencia de una deficiencia generalizada en los conocimientos sobre CP en el personal de salud. Los hallazgos revelan que solo el 6.8% del personal tiene un nivel de conocimiento adecuado, lo que se alinea con la tendencia global y nacional observada en la literatura.

Al comparar los resultados de este estudio con la literatura internacional, emerge un patrón claro que demuestra la falta de progreso significativo en esta área a lo largo de la última década. La escasa puntuación media obtenida en el Cuestionario Palliative care knowledge test (PCKT) (11 puntos sobre 20) se alinea perfectamente con la mayoría de las investigaciones internacionales que han utilizado el PCKT y de igual manera reportan un bajo nivel de conocimiento. Esta cifra es un eco directo de resultados de hace casi una década, lo que subraya la falta de progreso.

Los estudios de Kumar et al. (2012) en India y Sanchez et al. (2014) en España son ejemplos contundentes, Kumar et al reportó un 90% de profesionales de la salud con conocimientos deficientes, mientras que Sanchez et al. encontró que solo el 3.8% tenía suficiente formación en este campo. Este hallazgo contrasta con la realidad de nuestro estudio, donde la experiencia laboral no mostró una correlación con el nivel de conocimiento, sugiriendo que la práctica clínica por sí sola no es suficiente para adquirir la experiencia necesaria.

La diferencia de más de una década entre estos estudios y los más recientes, con resultados similares, pone de manifiesto que el problema no es transitorio ni específico de una región, sino un problema global y estructural en la formación del personal de salud. Esta falta de cambio es alarmante. Investigaciones más recientes, de los últimos cinco años, como las de Ioshimoto et al (2020) en Brasil, Khatib et al. (2022) en Líbano, Jimenez et al (2022) en España y Fadaei et al (2024) en Irán, continúan reportando puntuaciones promedio por debajo del punto medio del cuestionario. Este patrón confirma que la deficiencia en el conocimiento no es un problema del pasado, sino una realidad actual y persistente.

Los países mencionados en los estudios tienen una característica común, la mayoría son naciones en vías de desarrollo, con sistemas de salud que enfrentan desafíos significativos en cuanto a recursos, infraestructura y prioridades de formación. En muchos de estos países, los sistemas de salud a menudo se centran en la medicina curativa y en la atención de enfermedades agudas, dejando la atención del final de la vida en un segundo plano. La carencia de personal

especializado en el tema y la limitada inversión en formación continua dificultan la implementación de programas de capacitación en CP. Además los planes de estudio en muchas universidades no incluyen una formación sólida y obligatoria en esta materia, lo que perpetúa la brecha de conocimiento desde la etapa formativa.

De manera similar, en el ámbito nacional, la investigación de Medina (2012) en la Ciudad de México y la de Flores et al. (2017) en Nuevo León, también encontraron que solo un pequeño porcentaje de profesionales de la salud posee un nivel de conocimiento aceptable (7% y 4% respectivamente). Esta convergencia de resultados sugiere que la falta de formación en CP es un problema general que trasciende fronteras y niveles de atención.

En comparación con aquellos estudios demostraron un nivel de conocimiento bueno a moderado en el cuestionario PCKT, estos comparten que los participantes recibieron formación específica y estructurada en cuidados paliativos. Ya sea a través de una asignatura obligatoria en su plan de estudios Yañez & Torres et al., (2023) en Ecuador; o mediante seminarios y cursos de capacitación como en Mollman et al., (2023) en Estados Unidos. Estos resultados sugieren que el problema no es la capacidad del personal para aprender, si no la oportunidad para hacerlo a través de un programa educativo formal y dirigido. Ejemplo de lo anterior Arli et al. (2022) en Turquía demostraron que las enfermeras con formación previa en CP obtenían puntuaciones significativas más altas. El conocimiento adecuado en CP no es una habilidad que se adquiera con la experiencia, sino que es el resultado directo de una educación estructura y de calidad.

El análisis de los resultados de este estudio, centrado en las áreas del cuestionario PCKT, revela un panorama de fortalezas y debilidades que se asemejan, y a veces difiere de los hallazgos en la literatura internacional. Nuestro estudio encontró que la dimensión filosófica fue el área con mayor conocimiento entre el personal de salud. Esta comprensión de los principios y valores de los CP, como el respeto a la dignidad y la calidad de vida, es un hallazgo que se encuentra en otros estudios como el de Jimenez et al. (2022), Kumar et al., (2012); Arli et al., (2022), a nivel internacional, y Cervantes, et al. (2024) a nivel nacional, donde la filosofía también fue la dimensión con mayor dominio (81.3%). En contraste, el estudio de Hamdan et al. (2023) en Malasia encontró que el conocimiento en Dolor presentó el mejor puntaje en médicos, mientras que Filosofía fue la más baja.

Sin embargo, esta fortaleza en el área filosófica a menudo coexiste con una debilidad crítica en el manejo del dolor y los síntomas. En nuestro estudio, la pregunta sobre la adicción a los

opioides fue la más fallida, lo que indica un desconocimiento fundamental sobre el tratamiento del dolor. Esta deficiencia es un patrón recurrente en la literatura más reciente. Por ejemplo, Jimenez et al (2022) también identificaron el manejo del dolor como una de las mayores debilidades. Esto indica que los profesionales pueden entender el “qué” y el “porqué” de los CP, pero carecen del “cómo” y de las habilidades clínicas para aplicarlos.

La coincidencia en la deficiencia del conocimiento denota el pobre manejo del dolor y otros síntomas. Nuestro estudio, al igual que los de Kumar et al. (2012) y Ioshimoto et al. (2020) reportaron que la gran mayoría carecía de conocimientos en dolor (50.7%). En Vietnam (Vu et al., 2019), enfermería obtuvo una puntuación menor en el área de dolor en comparación con los médicos. En España, enfermería mostró deficiencia de conocimientos en relación al manejo del dolor (Sánchez et al., 2014) y fue un área de debilidad para enfermeras (Jiménez et al., 2022).

El bajo conocimiento en el manejo de síntomas es un hallazgo compartido. Ioshimoto et al (2020) en Brasil encontraron que la gran mayoría de los participantes carecía de conocimientos en las áreas de disnea, problemas psiquiátricos y gastrointestinales

En estudios como el de Zeru et al. (2020) y Arli et al. (2022) se observó una correlación positiva entre la formación previa y un mejor conocimiento, nuestro análisis no reveló una relación significativa entre el nivel de conocimiento y los años de experiencia laboral. Este hallazgo es particularmente relevante, ya que sugiere que la experiencia por sí sola, en ausencia de una capacitación formal y continua, no es suficiente para subsanar la falta de conocimiento. Esto se refuerza con la conclusión de Martín et al. (2021), quienes demostraron que los profesionales que realizaron formación continua en CP obtuvieron resultados superiores.

La ausencia de una asignatura específica en los planes de estudio universitarios, como lo señalan Peña et al. (2022) y Yáñez & Torres (2023), es una causa fundamental de esta problemática, lo que se resolvería con la inclusión de la materia en el plan de estudios, garantizando la eficacia de la educación formal como pilar de la formación en CP.

La integración de los CP en el servicio de MI es de vital importancia, dada la evolución del perfil demográfico y epidemiológico actual. El servicio de MI se ha convertido en un entorno de atención crucial para un número creciente de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas o terminales. Estos pacientes suelen ser personas de edad avanzada con múltiples comorbilidades, cuya progresión de la enfermedad es difícil de predecir. A pesar de que las enfermedades crónico degenerativas están intrínsecas e inevitablemente ligadas al dolor, al

sufrimiento y al deterioro irreversible de la calidad de vida. Esta falta de reconocimiento y el enfoque curativo del entrenamiento del médico internista a menudo llevan a la demora en la toma de decisiones sobre la aplicación de los CP y la LET. La incorporación temprana de los CP en MI constituye una estrategia esencial para mejorar la calidad y la dignidad de la atención. La implementación de un plan de tratamiento que incluye CP ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuir el número de exacerbaciones y reducir tanto el tiempo de hospitalización como los costos de atención al evitar procedimientos innecesarios y fútiles. Es fundamental, por lo tanto, la capacitación continua del personal de salud para dotarlos de las competencias necesarias y garantizar una atención digna y humanizada al final de la vida.

## CONCLUSIÓN

Esta investigación en conjunto con la evidencia internacional y nacional, demuestran de manera contundente que el nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal de salud es insuficiente. Esta deficiencia no es un fenómeno aislado, sino un problema global que afecta la calidad de la atención al paciente con enfermedad crónica y terminal.

Esta falta de formación no solamente restringe la habilidad del personal sanitario para manejar los síntomas y el sufrimiento, sino que, además, impacta en la comunicación eficaz con los pacientes y sus allegados, en las decisiones clínicas y en el apoyo emocional requerido por estas circunstancias. Diversos estudios indican que la falta de capacitación en este ámbito conlleva prácticas inapropiadas, demora en el reconocimiento de necesidades paliativas y una dependencia excesiva de intervenciones curativas que, en fases avanzadas, son desmesuradas o innecesarias.

La falta de formación académica formal, tanto en los planes de estudio universitarios como en la educación continua dentro de las instalaciones hospitalarias, emerge como la principal causa de esta brecha de conocimientos. En consecuencia, la implementación de estrategias educativas robustas, como la integración de programas de capacitación hospitalaria obligatorios, es fundamental para dotar al personal de las competencias necesarias. Solo a través de una inversión decidida en la formación profesional se podrá garantizar una atención digna y humanizada al final de la vida, cumpliendo así con los principios éticos y clínicos de los CP. El hecho de reconocer la relevancia de esta disciplina no solo afecta en el bienestar de los pacientes, sino que además mejora la calidad de vida del personal sanitario, al proporcionarles instrumentos para afrontar el sufrimiento humano con sensibilidad, ética y competencia profesional. La relación entre los CP y la MI no es meramente complementaria, sino simbiótica e indispensable en el panorama de la atención sanitaria moderna. Dada la alta prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y múltiples comorbilidades que son atendidos y fallecen en los servicios de MÍ, el médico internista se encuentra en la primera línea para identificar y atender las necesidades paliativas. La integración temprana de los CP, desde el momento del diagnóstico de una enfermedad que limita la vida, transforma el enfoque de la atención, pasando de un modelo estrictamente curativo a uno holístico y centrado en la persona. Al adoptar los principios de los CP, la MI no solo mejora la dignidad y humanización de la atención al final de la vida, sino que también optimiza el uso de recursos sanitarios al evitar la futilidad terapéutica.

## RECOMENDACIONES FINALES

Los resultados de esta investigación tienen profundas implicaciones para la calidad de la atención en el sistema de salud. La deficiencia de conocimientos en CP afecta la capacidad de brindar una atención integral, digna y humanizada. Para abordar esta situación, se proponen las siguientes recomendaciones, en consonancia con la literatura revisada:

- Las instituciones de salud, como el Hospital General ISSSTE Pachuca, deben implementar programas de capacitación obligatorios y periódicos para todo el personal asistencial, utilizando formatos innovadores como seminarios virtuales o talleres interdisciplinarios.
- Se requiere realizar estudios de seguimiento para evaluar el impacto de las intervenciones educativas en el nivel de conocimiento y en la calidad de la atención.
- Explorar la percepción del personal sobre las barreras para la implementación de los CP en su práctica diaria.
- Incentivar a que las autoridades sanitarias desarrollen políticas públicas que promuevan la integración de los cuidados paliativos, asegurando recursos humanos y materiales suficientes para su aplicación efectiva.
- Establecimiento de protocolos de evaluación periódica del conocimiento y desempeño del personal de salud, con el fin de identificar brechas formativas y diseñar estrategias de mejora continua.
- Fomentar la sensibilización social y comunitaria mediante campañas de información que difundan el valor de los cuidados paliativos, favoreciendo así una cultura de respeto y acompañamiento hacia las personas en esta etapa y sus familias.

Estas acciones conjuntas permitirán fortalecer nuestro sistema de salud y garantizar una atención centrada en la dignidad y calidad de vida del paciente. Haciendo un énfasis en el área de medicina interna, las siguientes recomendaciones para fortalecer la sinergia entre los CP y la MI. Estas propuestas buscan trascender la teoría para impulsar cambios concretos en la práctica clínica, la educación de los internistas y la estructura institucional, garantizado así que todo paciente atendido en MI reciba una atención integral y humanizada a lo largo de su trayectoria de la enfermedad.

- Implementar el uso de herramientas validadas como el instrumento NECPAL CCOMS ICO dentro de las primeras 48 a 72 horas tras su ingreso al servicio, con el fin de identificar aquellas personas con necesidades de CP.
- Ya que el Hospital General ISSSTE Pachuca, es un centro de formación en recurso humanitario en salud (residentes de medicina interna) se debería incluir a sus programa académico un módulo sobre la atención en CP.
- Desarrollar talleres de simulación para el personal de MI (residentes de medicina interna) enfocados en habilidades de comunicación, ejemplo dar malas noticias, facilitar la toma de decisiones compartida y como discutir con el paciente o sus familiares sobre los objetivos de cuidado.
- Buscar la creación de una unidad funcional de cuidados paliativos que trabaje en colaboración con medicina interna. .
- Promover la planificación anticipada de cuidados paliativos como un componente estándar del manejo del paciente crónico en MÍ, antes que el paciente pierda la capacidad de decidir por sí mismo.
- Recordar que el cuidado paliativo no solo debe abordar el control de los síntomas físicos, sino atender las dimensiones físicas, psicosociales y espirituales del paciente y sus familiares. Se recomienda apoyo de otras áreas como el psicología, tanatología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AA., H.-F. (2024). Los cuidados paliativos como derecho humano. *Med Int Méx*, 40 (9): 606-613.
- Alonso, L. H., Martínez, I. Z., Rodríguez, M. G., Romero, L. G., Zeron, E. M., & Murcia, J. (2020). Análisis de las características de los pacientes con necesidades paliativas en un servicio de medicina interna. *Medicina Paliativa*. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1117/2019>
- Atena, D. I. (2022). The level of knowledge about palliative care in Iranian patients with cancer. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00920-9>.
- Araujo, M., Da Silva, D., & Wilson, A. (2023). Nursing interventions in palliative care in the intensive care unit: A systematic review. *Enfermería Intensiva (English Ed )*, 34(3), 156-172. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2023.08.008>
- Arli, S. K. (2022). The Association Between Nurses' Knowledge About Palliative Care and Their Life Satisfaction. *Jundishapur Journal Of Chronic Disease Care*, 11(2). <https://doi.org/10.5812/jjcdc-122131>
- Ayala, M.Y., & Moyano, W. (2025). Conocimiento de los estudiantes de enfermería sobre los fundamentos de los cuidados paliativos. *Revista InveCom*, 5(2). <https://doi.org/10.5281/zenodo.13871706>
- Berendt, J., Brunner, S., Heckel, M. et al. (2024). Symptom burden and relief in palliative care units of German Comprehensive Cancer Center and other hospitals. *J Cancer Res Clin Oncol* 150, 160. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-05557-6>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). Ley General de Salud. (Última reforma: 07 de junio de 2024). Título Octavo Bis.
- Canizal-Oñate, J. L., Tovar-Rodríguez, D., León-Armas, N., Martínez-Díaz, G., López-Zamora, B., Cruz-Domínguez, M. D. P., Arrucha-Cozaya, M., Vera-Lastra, O. L., & Medina-García, G. (2024). Incidencia de enfermedad crónica avanzada, necesidad de cuidados paliativos y mortalidad intrahospitalaria. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 62(2), 1–7. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10711920>
- Canteli, S. P., & Martínez, J. M. (2019). Los internistas y la muerte en el hospital. *Revista Clínica Española*, 219(3), 145-146. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.01.002>

- Cervantes, E. A., et al. (2024). Conocimientos de cuidados paliativos en personal de salud del hospital general de zona 2 con medicina familiar en salina cruz oaxaca en el periodo 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(6), 582-611. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i6.14706](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.14706)
- Chapman, E. J., Paley, C. A., Pini, S., Ziegler, L. E., et al. (2024). *Updating a conceptual model of effective symptom management in palliative care to include patient and carer perspective: a qualitative study*. *BMC Palliative Care*, 23(208). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01544-x>
- Covarrubias, A. (2023). *Cincuenta años del Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del INCMNSZ*. Recuperado de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0484-79032023000200116&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0484-79032023000200116&script=sci_arttext)
- Covarrubias-Gómez, A. O.-L.-E.-P.-D.-C. (2019). Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. *Deleted Journal*, 42(2), 122-128.
- Cruz, I. O., Rocha, C., & Oliveira, H. M. (2022). Palliative care in heart failure. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 41(5), 409-413. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2021.03.017>
- De la Cruz Romero, D. M.-G.-G.-G. (2017). Correlación de conocimientos y práctica de los cuidados paliativos en el adulto mayor en fase terminal de un hospital de 2do nivel. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 6(11). <https://doi.org/10.29057/icsa.v6i11.2695>.
- Escudero, J. G. (2021). Cuidados paliativos: conceptos básicos. . *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(2), 14-18. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.212>.
- Fadaei, S., Forouzi, M. A., Miyashita, M., Faleh, A. J., & Dehghan, M. (2024). Palliative care knowledge and self-efficacy: a comparative study between intensive care units and general units nurses. *BMC Palliative Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01580-7>
- Fiscal, L. M., Ospina Muñoz, P., Vargas-Escobar, L. M., & Rincon Buenhombre, M. C. (2023). Necesidades de cuidado paliativo del paciente con falla cardiaca: un estudio mixto. *Revista Cuidarte*, 14(1), e2539. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2539>
- Flores, J. M. (2017). Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud. *Revista CONAMED*, 22(4), 170-173. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6436675.pdf>.

Frías, Y. A., Sánchez, P. L., Ruiz, N. C., Garralaga, M. A., & Polo, E. G. (2023). Cuidados paliativos. Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 4, Nº. 1.

García, P. (2021). Cuidados paliativos, su importancia y falta de diseminación en el pregrado de medicina. *Salud Pública de México*, 63(6, Nov-Dic), 827-828. <https://doi.org/10.21149/13127>

García, P., et al. (2023). Conocimiento de los estudiantes de medicina sobre los cuidados paliativos. *Medicina Paliativa.*, <https://doi.org/10.20986/medpal.2023.1323/2022>.

García-Peña, C., Gutiérrez-Robledo, L. M., García-Chanes, R. E., López-Ortega, M., & Sosa-Tinoco, E. (2024). Sistema nacional de cuidados para personas mayores. *Salud Pública de México*, 66(4), 598–605. <https://doi.org/10.21149/16204>

González, C. M. (2012). Cuidados paliativos en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(03), 173-179.

Gómez, C. (2023). Perspectiva bioética de la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes al final de la vida. *eGlobal*. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412023000300019&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412023000300019&script=sci_arttext)

Grupo de trabajo sobre Cuidados Paliativos. (2017). *Guía de Evidencias y Recomendaciones: Cuidados Paliativos en Pacientes Adultos*. Guía de Práctica Clínica. México: IMSS; 2017. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Guillermo, A. I. H., Aguilar, M. J., & Martínez-Alarcón, L. (2020). Nivel de conocimientos en cuidados paliativos de las enfermeras; un estudio descriptivo en el Área de Salud VII de la Región de Murcia. *Medicina Paliativa*. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1127/2019>

Hamdan, N. Y. (2023). Primary Care Physicians' Knowledge and Attitudes Regarding Palliative Care in Northeast Malaysia. *Healthcare*, 11(4), 550. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040550>.

Hao, Y., Zhan, L., Huang, M., Cui, X., Zhou, Y., & Xu, E. (2021). Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. *BMC Palliative Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00738-x>

Hedman, C., Fürst, P., Strang, P. et al. (2024). Pain prevalence and pain relief in end-of-life care – a national registry study. *BMC Palliat Care* 23, 171. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01497-1>

Hernández M. L.-G. (2016). Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 87-90.

Hospice UK. (2023). *You matter because you are you: The story of modern hospice care*. <https://www.hospiceuk.org/latest-from-hospice-uk/you-matter-because-you-are-you-story-modern-hospice-care>

Ioshimoto, T. S. (2020). Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine. *BMC Medical Education*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02253-8>.

Jiménez, et al. (2022). Conocimientos en cuidados paliativos entre las enfermeras de un hospital de segundo nivel en España. *Enfermería Oncológica*, 24(1). <https://doi.org/10.37395.SSEO.2022.19>

Khatib, S. E. (2022). Nurses' knowledge about palliative care services in North Lebanon. *International Journal Of Palliative Nursing*, 28(10), 474-481. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.10.474>.

Kumar, S. S. (2012). Study of nurses' knowledge about palliative care: A quantitative cross-sectional survey. *Indian Journal Of Palliative Care* , 18(2), 122.

Lantz, P. M. (2023). The perils of medicalization for population health and equity. *The Lancet Public Health*, 8(1), e14–e15. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00279-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00279-4)

Lojo-Cruz, C., & Mora-Delgado, J. (2025). Sedación paliativa. *Medicina Clínica*, 164(11), 106937. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2025.106937>

Liu, Y.-J., Wu, L.-P., Wang, H., Han, Q., Wang, S.-N., Zhang, J. (2023). The clinical effect evaluation of multidisciplinary collaborative team combined with palliative care model in patients with terminal cancer: a randomized controlled study. *BMC Palliative Care*, 22(71). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01192-7>

Martín et al. (2021). Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(9), 5031. <https://doi.org/10.3390/ijerph18095031>.

- Martínez, M. L. C. (2023). The medicalization of life: An interdisciplinary approach. *Sociology of Health & Illness*, 45(5), 1024–1040. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13577>
- Medina, L. E. (2012). Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 109-114.
- Mollman, S., Gierach, M., & Sedlacek, A. (2023). Palliative Care Knowledge Following an Interdisciplinary Palliative Care Seminar. *American Journal Of Hospice And Palliative Medicine*®, 41(5), 501-507. <https://doi.org/10.1177/10499091231184623>
- Montero, C. J. (2023). Nivel de Conocimiento Sobre Cuidados Paliativos del Personal de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel. *European Scientific Journal ESJ*, 2. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.2.2023p234>.
- Nakazawa, Y. M. (2009). The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative Medicine*, 23(8), 754-766. <https://doi.org/10.1177/0269216309106871>.
- Ortega-D. et al. (2019). Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México. *Revista Colombiana de Enfermería*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2368>.
- Paz-Pitto, G. N., et al. (2024). Cuidados paliativos: desafíos y oportunidades. *Revista Mexicana de Neurología*. 84(3). <https://doi.org/10.48193/0cm71j66>.
- Pedrerros, D. E. T., & Rojas, R. E. (2021). Factors associated with the level of knowledge about palliative care in medical students at a university in Lima, Peru. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(3), 578-586. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i3.3768>
- Peña, E., Diaz, J. S., Avila, L. R., Pérez, R., & Bernal, L. I. (2022). Ansiedad y nivel de conocimiento en cuidados paliativos en estudiantes de Guerrero. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(1), 57-70. <https://doi.org/10.22463/17949831.3093>
- Pinedo-Torres, I., Intimayta-Escalante, C., Jara-Cuadros, D., Yañez-Camacho, W., Zegarra-Lizana, P., & Saire-Huamán, R. (2021). Asociación entre la necesidad de cuidados paliativos y enfermedades crónicas en pacientes atendidos en un hospital peruano. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 38(4), 569–576. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9288>.

Pruthi, M. B. (2022). The Palliative Care Knowledge Questionnaire-Basic (PCKQ-B): Development and Validation of a Tool to Measure Knowledge of Health Professionals about Palliative Care in India. *Indian Journal Of Palliative Care*, 180-191. [https://doi.org/10.25259/ijpc\\_80\\_2021](https://doi.org/10.25259/ijpc_80_2021).

Radbruch, L. D. (2020). Redefining Palliative Care—A new Consensus-Based Definition. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.

Redondo, E., Ibáñez C., Cruzado JA. (2023). Psychological well-being in palliative care: A systematic review. *Omega (Westport)*. 87(2):377-400. doi: 10.1177/00302228211019203.

Rosa, W. E., Connor, S., Aggarwal, G., Alsirafy, S., Brennan, J., Davies, H., Downing, J., Ferrell, B., Harding, R., Knaul, F. M., Luyirika, E. B. K., Marroquín, M. M., Marston, J., Radbruch, L., Rajagopal, M. R., Sallnow, L., & Krakauer, E. L. (2025). Relieve the suffering: palliative care for the next decade. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(25\)00678-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(25)00678-6)

Rudilla, D., Soto, A., Pérez, M. A., Galiana, L., Fombuena, M., Oliver, A., & Barreto, P. (2018). Intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa*, 25(3), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.004>

Sánchez-Holgado, J. G.-G.-C. (2014). Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 42(1), 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.10.013>.

Sandoval, L. P. P., Mahecha, A. L. O., Sarmiento, N. S. C., Reina, N. C., Colmenares, C., & Vargas-Escobar, L. M. (2023). Creencias-prácticas culturales de pacientes con cuidados paliativos domiciliarios, desde la teoría Leininger. *Revista CUIDARTE*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2729>

Secretaría de Salud. (2014, 9 de diciembre). *Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014)

Sesma, A., & García, I. (2022). Conocimientos de las enfermeras acerca de los cuidados paliativos. *Medicina Familiar SEMERGEN*, 48(1), 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.06.002>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2023). *Cuidados paliativos: Definición y objetivos*. <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2023/07/decalogo-defensa-y-desarrollo-cuidados-paliativos.pdf>

Velasquez-Manrique, A. B.-L.-R.-I.-A.-R. (2023). Identification of palliative care requirement in hospital inpatients in internal medicine services in a peruvian reference hospital. . revista de la Facultad de Medicina Humana, 23(1), 52-60. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i3.4621>.

Vidal, A. V., Ayora, A. F., Esteller, J. B., Yañez, Z. F., Tena, S. E., & Medina, P. S. (2020). Adquisición de conocimientos en cuidados paliativos mediante un plan de estudios transversal en enfermería. Enfermería Global, 19(3), 322-344. <https://doi.org/10.6018/eglobal.402691>

Vu, H. T. (2019). Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. . International Journal Of Environmental Research And Public Health, 16(15), 2656. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152656>.

Wei, L., Xu, Z., Chen, Y., & Gao, Y. (2025). Awareness and Attitude Toward Hospice and Palliative Care Among Healthcare Professionals in a Tertiary Hospital in China. PubMed, 35(1), 60-68. <https://doi.org/10.5152/pcp.2025.24924>

Yanez, K. P. T., & Torres, N. A. C. (2023). Perception and level of knowledge in nursing students about palliative care. Salud Ciencia y Tecnología, 3, 305. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023305>

Zambrano, D. E. (2023). Integración de Cuidados Paliativos en Medicina Interna: Mejoras en la Calidad de Vida y Manejo Integral del Paciente. Tesla Revista Científica,, 3(2), e271. <https://doi.org/10.55204/trc.v3i2.e271>.

Zeru, T., Berihu, H., Gerensea, H., Teklay, G., Teklu, T., Gebrehiwot, H., & Wubayu, T. (2020). Assessment of knowledge and attitude towards palliative care and associated factors among nurses working in selected Tigray hospitals, northern Ethiopia: a cross-sectional study. Pan African Medical Journal, 35. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.121.17820>

## ANEXOS

**Edad:** \_\_\_\_\_ años **Sexo:**  Masculino  Femenino

**Estado civil:**  Soltero (a)  Casado (a)  Unión libre  Viudo (a)  Divorciado (a)

**Escolaridad:**  Bachillerato  Carrera técnica  Licenciatura  Maestría  
 Especialidad ¿Cuál? \_\_\_\_\_ (en caso de ser residente colocar en que año de residencia)  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Años de experiencia:** \_\_\_\_\_ años  Menos de 1 año

Selecciona solo una:

<b>Área donde ha laborado más años:</b> <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Quirófano <input type="checkbox"/> Cuidados intensivos <input type="checkbox"/> Piso de cirugía <input type="checkbox"/> Piso de Medicina Interna <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Área en donde labora actualmente:</b> <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Quirófano <input type="checkbox"/> Cuidados intensivos <input type="checkbox"/> Piso de cirugía <input type="checkbox"/> Piso de Medicina Interna <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Contesta Falso o Verdadero de acuerdo a la pregunta planteada.

Preguntas	Tacha con una X	
1. Los cuidados paliativos deberían ser proporcionados únicamente a los pacientes que no tienen tratamiento curativo disponible.	F	V
2. Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico.	F	V
3. Uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno.	F	V
4. Cuando el dolor por cáncer es leve debería utilizarse la pentazocina con más frecuencia que un opiode.	F	V
5. Cuando los opioides se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINES's.	F	V
6. El efecto de los opioides disminuye cuando se utilizan conjuntamente con buprenorfina.	F	V
7. El uso prolongado de opioides frecuentemente produce adicción.	F	V
8. El uso de opioides no altera el tiempo de supervivencia.	F	V
9. La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer.	F	V
10. Cuando los opioides se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria.	F	V
11. Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea.	F	V
12. Los fármacos anticolinérgicos son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal.	F	V
13. Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico disminuye el malestar del paciente.	F	V
14. Las benzodiazepinas son eficaces para controlar el delirium.	F	V
15. Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento.	F	V
16. En pacientes con cáncer terminal la morfina es con frecuencia una de las causas de delirium.	F	V
17. En las fases finales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en comparación con las fases iniciales.	F	V
18. No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica.	F	V
19. Los esteroides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	F	V
20. La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes en fase terminal.	F	V

### Consentimiento informado.

Fecha:

**Título del proyecto:** Nivel de conocimiento en cuidados paliativos del personal de salud en el Hospital General ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio", abril 2025.

**Objetivo:** Determinar el conocimiento del personal de salud en cuidados paliativos en el Hospital General ISSSTE Pachuca "Dra. Columba Rivera Osorio"

**Descripción del estudio:** En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán las siguientes aplicaciones:

- Información de características sociodemográficas y datos relacionados a la vida laboral del participante.
- Cuestionario PCKT (Palliative care knowledge test for nurses and physicians) validado en castellano.

Si durante el transcurso de la aplicación de este cuestionario alguna pregunta para usted resultara incómoda, usted puede decidir no contestar o no realizarla. Su participación en este estudio de ninguna manera sustituye ni condiciona su actividad laboral. Todos sus datos serán manejados de manera confidencial bajo los términos del aviso de privacidad anexo.

- He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
- He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos
- Por ello, mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

La información obtenida en este estudio en especial la referente a mis datos personales, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores y resguardada en la Institución.

Acepto participar:  
Sí (    )                      No (    )

---

**Nombre y firma del participante y/o de la  
persona responsable o tutor**

En caso de dudas o aclaraciones referente al estudio comunicarse con el investigador responsable:

**VICTOR EMIGDIO MARTINEZ NIETO**

Correo electrónico: [drvictormartznieto@gmail.com](mailto:drvictormartznieto@gmail.com)

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	OCT 24	NOV 24	DIC 24	ENE 25	FEB 25	MAR 25	ABR 25	MAY 25	JUN 25	JUL 25	AGO 25	SEP 25	OCT 25
REVISION BIBLIOGRAFICA		X	X	X									
ELABORACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION				X	X	X	X	X	X				
PRESENTACION DEL PROTOCOLO AL COMITÉ DE ETICA									X	X	X		
MODIFICACIONES DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION											X	X	X
ENTREGA DE TESIS													X