



REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMERÍA



"Para integrar y avanzar
vamos juntos"
Gestión 2021 - 2024

Vol. 13 N° 01 - 2024 / ISSN Electrónica 2071 - 595 X / ISSN
impresa 2071 -5080

Av. Gral. Sta. Cruz 560, Jesús María 15072
www.cep.org.pe



20
24

Diseño de Portada: Renzo Yalli Galvez

latindex
catálogo 2.0

RECIEN

REVISTA CIENTÍFICA

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ

LIMA, PERÚ 2024

ISSN electrónica 2071-596X
ISSN impresa 2071-5080
Edición Vol. 13 Núm. 1 (2024)

RECIEN es una revista científica fundada en agosto del 2008 es el órgano oficial de difusión científica del Consejo Nacional de Enfermeros del Perú y tiene como misión difundir conocimientos científicos y técnicos relacionados con la salud y enfermería, que contribuyan al desarrollo de la profesión y mejoren la situación de salud del país, región y sociedad en general. Su periodicidad es semestral y los trabajos presentados a la revista son analizados por el Comité Editorial y sometidos a un proceso de revisión por pares, realizado por revisores reconocidos a nivel nacional e internacional, se distribuye a los miembros asociados, profesionales de las ciencias de la salud y otras disciplinas.

Servicios de información.

RECIEN está incluida en el directorio del Sistema Regional de Información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex 2.0)

Lugar de edición: Lima

Entidad editora: Colegio de Enfermeros del Perú.

Página web: <https://revista.cep.org.pe>

Publicación: Única

Diseño y diagramación Web: Yalli Gálvez, Renzo Franco.

Diseño de portada: Yalli Gálvez, Renzo Franco.

Los trabajos publicados son de responsabilidad exclusiva del autor.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta revista, por cualquier medio, sin permiso expreso de la Dirección de la revista.

Para los asuntos relacionados con la revista comunicarse con la Directora al e-mail:

revistacientifica@cep.org.pe

ORGANIZACIÓN

DIRECTORA

Dra. Josefa Edith Vásquez Cevallos
Colegio de Enfermeros del Perú

EDITORA GENERAL

Dra. Rocío Yvonne Taboada Pilco
Colegio de Enfermeros del Perú

EDITORA CIENTÍFICA

Dra. Liliana Rodríguez Saavedra
Colegio de Enfermeros del Perú

COMITÉ EDITOR

PhD. Jonathan Adrián Zegarra Valdivia
España.

Dra. Carol Nathali Flores Fernández.
Inglaterra.

Dra. Christian Paulina Mendoza Torres
Universidad de Celaya, México.

Dra. Magaly Rodríguez Saavedra
Universidad Autónoma Madrid, España.

Dr. José Manuel Palacios Sánchez
Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.

Dra. María del Pilar Gómez Lujan
Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Dr. Walter Edgar Gómez González
Universidad Norbert Wiener, Perú.

PARES REVISORES

Dra. Teresa Lupe Montero Blas
Ministerio de Salud, Perú.

Dra. Magali Chun Hoyos
Hospital de Chancay, Perú.

Mg. Luz María Cruz Pardo
Universidad César Vallejo, Perú.

Mg. Doris Velásquez Carranza
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

Mg. Guillermina Valdivia Arce
Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Perú.

Mg. Elga Giovanna Sarmiento Bedoya
Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú.

MG. Johana Vanessa Collantes Zapata
Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Perú.

Mg. Zoila Paola Becerra Castillo
Universidad de San Martín de Porres, Perú.

Mg. Margarita Gamboa Urbina
Hospital Militar Central del Perú.

ÍNDICE

Editorial

Importancia de la investigación en enfermería
(Pág. 8).

Comunicación Corta

Comunicación en salud: piedra angular para la promoción de salud en atención primaria de salud
(Pág. 9 - 17).

Artículo 1 (Original)

Percepción del rol del profesional de enfermería y nivel de ansiedad en familiares de pacientes de la uci (Pág. 18 - 31).

Artículo 2 (Original)

Regresión logística binaria en factores asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis, lima 2023 (Pág. 32 - 43).

Artículo 3 (Revisión)

Cuidado humanizado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo neonatal
(pág. 44 - 56).

Artículo 4 (Revisión)

Condiciones de trabajo en el cuidado enfermero
(pág. 57 - 67).

Artículo 5 (Original)

Infodemia y desinformación en la lucha contra el covid-19 en los estudiantes de la universidad nacional de Cajamarca filial jaén (pág. 68 - 78).

Artículo 6 (Original)

Barreras de acceso y cumplimiento del esquema de vacunación infantil en comunidades vulnerables del Perú (pág. 79 - 91).

Artículo 7 (Original)

Opiniones de estudiantes de enfermería, acerca del apoyo emocional/psicológico brindado a pacientes en etapa preoperatoria (pág. 92 - 101).

Artículo 8 (Original)

Síndrome de burnout y clima organizacional en el profesional de enfermería en un servicio de hospitalización covid-19 de un hospital de lima (pág. 102 - 119).

Artículo 9 (Original)

Evaluación del impacto de videojuegos como herramienta de aprendizaje en estudiantes de enfermería: un enfoque hacia la mejora de habilidades clínicas (Pág. 120 - 135).

Artículo 10 (Original)

Factores sociodemográficos y actitudes de enfermeras en el cuidado de pacientes covid-19, en un hospital rural (Pág. 136 - 152).

Carta del Editor

Desarrollo del pensamiento crítico: una necesidad educativa en enfermería (Pág. 153 - 154).

Sistema de Arbitraje:

Con el propósito de garantizar la calidad de las publicaciones, la Revista Científica RECIEN, presenta su sistema de arbitraje:

- 1.-** La convocatoria se publicará en la página web de la revista y en diferentes portales de difusión internacional. La recepción de las investigaciones y que no estén postulando para otra publicación simultáneamente se realizará a través del correo electrónico revistacientifica@cep.org.pe Los autores recibirán un aviso confirmando la correcta recepción del envío.
- 2.-** A partir de la fecha del cierre del período de recepción de artículos, los documentos presentados se someterán a una primera criba por parte del Comité Editorial (CE), que leerá el artículo y realizará sugerencias, si es necesario, principalmente de tipo ortográfico. La evaluación se basará en los criterios cualitativos y formales que aparecen en las Instrucciones a los Autores, disponibles en la página web de la revista. El CE dispondrá de un periodo de entre 10 y 15 días para realizar esta actividad.
- 3.-** Una vez corregido por el CE, los artículos serán sometidos a pares revisores.
- 4.-** Cuando el autor haya introducido las modificaciones sugeridas por el CE (dispondrá de un plazo de 04 días), el artículo será evaluado por un miembro del Comité Científico (CC) y/o por un par revisor a la entidad editora cuando sea necesario.
- 5.-** Se enviará a los autores las sugerencias de los evaluadores. Si quedan correcciones pendientes, la publicación del artículo siempre estará sujeta a cambio (el autor dispondrá de 10 días más para introducir posibles cambios).
- 6.-** El Comité Editorial se reserva la posibilidad de volver a mandar el artículo, una vez corregido, a los evaluadores para que confirmen su aceptación final o para que sugiera nuevas rectificaciones (04 días). Finalmente, se comunicará al autor la decisión sobre la publicación del artículo.

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA

Rocío Taboada Pilco¹

Bienvenidos a la primera edición del 2024 de la Revista Científica de Enfermería-RECIEN, un espacio dedicado a la difusión de conocimientos, investigaciones y descubrimientos que impulsan la evolución y excelencia en el campo de la enfermería.

Publicar estudios en enfermería no solo es un acto de compartir descubrimientos, es un compromiso con la mejora continua del cuidado de la salud. La difusión de investigaciones en esta disciplina es fundamental para su avance y crecimiento. Cada estudio publicado ofrece una oportunidad invaluable para compartir hallazgos y metodologías, lo que enriquece el conocimiento colectivo y fomenta la colaboración entre profesionales de enfermería.

La importancia de publicar investigaciones en enfermería radica en su capacidad para transformar la práctica clínica y contribuir al cuerpo de conocimientos de la disciplina. Cada estudio, ya sea pequeño o grande, añade una pieza al rompecabezas, permitiendo un entendimiento más completo de los desafíos y oportunidades que enfrentan los profesionales de la salud en la actualidad.

La publicación de estudios de enfermería no solo valida el arduo trabajo y la dedicación de los investigadores, sino que también permite que otros profesionales se beneficien de esos conocimientos. Cada artículo publicado es una contribución valiosa al progreso continuo de la enfermería como ciencia y arte.

Invitamos a todos los profesionales de enfermería a unirse a este esfuerzo colectivo para compartir conocimientos y desafiar las fronteras existentes. Juntos podemos avanzar hacia el futuro en el que la excelencia de la práctica de enfermería sea el estándar, y donde la publicación de estudios siga siendo un pilar fundamental en la búsqueda de la mejora continua.

Citar como:

Taboada-Pilco R.
Importancia de la
investigación en
enfermería. Editorial.
Rev. Recien. 2023; 12(3)

Correspondencia:
Taboada Pilco Rocío
rtaboada@unitru.edu.pe

Recibido: 06/12/2023
Aprobado: 12/12/2023
En línea:

¹Doctora en Gestión y Ciencias de la Educación. Magister en Salud Pública. Editora General de Recien. https://orcid.org/0000_0003_0226_9735

COMUNICACIÓN EN SALUD: PIEDRA ANGULAR PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
HEALTH COMMUNICATION: CORNERSTONE FOR HEALTH PROMOTION IN PRIMARY HEALTH CARE

Niurbis Palma Riverí¹ <https://orcid.org/0000-0001-9450-9566>

Isnaydis Figuerola Briso¹ <https://orcid.org/0000-0003-4959-6995>

Yordanis Arias Barthelemi¹ <https://orcid.org/0000-0003-4178-7121>

Eliecer Briso González² <https://orcid.org/0000-0003-0524-2781>

Citar como:

Palma N, Figuerola I, Arias Y, Briso E. Comunicación en salud: piedra angular para la promoción de salud en atención primaria de salud. Rev. Recien. 2024; 13(1)

Correspondencia:

Niurbis Palma Riverí. Licenciada en Estudios Sociocultural, especialista en promoción para la salud. Profesora universitaria.
niurbisriveri@gmail.com

Recibido: 12 /12/2023

Aprobado: 22/01/2024

En línea:

Resumen

La comunicación en el sector salud es entendida como una estrategia clave para informar al cliente sobre este proceso. Es un paso vital para el desarrollo de conocimientos, comprensión y habilidades en post del desarrollo humano, lo que permite a las personas llevar a cabo cambios sostenibles tanto en las condiciones que afectan su salud como en sus propios comportamientos, a partir de la identificación de aspectos generales de la comunicación que responden a su actividad esencial en el desarrollo de la percepción de riesgo en las comunidades, como herramienta básica para las acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Para lograrlo, se requiere del desarrollo de oportunas, eficientes y eficaces estrategias de comunicación, lideradas por profesionales del sector salud con una preparación que le permita utilizar adecuadamente los medios de comunicación a su alcance o integrarse adecuadamente en equipos multidisciplinario.

Palabras clave: Comunicación en salud, promoción de salud, atención primaria de salud.

¹- Dirección municipal de salud en Songo-La Maya. Avenida José Martí S/N. Código postal 94500. Provincia Santiago de Cuba. Cuba

²- Universidad de Oriente. Avenida Patricio Lumumba s/n. Código postal 90500. Ciudad Santiago de Cuba. Cuba

Summary:

Communication in the health sector is understood as a key strategy to inform the client about this process. It is a vital step for the development of knowledge, understanding and skills in post-human development, which allows people to carry out sustainable changes both in the conditions that affect their health and in their own behaviors, based on the identification of general aspects of communication that respond to its essential activity in the development of risk perception in communities, as a basic tool for disease prevention and health promotion actions. To achieve this, the development of timely, efficient, and effective communication strategies is required, led by professionals in the health sector with a preparation that allows them to adequately use the means of communication at their disposal or to integrate adequately in multidisciplinary teams.

Key words: Health communication, health promotion, primary health care.

1. Introducción

La comunicación en el sector salud

La comunicación (1-3) dentro del sector salud, es una herramienta útil a disposición de los profesionales de la salud para lograr que los individuos y sus comunidades sean aún más resilientes. La comunicación tiene que servir en ese sentido para empoderar a los individuos y sus comunidades de modo que puedan asumir con propiedad el control sobre su salud (4-7). No podemos exigirles a los individuos una responsabilidad respecto a su salud si no se les comunican sobre los riesgos que existen en su medioambiente y sus hábitos de vida.

La comunicación se podría definir como el arte y las técnicas para informar, influir y motivar al público sobre diferentes temas de salud relevantes desde la perspectiva individual, comunitaria e institucional; englobaría la prevención de enfermedades (8-12), las políticas de salud y la mejora de la calidad de vida (13) de las personas dentro de su comunidad.

La Organización Mundial de la Salud en su documento «Marco estratégico de la Organización Mundial de la Salud para las comunicaciones eficaces», reconoce que la comunicación efectiva, integrada y coordinada es esencial para llevar a cabo el objetivo de construir un futuro mejor y más saludable para las personas en todo el mundo. Los seis atributos, o principios básicos que esta organización estableció para la adecuada comunicación fueron: accesible, factible, creíble, fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender.

La comunicación debe ser nuestra aliada para darle un contenido de transformación que aporte al perfeccionamiento del Sistema de Salud en una

comunidad determinada. En otros contextos debe servir de base para forjar alianzas intersectoriales que posicionen a salud en todas las políticas, como un ingrediente fundamental para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (14). En Cuba, la voluntad política de priorizar los servicios de salud está ganada y la dirección de su gobierno lo viene demostrando desde el inicio de la construcción del Sistema Nacional de Salud como se conoce hoy día. De lo que se trata ahora es de asegurar que las poblaciones perciban una acción intersectorial que les permitan ejercer su derecho a la salud, asegurando una respuesta socialmente organizada, contextualizada y adaptada a sus necesidades epidemiológicas, físicas, sociales y psicológicas.

A través de la comunicación y la realización de acciones de promoción en las comunidades sobre los riesgos para la salud (15), se constituye esta herramienta importante para prevenir o modificar actitudes inapropiadas que a menudo motivan las problemáticas que afectan la calidad de vida de la población. La percepción pública de la magnitud o importancia del riesgo; a menudo, es diferente a la evidencia científica. Por tanto, el objetivo de la comunicación dentro del sector salud debe ser algo más que transmitir datos científicos, se trata de conseguir que la población comprenda plenamente el riesgo, y que pueda tomar decisiones informadas en condiciones de peligro o incertidumbre. El objetivo general del presente trabajo es visualizar la promoción de salud como piedra angular en la Atención Primaria de Salud.

La Declaración de Alma Atá en Ginebra (16), subrayó que todo el mundo debería tener acceso a la Atención Primaria de Salud y participar en ella. Los conceptos, premisas, propósitos y estrategias de promoción no son tan recientes, en la actualidad comprende una amplia dimensión social para vigorizar el quehacer de la salud pública y movilizar a la sociedad, creando ambientes favorables y entornos positivos que faciliten la participación social y la construcción de comunidades para el desarrollo de estilos de vida saludables.

La Carta de Ottawa (17) identificó cinco estrategias para la promoción, abordó elementos claves referentes a políticas públicas sanas y a un ambiente favorable a la salud, e hizo hincapié a la importancia de que las personas, las comunidades y las distintas organizaciones se involucren en los problemas, para impulsar la cultura de la salud (18) y facilitar opciones saludables, creando ambientes sanos, como una necesidad personal y social visto como un proceso de construcción social.

En 1986 como estrategias para la promoción La Carta de Ottawa contempló las siguientes áreas: establecer una política pública favorable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios.

La Declaración de Yakarta (19) confirmó que las estrategias planeadas en Ottawa son áreas de acción especial para todos los países, además existe una clara evidencia de que los que utilizan combinaciones de estas estrategias, son más eficaces que los enfoques de una sola vía.

La comunicación en el proceso de promoción para la salud

La Organización Panamericana de la Salud define la promoción para la salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva de la población en el contexto de su vida cotidiana, por lo tanto, la Promoción de Salud no es de dominio exclusivo del sector de la salud.

La promoción de salud (20) es un proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud, mejorarla y adoptar un estilo de vida sano alcanzando un estado de completo bienestar físico, mental y social. Esta es una importante estrategia de la Salud Pública para mantener y lograr elementos positivos en la vida de las personas y de los pueblos en general, pero ello depende no solo de la persona y de su estilo de vida, sino también, de los recursos que aporte el estado a la Salud Pública en el país, o sea del modo de vida. Es importante relacionar el Modo de Vida (21) con la voluntad política en función de la salud para el pueblo, el papel de otros sectores en el aporte al bienestar de la población (Intersectorialidad), la participación de las masas en la búsqueda del bienestar para todos (participación comunitaria), el papel que juegan los profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) como principales promotores (médicos, enfermeras, profesores, psicólogos etc.), la cultura, tradiciones, costumbres de los pueblos, unido a las características de las familias.

El Estilo De Vida sin embargo se refiere a las acciones que la persona realiza por su propio bienestar individual e incluye como principales los hábitos higiénicos y alimentarios de la persona, la cultura general, el nivel educacional alcanzado, la actividad física sistemática, es decir, la práctica de ejercicios físicos, la recreación y la utilización adecuada del tiempo libre, entre otros.

La Promoción de Salud tiene una visión positiva hacia la calidad de vida de las poblaciones en el mundo, pero orienta a los pueblos con dificultades a superarlas y de igual forma, a la persona, pues a pesar de orientar su trabajo fundamentalmente al personal que se encuentra supuestamente sana, para evitar un riesgo o una dolencia y que continúe siendo sano por siempre, orienta también a los grupos de riesgo y enfermos, incluso a los discapacitados a luchar por eliminar los factores que puedan descompensarlos y que afronten un futuro con la mayor calidad de vida posible, así se trate de un paciente de cuidados paliativos y ayudarlo a aliviar sus dolencias. En las comunidades debe ser dinámica, sistemática, requiere de múltiples esfuerzos para lograr resultados positivos y alentadores en el momento deseado, aunque algunos se obtienen a largo plazo. Dentro de las principales herramientas a utilizar por parte de los profesionales de la salud están: la comunicación, la educación y la participación comunitaria.

Lo intersectorial

Es importante la atención al trabajo comunitario, sobre todo como acción de alcance estratégico. En ella el peso fundamental debe recaer en la labor

del estado, desarrollando su función especial de vínculo y de participación en la conducción del desarrollo social, que aglutinen a los diferentes actores para la ampliación gradual de la base popular de este proceso, condición necesaria para un movimiento estable y progresivo que avance hacia el autogobierno social.

En Cuba, la comunidad tiene un importante papel como escenario de la participación popular, la que entendida en su sentido más integral es la intervención activa de la población y los actores sociales en todo el proceso social, desde la identificación de los problemas, necesidades, definición, formular políticas, ejecutarlas y controlar el desarrollo de las actividades en torno a dichas políticas, hasta llegar a la solución del problema.

El trabajo de promoción para la salud está centrado en el desarrollo humano, aspectos diferentes y novedosos para los trabajadores de la salud y tiene un enfoque poblacional, ve con la gente, vive con la gente, aprende de ellas, hace planes con las mismas, contribuye con lo que la gente hace y las acciones van dirigidas a la sociedad, logrando una participación comunitaria y haciéndolos partícipes en la solución de sus propios problemas. En este aspecto, las organizaciones políticas y de masas, las brigadistas sanitarias y los dirigentes administrativos en la comunidad juegan un papel importante en las tareas orientadas hacia la salud, en la movilización de personas, campañas de vacunación masivas, charlas a las mujeres sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino, la importancia del autoexamen de mama, apoyo a la campaña antivectorial, movilización para

donaciones de sangre y en otros problemas en los cuales deben involucrarse otros sectores que también son importantes para la solución de los problemas y la búsqueda de alternativas para la salud, por ejemplo: la integración del Instituto Nacional del Deporte y Recreación Física en la sociedad, propicia que la comunidad pueda disponer de profesores de cultura física en círculos de abuelos y que se habiliten locales para la práctica sistemática de juegos pasivos y otros ejercicios en la comunidad. El Ministerio de la Agricultura con sus producciones contribuye al suministro de vegetales, frutas y cultivos varios a instituciones escolares, círculos infantiles y centros internos; que sirven para mantener una dieta adecuada y balanceada para la población y de vital importancia para una buena nutrición a gestantes y niños, con previa coordinación con los dirigentes administrativos y del equipo básico de salud de la comunidad donde se encuentran enclavadas las Formas Productivas o unidades agrícolas.

Los **PRINCIPIOS DE LA PROMOCIÓN** se basan en influir sobre las determinantes en salud, combina métodos o enfoques distintos pero complementarios, se ocupa más de la vida cotidiana que de la que está en riesgo, depende de la participación activa de la población, los profesionales de la salud son vitales para su defensa y facilitadores de esta, afronta desigualdades para garantizar condiciones de vida digna, se sustenta sobre principios éticos. También tiene en cuenta tradiciones culturales y procesos que han forjado diferentes nacionalidades.

Dentro de las prioridades se encuentran en primer lugar la promoción de la responsabilidad social, el

incremento de las inversiones en el campo de la salud, ampliar las capacidades de las comunidades y empoderar a las personas que allí viven y a la vez consolidar las acciones gubernamentales en post de la Salud Pública.

El gobierno cubano es un ejemplo de desarrollo para el pueblo y con el pueblo, promocionando los servicios en salud y la educación como armas verdaderas para su progreso y desarrollo. Las mismas están dirigidas a: mejorar la salud del escolar, de los adolescentes y del trabajador; fomentar la cultura física, la sexualidad y la salud ambiental.

La salud escolar es la rama de la higiene y la epidemiología responsabilizada con la promoción y protección de la salud del educando y los trabajadores de la enseñanza; así como, del control higiénico de los locales donde éstos desarrollan sus actividades. Está insertada en la salud ambiental; y se plantea que los países deben elaborar los programas de salud escolar de forma conjunta y que estos una vez elaborados se pueden ejecutar.

La salud del trabajador recae en la organización y el ambiente del trabajo; así como, las condiciones técnicas laborales repercuten en el desempeño del trabajador, la salud y la satisfacción con el empleo.

La nutrición como ciencia que estudia los alimentos, nutrientes y otras sustancias presentes en ello, es un proceso que significa algo más que comer alimentos nutritivos y balanceados, también constituye un importante estímulo sensorial debido a sus características organolépticas. El acto de alimentarse actúa como un integrador social, ya que brinda a las personas la posibilidad de encontrarse, compartir y comunicarse.

La cultura física como actividad sistemática, en correspondencia con la edad, sexo y peso corporal es importante para el contenido promocional a la población como parte de estilos de vida saludables. De la misma manera, la higiene ambiental es parte del trabajo promocional en la atención primaria de salud, donde los profesionales la integran en el análisis de la situación de salud; esta problemática ambiental incluye el abastecimiento de agua, la recogida de los residuales sólidos y líquidos, la estructura de la vivienda, la urbanización y la contaminación ambiental entre otros aspectos.

Los profesionales de la salud mediante la práctica educativa y el fomento de los hábitos de vida más adecuados generan las condiciones para preservar la salud física y mental. La participación comunitaria está vinculada con las estrategias de desarrollo, debido a que es un medio de lograr un reparto equitativo de los beneficios y es el elemento indispensable para la transformación y modernización autosostenida de la sociedad, teniendo en cuenta los siguientes factores: el conocimiento de las características de la comunidad, sus necesidades y expectativas, establecer contacto con la comunidad e instituciones del gobierno para sensibilizarlos y motivarlos, la identificación de las estructuras que lideran el proceso o formar un equipo local e incorporar personas de la comunidad, la capacitación de todos los involucrados en el equipo, investigadores y los dirigentes; así como, otras personas de la comunidad que se convierten en promotores, la participación de los Equipos Básicos de Salud y otros factores de las comunidades en la confección del autodiagnóstico, darle prioridad a los problemas encontrados por la misma, la elaboración de un plan de acción para determinar los

objetivos, planificar acciones, determinar las tareas y sus responsables y evaluar el cumplimiento de los objetivos mediante indicadores. Es importante conformar grupos de autoayuda con personas con intereses comunes, identificar y organizar a líderes formales y no formales en función del trabajo comunitario y apoyarse en las organizaciones de masas, los consejos de vecinos y de padres.

El sector salud es el encargado de coordinar estos procesos, de valorar a la persona como un ser dentro de su familia y en un marco sociocultural; por lo que es capaz de integrar todos los aspectos que influyen en la morbi-mortalidad de la población, movilizar a los factores de la comunidad y a otros sectores en la solución de sus problemas, mejorar las condiciones ambientales que favorezcan la salud y calidad de vida a través de un verdadero análisis de la situación de salud de esa población asignada; y a la vez, valorar otros aspectos que contribuirían al bienestar de la sociedad.

La Atención Primaria de Salud se desarrolla en un marco propicio para integrar todos los elementos antes mencionados ya que cuenta con profesionales capaces de llevar a cabo la docencia, asistencia, investigación y la administración, manteniendo vigente los conocimientos y el análisis de las problemáticas que pueden mantener o no saludable a una comunidad, teniendo en cuenta las determinantes de salud.

2- Conclusiones

Una comunidad es salubrista cuando sus organizaciones locales y sus habitantes adquieren el compromiso de iniciar el proceso para mejorar sus condiciones de vida, además de establecer una relación armoniosa con su medio ambiente y movilizar los recursos dentro de la comunidad

a favor de su salud colectiva. Este proceso se realiza con amplia participación social, sumando diversos proyectos locales y no dejando de lado el importante papel que desempeña el equipo básico de salud (integrado por el médico y enfermera), que conjuntamente con los representantes de los sectores involucrados en la ejecución de los proyectos materializan la realización de los mismos, teniendo entre sus tareas: la identificación de las necesidades de aprendizaje, sensibilizar y elaborar el análisis de la situación de salud, desarrollar estrategias de comunicación social, aplicar método investigación-acción participativa en la solución de sus problemas, evaluar sistemáticamente las acciones propuestas y el impacto en los niveles de salud de la población.

Esto debe ser propiciado por una férrea voluntad política, con un proceso de descentralización, desarrollando un liderazgo dentro de la comunidad y teniendo en cuenta las potencialidades del país, el desarrollo de la salud pública, la amplia cobertura de la atención primaria de salud y la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.

Declaratoria de conflictos: Los autores del presente estudio declaramos que no presentamos conflictos en esta investigación.

Referencias

1-Calua CM, Delgado HY, López RO. Comunicación asertiva en el contexto educativo: revisión sistemática. Boletín REDIPE.[Internet]. 2021. [citado el 27 de abril del 2023].10(4): 315-334. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7917878>
2- Campos-Domínguez E. “Twitter y la comunicación

política”. Rev. El profesional de la información. [Internet].2017. [citado el 27 de abril del 2023]. 26(5); 785-793. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42114/Twitter-y-la-comunicacion-politica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3-Busse P, Godoy S. Comunicación y salud. CUADERNOS.INFO. [Internet]. 2016. [citado el 27 de abril del 2023]. N° 38. <https://www.scielo.cl/pdf/cinfo/n38/arto1.pdf>
4-De La Guardia GM, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR. [Internet]. 2020; [citado el 27 de abril del 2023]. 5(1):81-90. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
5-Rojas OF. Salud y geografía. Revista Cubana de Salud Pública.[Internet]. 2018; [citado el 27 de abril del 2023]. 44(3): e1379. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n3/e1379/es>
6-Benavides FG, Delclós], Serra C. Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral. Gac Sanit. [Internet]. 2018; [citado el 27 de abril del 2023]. 32(4):377–380. <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2018.v32n4/377-380/es>
7-Gálvez González AM, et all. Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la Salud Universal. Rev. Panam Salud Pública.[Internet]. 2018;[citado el 27 de abril del 2023]. 42:e28. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.28>
8-Palomino-Camargo C, González-Muñoz Y, Pérez-Sira E, Aguilar VH. Metodología Delphi en la gestión de la inocuidad alimentaria y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos. Rev. Perú Med. Exp Salud Pública.[Internet]. 2018; [citado el 27 de abril del 2023]. 35(3): 483-90. <https://>

www.scielo.org/pdf/rpmesp/2018.v35n3/483-490/es

9-Martín-Carrillo DP, et all. Análisis de la situación, evaluación y propuestas de mejora del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Atención Primaria [Internet]. 2020; [citado el 27 de abril del 2023]. 52(S2):161-172. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265672030278X>

10-Editorial Elsevier. La prevención y la promoción de la salud en tiempos de cambio. Aten Primaria. [Internet]. 2020; [citado el 27 de abril del 2023]. 52(S2):1-2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265672030278X>

11-Rodríguez Roura SC, Cabrera Reyes L, Calero Yera E. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. Humanidades Médicas [Internet].2018; [citado el 27 de abril del 2023]. 18(2):384-404. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-384.pdf>

12-Aldaz HP, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Actualización PAPPS en vacunas 2018. Aten Primaria. [Internet]. 2018; [citado el 27 de abril del 2023]. 50(Supl1):66-82. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837052/pdf/main.pdf>

13-Varela Pinedo LF. SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. [Internet]. 2016; [citado el 27 de abril del 2023]. 33(2):199-201. <https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2016.v33n2/199-201/es>

14-Lalama Franco R, Bravo Lalama A. América Latina y los objetivos de desarrollo sostenible: Análisis de su viabilidad. RCS. [Internet].2019.[citado el 27 de abril del 2023]. Vol. XXV(1), 12-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7113713>

15-Gómez OV, et all. Riesgos para la salud de profesores

universitarios derivados de factores psicosociales laborales. *universitas Psychologic.* 18(3); 1-15. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/23203>

16-PAHO. DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.2012.OPS.1-3. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

17-PAHO. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. IRIS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>

18-Galindo SB, et all. Cultura de la salud en los familiares de niños sobre la vacunación. Policlínico “5 de septiembre”, enero-junio 2015. *Revista Cubana de Medicina Tropical.* 2019;71(4):e394.<http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v71n3/1561-3054-mtr-71-03-e394.pdf>

19-OMS. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. 1997. OMS; p,1-11. https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

20-Bonal RR. La Promoción de Salud en varios escenarios de actuación. *Rev. Cubana de salud pública.* 45(4). <https://www.scielo.org/article/rcsp/2019.v45n4/e1621/>

21-Fernández-Niño]. Modos de vida y estado de salud denigrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018. *Rev. Salud Pública.* 20(4): 530-538, 2018. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v20n4/0124-0064-rsap-20-04-530.pdf

PERCEPCIÓN DEL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UCI
PERCEPTION OF THE ROLE OF THE NURSING PROFESSIONAL AND LEVEL OF ANXIETY IN RELATIVES OF ICU PATIENTS

Roy Raúl Chaca Sanchez¹, Zoila Rosa Moreno Garrido²

Citar como:

Chaca R, Moreno Z.
Percepción del rol del profesional de enfermería y nivel de ansiedad en familiares de pacientes de la UCI.
Rev. Recién. 2024; 13(1)

Correspondencia:

Roy Raúl Chaca Sanchez
roychacasanchez@gmail.com

Recibido: 28 / 11 / 2023

Aprobado: 07 / 12 / 2023

En línea:

Resumen

Objetivo: Establecer la relación entre la percepción del rol del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad en familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Nacional. Material y método: El estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 85 familiares de pacientes críticos de la UCI. La recolección de los datos se realizó mediante dos cuestionarios que son sobre la Percepción de la familia frente al rol del profesional de enfermería que cuenta con 17 ítems con una confiabilidad de $\alpha=0,94$ y el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE) con una confiabilidad de $\alpha=0,71$. Resultados: Sobre la percepción de la comunicación verbal el 49.4% de los familiares presentaron una percepción positiva y presentaron un nivel de ansiedad estado medio; sobre la percepción de la comunicación no verbal el 44.7% de los familiares presentaron una percepción positiva y presentaron un nivel de ansiedad estado medio; y sobre la percepción del apoyo emocional el 49.4% de los familiares presentaron una percepción positiva y presentaron un nivel de ansiedad estado medio. Conclusión: Existe correlación indirecta entre el rol del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad ($r_s = -0,37$). La comunicación verbal, comunicación no verbal y el apoyo emocional brindados por el profesional

¹ Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Licenciado en enfermería. Hospital Nacional Dos de Mayo.

<https://orcid.org/0009-0008-5507-0942>

² Medicina, Auxiliar, Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública <https://orcid.org/0000-0001-6071-5241>

de enfermería fueron percibidos positivamente y los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI presentaron un nivel de ansiedad estado medio.

Palabras clave: Profesional de enfermería, ansiedad, familia, UCI.

Abstract

Objective: Establish the relationship between the perception of the role of the nursing professional and the level of anxiety in relatives of patients in the Intensive Care Unit of a National Hospital. Material and method: The study was a quantitative descriptive correlational cross-sectional study. The sample was made up of 85 relatives of critically ill ICU patients. Data collection was carried out through two questionnaires that are about the Perception of the family regarding the role of the nursing professional, which has 17 items with a reliability of $\alpha=0.94$, and the State-Trait Anxiety Inventory (IDARE). with a reliability of $\alpha=0.71$. Results: Regarding the perception of verbal communication, 49.4% of family members presented a positive perception and presented a medium level of anxiety; Regarding the perception of non-verbal communication, 44.7% of family members presented a positive perception and presented a medium level of anxiety; and regarding the perception of emotional support, 49.4% of family members presented a positive perception and presented a medium level of anxiety. Conclusion: There is an indirect correlation between the role of the nursing professional and the level of anxiety ($r_s = -0.37$).

The verbal communication, non-verbal communication and emotional support provided by the nursing professional were perceived positively and the relatives of patients hospitalized in the ICU presented a medium level of anxiety.

Key words: Nursing professional, anxiety, family, ICU.

1. Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio hospitalario complejo y especializado respecto a su estructura funcional (1). El recurso humano está constituido por médicos intensivistas y el profesional de enfermería especializado y competente, también el equipo lo completa el personal el técnico de enfermería. Respecto al funcionamiento del servicio, los pacientes hospitalizados en la UCI ingresan derivados de otras áreas como el de hospitalización, emergencias o referidos de otros hospitales. El ingreso y hospitalización del paciente crítico se debe a problemas de salud potencialmente mortales (2). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la ansiedad es el segundo trastorno mental más incapacitante en la Región de las Américas y Perú ocupa una de las cinco primeras posiciones con discapacidad a nivel países ocasionados por algunos trastornos mentales (3). La ansiedad es un estado de la persona manifestada por respuestas fisiológicas y motoras ante estímulos externos como el estrés y una percepción negativa de su entorno, que posteriormente influye en el aspecto cognitivo, conductual y psicofisiológico (4). La ansiedad estado tiene que ver con la condición personal y emocional transitoria, varia en intensidad y en con el tiempo. Se caracteriza por la presencia de sensaciones de tensión, desconfianza y sentimientos subjetivos percibidos de forma consiente. La ansiedad rasgo es la condición de la persona a ser proclive a percibir situaciones que pueden ser potencialmente amenazadoras (5). La ansiedad es una manifestación psicosocial

muy frecuente en familiares con pacientes hospitalizados. Factores tales como el tiempo de hospitalización, estado del paciente crítico, sobrecarga y estrés pueden incrementar el impacto emocional en los familiares. La necesidad de saber sobre el estado y cuidado del paciente son algunos de los factores desencadenante de altos niveles de ansiedad (6) (7). La información del estado del paciente es exclusiva de la parte médica y la información sobre los cuidados específicos del paciente corresponde al profesional de enfermería ante el pedido del familiar (8).

El 85% de las unidades no tiene establecido ningún protocolo de atención a los familiares (9) y por ende los cuidados que se realizan son forma aislada y muchas veces pasan por desapercibida especialmente por el profesional de enfermería con quien tienen contacto frecuentemente (7). El familiar vive una situación no deseada e inesperada en relación con el estado de salud y hospitalización del paciente critico a la UCI (10). Este suceso hace que el familiar experimente situaciones de incertidumbre, confusión, desconocimiento, necesidad de recibir información, que alguien lo escuche y obtenga el apoyo necesario. Además, el cambio de roles, las visitas cortas, la necesidad de ser informado y el miedo a la muerte del paciente provocan un nivel alto de ansiedad (10) (1).

El profesional de enfermería tiene a cargo el cuidado holístico del paciente críticamente enfermero. La labor del profesional de enfermería en el área de la UCI es el de brindar cuidados básicos y especializados al paciente critico dentro del entorno tecnológico y restringido, haciendo que el enfoque de atención sea más netamente práctico sobre la

calidad humana y las relaciones interpersonales (9). Por lo tanto, el cuidado al familiar del paciente crítico debe ser incluido dentro de la atención que se le brinda al paciente crítico (6).

El rol del profesional de enfermería son los cuidados brindados a favor del familiar del paciente, Collière menciona que estos cuidados son destinados a mantener y conservar la vida (11) y que permiten dar respuesta a las necesidades de los familiares de pacientes críticos (12) inmersos en una crisis situacional (13).

La reacción emocional del familiar frente a la hospitalización del paciente y la permanencia en la unidad de cuidados críticos hacen que se produzca niveles de ansiedad debido a la restricción física (2) y la necesidad de información sobre el paciente hospitalizado. La presencia de niveles de ansiedad varía según las personalidad y forma de afrontamiento del familiar (14). Tanto la comunicación como el apoyo emocional son las necesidades más enmarcadas en el contexto de familiares con pacientes hospitalizados en UCI (10) (15).

2. Metodología

Es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional y de corte transversal. El universo estuvo considerado por familiares de pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Nacional Dos de May, la población de referencia fue de 105 familiares con pacientes hospitalizados entre los meses de enero a junio del 2023. El tamaño de muestra a considerar fue un 85 familiares obtenidas mediante el muestreo aleatorio simple.

Para el estudio se incluyeron a los familiares con algún grado de parentesco, que reciba regularmente informe médico, mayor de edad, acepten voluntariamente su participación, haya firmado el consentimiento informado y que su el paciente haya cumplido 24 horas de hospitalizado como mínimo (16), tiempo necesario que el profesional de enfermería tuvo para ponerse en contacto para coordinar e informar al familiar responsable relacionado al cuidado del paciente y del servicio. Se excluyeron a familiares que hayan visitado por única vez o no son frecuentes en visitar al paciente, los que se hayan negado en participar y se retiraron voluntariamente del estudio.

Se aplicó dos instrumentos añadiendo preguntas sociodemográficas sobre el familiar y su paciente hospitalizado. El primer instrumento es sobre la percepción del rol del profesional de enfermería tomado del estudio de Celis Hernández y otros (17) titulada "Percepción de la familia frente al rol de enfermería en la Unidad de cuidado intensivo de la fundación cardiovascular de Colombia", estuvo conformado por 3 apartados; área de comunicación verbal, área de comunicación no verbal y área de apoyo emocional; cada ítems contaba con cuatro posibles respuestas: nunca, pocas veces, mayoría de las veces y siempre, y la puntuación va de 1,2,3 y 4; el rango de puntuación obtenida para la percepción era: positiva entre 64-48 puntos, aceptable entre 47 y 32 puntos y negativa entre 31 y 16 puntos; y tuvo una confiabilidad de $\alpha=0,94$. El otro instrumento mide el nivel de ansiedad, para ello se usó la escala de IDARE de Charles D. Spielberger; se ha medido dos dimensiones respecto a la ansiedad: Ansiedad Estado que evalúa cómo se siente el

familiar en ese momento de la entrevista y la Ansiedad Rasgo que evalúa como generalmente el familiar se ha sentido previamente a la entrevista. Ambas dimensiones suman un total de cuarenta aseveraciones. La mitad evalúa Ansiedad cada una con cuatro posibles respuestas tales como: no en lo absoluto, poco, regular y mucho; la otra mitad evalúa la Ansiedad Rasgo y que también cuenta con cuatro opciones de respuesta: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre. Ambas dimensiones de ansiedad en sus respectivas respuestas presentaron reactivos o ítems positivos y negativos. Para la obtención del nivel de ansiedad estado se resta los ítems positivos y negativos para luego sumarlos a un valor constante de 50 y para el nivel de ansiedad rasgo se resta los ítems positivos y negativos para luego sumarlos a un valor constante de 3, de ahí se obtendría los siguientes niveles según puntuación para ambas dimensiones: mayor de 45 puntos un nivel alto, 30 a 44 puntos un nivel medio y menor de 30 puntos un nivel bajo. El coeficiente de confiabilidad para el primer instrumento y segundo instrumento fue de 0.94 y 0.72 (alpha cronbach) respectivamente, y tuvo una confiabilidad de $\alpha=0.7$. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación Biomédica del Hospital Nacional Dos de Mayo registrado el 03 de agosto. La obtención de los datos se dio entre los días de la semana ya sea antes, durante o después de la visita al familiar del paciente crítico. Se identificó a los familiares según el censo diarios de los pacientes hospitalizados en la UCI publicado en el servicio diariamente. Una vez que se haya explicado el procedimiento y objetivo del estudio, se solicitó la autorización y firma del consentimiento del familiar a participar.

La entrevista se realizó en el área de espera o fuera del entorno del edificio perteneciente al servicio con el fin de evitar alguna incomodidad o mantener la integridad del participante.

Se analizaron los datos obtenidos mediante la ayuda de la estadística descriptiva mediante el diseño de porcentajes, tablas de frecuencias, media y la desviación estándar. El nivel de confianza fue de un 95% y se usó la prueba de Rho de Spearman para medir la correlación de las variables en estudio.

3. Resultados

En la tabla 1 se observan los datos generales sobre los familiares de pacientes críticos que presentaron algún nivel ansiedad estado; de 85 familiares que participaron en el estudio, 13 (15.3%) tuvieron edades de entre 38 a 48 años que presentaron un nivel alto de ansiedad y otro grupo de 13 (15.3%) tuvieron las edades de entre 28 a 38 años que presentaron un nivel medio de ansiedad; según sexo fueron 34 (40%) mujeres que presentaron un nivel alto de ansiedad y 21 (24.7%) mujeres que presentaron un nivel medio de ansiedad; los hijos tuvieron el parentesco más alto siendo 27 (31.8%) que presentaron un nivel alto de ansiedad y también 13 (15.3%) fueron hijos que presentaron un nivel medio de ansiedad; 20 (23.5%) fueron solteros según estado civil con un nivel alto de ansiedad y también 15 (17.6%) fueron solteros con nivel medio de ansiedad; sobre el nivel de escolaridad fueron 23 (27.1%) con un nivel de escolaridad secundaria completa y que presentaron un nivel alto de ansiedad, y 14 (16.5%) tuvieron un nivel de escolaridad secundaria completa y que presentaron

un nivel de ansiedad medio; 28 (32.9%) familiares presentaron un nivel de ansiedad alto y 20 (23.5%) presentaron un nivel de ansiedad medio ambos procedieron de algún distrito de Lima; 19 (22.4%) tuvieron un trabajo independiente y dependiente presentando un nivel alto de ansiedad y 20 (23.5%) tuvieron un trabajo dependiente presentaron un nivel medio de ansiedad; 11 (12.9%) mencionaron que sus ingresos mensuales eran entre 500 soles y 1500 soles y presentando un nivel ansiedad alto, y 12(14.1%) tenían ingresos mensuales menores de 500 soles presentando un nivel ansiedad medio; sobre la hospitalización del paciente, 15 (17.6%)

estuvieron menos de 5 días y otro grupo estuvo más de 15 días ambos presentaron un nivel alto de ansiedad, y 12 (14.1%) estuvieron menos de 5 días y presentaron un nivel medio de ansiedad; sobre el seguro de salud, 43 (50.8%) pacientes tuvieron SIS presentando un nivel alto de ansiedad y 29 (34.1%) pacientes tuvieron SIS y que presentaron un nivel medio de ansiedad; y 23 (27.1%) pacientes tuvo una condición de salud según el informe médico y que los familiares presentaron un nivel alto de ansiedad, y 17 (20%) pacientes tuvo una condición de salud según el informe médico y que los familiares presentaron un nivel medio de ansiedad.

Tabla 1. Ansiedad de estado según datos generales

Variable	Categoria	Ansiedad estado		
		Alto	Medio	Bajo
		% (frecuencia)	% (frecuencia)	% (frecuencia)
Edad	18 a 28	11.8 (10)	0.0 (0)	0.0 (0)
	28 a 38	12.9 (11)	15.3 (13)	0.0 (0)
	38 a 48	15.3 (13)	12.9 (11)	2.4 (2)
	48 a 58	14.1 (12)	5.9 (5)	2.4 (2)
	58 a 70	3.5 (3)	3.5 (3)	0.0 (0)
Sexo	Femenino	40.0 (34)	24.7 (21)	2.4 (2)
	Masculino	17.6 (15)	12.9 (11)	2.4 (2)

Parentesco	Padre o madre	7.1 (6)	3.5 (3)	1.2 (1)
	Pareja	3.5 (3)	2.4 (2)	1.2 (1)
	Hermano (a)	8.2 (7)	9.4 (8)	0.0 (0)
	Hijo(a)	31.8 (27)	15.3 (13)	1.2 (1)
	Esposo (a)	3.5 (3)	1.2 (1)	0.0 (0)
	Tio(a)	2.4 (2)	2.4 (2)	1.2 (1)
	Primo(a)	0.0 (0)	2.4 (2)	0.0 (0)
	Abuelo	1.2 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)
	Conocido	0.0 (0)	1.2 (1)	0.0 (0)
Estado civil	Casado (a)	17.6 (15)	12.9 (11)	1.2 (1)
	Conviviente	16.5 (14)	5.9 (5)	0.0 (0)
	Soltero (a)	23.5 (20)	17.6 (15)	1.2 (1)
	Divorciado (a)	0.0 (0)	0.0 (0)	2.4 (2)
	Viuda (a)	0.0 (0)	1.2 (1)	0.0 (0)
Nivel de escolaridad	Primaria	2.4 (2)	1.2 (1)	0.0 (0)
	Secundaria	27.1 (23)	16.5 (14)	0.0 (0)
	Técnica	14.1 (12)	11.8 (10)	2.4 (2)
	Universitario	12.9 (11)	8.2 (7)	2.4 (2)
	Otro	1.2 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)

Lugar de procedencia	Lima	32.9 (28)	23.5 (20)	2.4 (2)
	Norte	9.4 (8)	3.5 (3)	1.2 (1)
	Sur	5.9 (5)	5.9 (5)	0.0 (0)
	Centro	4.7 (4)	4.7 (4)	0.0 (0)
	Extranjero	4.7 (4)	0.0 (0)	1.2 (1)
Trabajo actual	Independiente	22.4 (19)	8.2 (7)	3.5 (3)
	Dependiente	22.4 (19)	23.5 (20)	1.2 (1)
	No trabaja	12.9 (11)	5.9 (5)	0.0 (0)
Ingreso económico	Menos de 500	21.2 (18)	14.1 (12)	0.0 (0)
	De 501 a 1000	12.9 (11)	9.4 (8)	1.2 (1)
	De 1001 a 1500	12.9 (11)	8.2 (7)	1.2 (1)
	Mayor de 1500	10.6 (9)	5.9 (5)	2.4 (1)
Días de hospitalización	1 a 5	17.6 (15)	14.1 (12)	1.2 (1)
	6 a 10	10.6 (9)	8.2 (7)	2.4 (2)
	11 a 15	11.8 (10)	4.7 (4)	1.2 (1)
	Más de 15	17.6 (15)	10.6 (9)	0.0 (0)
Seguro de salud	Essalud	3.5 (3)	0.0 (0)	1.2 (1)
	SIS	50.6 (43)	34.1 (29)	3.5 (3)
	SOAT	2.4 (2)	2.4 (2)	0.0 (0)
	Particular	0.0 (0)	1.2 (1)	0.0 (0)
	No tiene	1.2 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)
Estado de salud mental	Mejorado	27.1 (23)	17.6 (15)	3.5 (3)
	Igual	23.5 (20)	20.0 (17)	1.2 (1)
	Empeoró	3.5 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)
	Desconoce	3.5 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)

En la tabla 2 se aprecia el nivel de ansiedad según la percepción de la comunicación verbal que, de 85 familiares de pacientes críticos, 42 (49.4%) presentaron una percepción positiva de la comunicación verbal del profesional de enfermería y que presentaron un nivel de ansiedad estado medio; 14 (16.5 %) presentaron una percepción aceptable de la comunicación verbal del profesional de enfermería y que presentaron un nivel de ansiedad estado medio y 5 (5.9%) presentaron una percepción negativa de la comunicación no verbal del profesional de enfermería y que presentaron un nivel de ansiedad estado alto y medio.

Tabla 2. Nivel de ansiedad estado según percepción de comunicación verbal

		Comunicación verbal		
		Percepción positiva	Percepción aceptable	Percepción negativa
Ansiedad estado	Alto	11,8% (10)	1,2% (1)	5,9% (5)
	Medio	49,4% (42)	16,5% (14)	5,9% (5)
	Bajo	8,2% (7)	1,2% (1)	0,0% (0)
Total		69,4% (59)	18,8% (16)	11,8% (10)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3 se aprecia el nivel de ansiedad según la percepción de la comunicación no verbal que, de 85 familiares de pacientes críticos, 38 (44.7%) presentaron una percepción positiva de la comunicación no verbal del profesional de enfermería y que presentaron un nivel de ansiedad estado medio; 14 (16.5 %) presentaron una percepción aceptable de la comunicación no verbal del profesional de enfermería y que presentaron un nivel de ansiedad estado medio y 9 (10.6%) presentaron una percepción negativa de la comunicación no verbal del profesional de enfermería y que presentaron un nivel de ansiedad estado medio.

Tabla 3. Nivel de ansiedad estado según percepción de comunicación no verbal

		Comunicación no verbal		
		Percepción positiva	Percepción aceptable	Percepción negativa
Ansiedad estado	Alto	9,4% (8)	4,7% (4)	4,7% (4)
	Medio	44,7% (38)	16,5% (14)	10,6% (9)
	Bajo	8,2% (7)	1,2% (1)	0,0% (0)
Total		62,4% (53)	22,4% (19)	15,3% (13)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4 se aprecia el nivel de ansiedad según la percepción del apoyo emocional que, de 85 familiares de pacientes críticos, 42 (49.4%) presentaron una percepción positiva del apoyo emocional del profesional de enfermería y que presentaron un nivel de ansiedad estado medio; 14 (16.5 %) presentaron una percepción aceptable del apoyo emocional del profesional de enfermería y que presentaron un nivel de ansiedad estado medio y 5 (5.9%) presentaron una percepción negativa del apoyo emocional del profesional de enfermería y que presentaron un nivel de ansiedad estado medio.

Tabla 4. Nivel de ansiedad estado según percepción del apoyo emocional

		Apoyo emocional		
		Percepción positiva	Percepción aceptable	Percepción negativa
Ansiedad estado	Alto	12,9% (11)	2,4% (2)	3,5% (3)
	Medio	49,4% (42)	16,5% (14)	5,9% (5)
	Bajo	8,2% (7)	1,2% (1)	0,0% (0)
Total		70,6% (60)	20,0% (17)	9,4% (8)

Fuente: Elaboración propia.

Se trabajó con el nivel significancia de ($p < 0.05$) es decir (5%) y respecto a la correlación entre el rol del profesional de enfermería y nivel de ansiedad se obtuvo un $r_s = -0,37$ lo cual significa que existe una correlación negativa entre las variables.

4. Discusión

A nivel hospitalario, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una de las áreas donde más se genera estrés y en el caso de familiares hospitalizados en dicho servicio presentan altos niveles de ansiedad debido en su mayoría a la no satisfacción de necesidades de comunicación y apoyo emocional (15). Muchos de los familiares no solo desean ser informados de la parte medica sino también del cuidado en específico del paciente (10), además desean ser escuchados, comprendidos y se les brinde el apoyo emocional debido a la situación de vulnerabilidad a la que se encuentran (7).

Referente a las características generales de los familiares que presentan algún nivel de ansiedad estado, los que regularmente recibieron el informe y visitaron al familiar hospitalizado son en su mayoría de sexo femenino con un rango de entre 30 y 40 años, y en su mayoría de parentesco ser hijo (a) del paciente; los datos similares fueron encontrados en Francia Luna (18) y Luza Cayani (19), y adicionalmente los familiares tiene un grado académico secundario, residen en algún distrito de Lima y el tipo de trabajo fue dependiente con ingresos menores de 500 soles. Así como en el estudio de Gálvez Cerdán & Mesta Delgado (20) los días de hospitalización del paciente fue es menor de 5 días y en el estudio actual se añaden los que estuvieron más de 15 días hospitalizados. El informe actual sobre el estado del paciente fue que estuvieron en mejora y que más de la mayoría fueron atendidos con el seguro SIS. En el caso de las características sociodemográficas, Luza Cayani en su estudio menciona que la edad, el número de hijos,

estado civil, presencia del padre, el diagnóstico de hospitalización y los días de hospitalización no son estadísticamente significativos en el caso de niveles de ansiedad (19).

Sobre la percepción del rol del profesional de enfermería, la mayoría de los familiares de los pacientes tuvieron una percepción positiva cuando estos presentaban un nivel de ansiedad alto, medio y bajo, datos similares se encontraron en el estudio de Soncco Sucar (21) y Arohuanca Paniura (22). Por ende, un nivel alto de ansiedad estado es predominantemente en familiares con pacientes hospitalizados en la UCI, esta afirmación también se encontró en el estudio de Arohuanca Paniura (22) pero a diferencia de Maitta Rosado & Mero Delgado (23) la mitad de los participantes presentaron un nivel de ansiedad medio y alto.

La mayoría de los familiares que presentaron un nivel de ansiedad alto percibieron positivamente el rol comunicación verbal brindado por el profesional de enfermería en puntos tales como: la presentación y saludo cordial, orientación al momento de la visita, hablarles de forma clara y sencilla, y responderles de forma cortés ante cualquier pregunta. También, la percepción del rol comunicación no verbal del profesional de enfermería fue positiva en puntos como: mostrar actitud receptiva e interés para conversar, disponibilidad para acudir a la atención del paciente, sentir el apoyo y colaboración, y confianza en la atención del profesional de enfermería hacia el paciente. Finalmente, la percepción del rol apoyo emocional brindado por el profesional de enfermería, la familia lo percibe positivamente en los puntos: permitir la expresión de emociones, preocupaciones y

temores, el profesional de enfermería se muestre atento, comprensivo y les brinda el ánimo en todo momento. Duque Delgado y otros menciona que el apoyo emocional brindado por el profesional de enfermería contribuye en el manejo de la situación de vulnerabilidad que vive el familiar del paciente por el ingreso y hospitalización en el servicio de la UCI (7).

Los familiares al percibir positivamente el rol del profesional de enfermería presentaron un nivel de ansiedad estado medio como lo fue en el estudio de Arohuanca Paniura (22), esto daría a entender que los cuidados brindados previamente influyen en una disminución de las manifestaciones de ansiedad en los familiares que experimentan una crisis situacional debido al estado de salud y hospitalización del paciente en la UCI. Sabiendo que la atención principal en el UCI es principalmente al paciente críticamente enfermo, el profesional de enfermería brinda los cuidados necesarios en cada oportunidad de contacto o interacción con el familiar que se da desde el ingreso del paciente y el cuidado se mantiene durante el tiempo de hospitalización (7). El profesional de enfermería informa las normas del servicio y solicita los requerimientos necesarios para el cuidado desde el inicio de la atención al paciente, posteriormente al momento de la visita la enfermera acude al llamado del familiar, conversar muy cordialmente, lo escucha, permite que exprese sus dudas y temores, el profesional de enfermería responde cordialmente cualquier pregunta, siempre mostrándole su apoyo y le brinda ánimos, también si desea algún detalles del cuidado que se le brindo al paciente el profesional de enfermería lo responde utilizando un lenguaje

claro y sencillos sobre la actividad realizadas en favor del paciente que incluyen la higiene, cuidado de la piel, alimentación y otros como lo menciona la Espinoza Izaguirre (10).

5. Conclusión

La percepción positiva del rol del profesional de enfermería está vinculada a un nivel medio de ansiedad presente en el familiar del paciente hospitalizado en la UCI debido a que los cuidados brindados al familiar, que incluye la comunicación verbal, comunicación no verbal y apoyo, se dan desde el ingreso del paciente y permanece durante el tiempo de hospitalización del paciente.

6. Referencias

1. Fernández Caballero M. Programa de intervenciones enfermeras a un familiar en urgencias para reducir la ansiedad y mejorar la satisfacción: estudio experimental. 2020 Marzo. Trabajo Fin de Máster.
2. Ministerio de Salud. Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios. 2005 Junio 28..
3. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas Washington, DC: OPS; 2018.
4. Maitta Rosado IS, Mero Delgado LJ. Resiliencia y ansiedad en familiares de pacientes con covid-19 de la Parroquia Aníbal San Andrés, Cantón Montecristi. 2020..
5. Spielberger D, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo..

6. Ruiz Aguilar , Urdapilleta Herrera EdC, Lara Rivas. Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados por COVID. 2021..
7. Duque Delgado , Rincón Elvira , León Gómez. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica. 2020 mayo..
8. Nazar Pérez , Martínez Garduño , Gómez Torres , Cuevas Peñaloza M. Visibilidad y necesidad de informe de enfermería a familiares de pacientes críticos Estado de México; 2013.
9. Sánchez López , Díaz Agea JL. La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente. 2013 Diciembre..
10. Espinoza Izaguirre CA. La familia del paciente crítico, sus necesidades y el abordaje de enfermería. 2021. Trabajo académico para optar título de especialista en enfermería en cuidados intensivos.
11. Moreno Pina. Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de Salud VI de la Región de Murcia. 2016. Tesis doctoral.
12. González Rincón , Díaz de Herrera Marchal , Martínez Martín M. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. 2018 febrero 5..
13. Franco Canales RE. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M. 2004. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería.
14. Tautiva Ochoa , Margarita López , Yamile Guzmán S, Patricia González , Milena Hernández. Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes. 2022 julio 2020..
15. Herrera Herrera L, Llorente Pérez , Suarez Mendoza , Oyola López. Necesidades en familiares de pacientes críticos de una institución de IV nivel en Montería, Colombia..
16. Rodríguez Núñez , Crespo Suárez , Martins de Oliveira Pereira Caldas , Pérez Rodríguez M^a, Martínón Torres F, Martínón Sánchez JM^a. Información y atención en cuidados intensivos pediátricos. Opiniones de los padres. 2014..
17. Celis Hernández , Gutiérrez Guarín , Iregui Jones L. Percepción de la familia frente al rol de enfermería en la unidad de cuidado intensivo adulto de la fundación cardiovascular de Colombia. 2015. Trabajo de grado para optar al título de especialista en Auditoría en Salud.
18. Francia Luna L. Comunicación asertiva y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico en el Hospital Sergio Bernaldes de Lima el 2020. 2022. Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en Enfermería.
19. Luza Cayani G. Disfunción familiar asociada a niveles de ansiedad en madres de pacientes hospitalizados en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2020. 2020. Tesis para obtener Título Profesional de Médico Cirujano.
20. Gálvez Cerdán R, Mesta Delgado RdPdP. La comunicación y apoyo emocional en enfermería desde la perspectiva del familiar del paciente crítico en un Hospital Público, Chiclayo 2019. 2020..
21. Soncco Suca AT. Prevalencia y factores asociados a la ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en una clínica particular, Arequipa en el año 2021. 2021..
22. Arohuca Paniura A. Prevalencia y algunos factores de riesgo de ansiedad en familiares de

pacientes hospitalizados en el hospital Goyeneche III de Arequipa, en el año 2019. 2019..

23. Maitta Rosado IS, Mero Delgado J. Resiliencia y ansiedad en familiares de pacientes con COVID-19 de la parroquia Aníbal San Andrés, cantón. 2020 Julio 10..

REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA EN FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS, LIMA 2023
BINARY LOGISTIC REGRESSION IN FACTORS ASSOCIATED WITH ABANDONMENT OF TUBERCULOSIS TREATMENT, LIMA 2023

Cueva Román José Aníbal¹ Soria Quijate Juan Jesús²

Citar como:

Cueva R, Soria J.
Regresión logística binaria en factores asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis, Lima 2023. Rev. Recién. 2024; 13(1)

Correspondencia:

Cueva Román José Aníbal
jose.cueva@upeu.edu.pe

Recibido: 20 / 12 / 2023

Aprobado: 05 / 01 / 2024

En línea:

Resumen

En el Perú, la tuberculosis se ubica entre las primeras 15 causas de fallecimientos en toda la nación y es considerada como una endemia. La problemática del abandono del tratamiento emerge como un desafío de envergadura en su lucha. En este sentido, el objetivo de este estudio fue diseñar un modelo de regresión logística binaria eficiente en factores sociodemográficos para la predicción del abandono del tratamiento de tuberculosis en pacientes peruanos. Fue una indagación observacional, transversal y analítica, donde se trabajó con 362 sujetos que integraron el grupo de control y de casos. Se empleó una ficha de recolección de datos y el procesamiento de datos se efectuó con los programas de estadísticos RStudio y IBM SPSS Statistics. Se concluyó que el género masculino presenta una mayor proporción de casos de tuberculosis pulmonar, aumentando la probabilidad de perjuicios al enfrentar factores asociados. El tiempo de hospitalización y la falta de información clara sobre los exámenes de laboratorio son riesgos para abandonar el tratamiento y el consumo de sustancias alucinógenas también incrementa la probabilidad de abandono. Se concluyó que existe una notable ausencia de evaluaciones con un enfoque predictivo, ya que la mayoría de los estudios previos han adoptado un enfoque puramente explicativo.

¹. Licenciado en Enfermería. Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. Dirección electrónica: jose.cueva@upeu.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2654-3916>

². Dr. en Ingeniería de sistemas, consultor estadístico. Universidad Peruana Unión, Lima Perú. Dirección electrónica: jesusoria@upeu.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4415-8622>

Palabras claves: M. tuberculosis, modelos logísticos, factores de riesgo, abandono del tratamiento.

Abstract

In Peru, tuberculosis is among the first 15 causes of death in the entire nation and is considered endemic. The problem of abandoning treatment emerges as a major challenge in their fight. In this sense, the objective of this study was to design an efficient binary logistic regression model on sociodemographic factors for the prediction of abandonment of tuberculosis treatment in Peruvian patients. It was an observational, cross-sectional, and analytical research, where we worked with 362 subjects who made up the control and case groups. A data collection form was used, and data processing was carried out with the statistical programs RStudio and IBM SPSS Statistics. It is concluded that the male gender presents a higher proportion of cases of pulmonary tuberculosis, increasing the probability of harm when faced with associated factors. The length of hospitalization and the lack of clear information about laboratory tests are risks for abandoning treatment and the consumption of hallucinogenic substances also increases the probability of abandonment. It is concluded that there is a notable absence of evaluations with a predictive approach since most previous studies have adopted a purely explanatory approach.

Key words: M. tuberculosis, logistic models, risk factors, treatment abandonment.

1. Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que impacta principalmente a los pulmones, pero puede afectar otros órganos del cuerpo. A pesar de que se considera una enfermedad prevenible y curable, esta sigue siendo un grave problema de salud a nivel mundial (1).

La tuberculosis representa una de las principales fuentes de enfermedad y óbitos en el planeta. De acuerdo con la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que en el año 2021 se registraron 309,000 nuevos casos y que 32,000 sujetos perdieron la vida por esta afección. Estos números representan un incremento de 5,000 casos (un aumento del 18.5%) en comparación con el año 2020, lo cual se atribuye a la influencia de la pandemia por COVID-19 (2).

En el Perú, esta afección se ubica entre las primeras 15 causas de óbitos en toda la nación y es considerada como una endemia. Es indudable que la enfermedad no ha desaparecido, sin embargo, en el contexto de la pandemia esta fue relegada y generó que los esfuerzos de los sistemas sanitarios se direccionen al contexto actual, esto incluyendo al primer nivel de atención, estrategia principal para controlar y prevenir en nuestro medio la enfermedad (3).

En Lima metropolitana, durante los periodos del 2018 al primer trimestre del 2022 la prevalencia de casos, de acuerdo con cada Dirección De Redes Integradas De Salud (DIRIS), la zona de lima norte encabeza la tasa de mortalidad en los primeros cuatro años; sin embargo, solo en el primer

trimestre la morbilidad es de 1485 casos, cifras que se acercan al total acumulado por año en todos los periodos (4).

Además, la TB presenta varios retos en términos de evaluación y manejo médico. En cuando a la evaluación, puede ser complicado, ya que los síntomas pueden ser parecidos a los de otras patologías respiratorias, y las pruebas de laboratorio pueden llevar tiempo y no siempre son accesibles en todas las regiones. Esto puede ocasionar retrasos en la evaluación y al comienzo del tratamiento, lo que a su vez incrementa el riesgo de transmisión y de complicaciones para el paciente (5).

Para el tratamiento, la TB requiere un régimen prolongado de medicamentos que generalmente dura al menos seis meses. Esto provoca problemas de cumplimiento del tratamiento, puesto que algunos pacientes pueden abandonar de manera anticipada la medicación debido a los efectos secundarios, la ausencia de comprensión e información sobre la significancia de completar el tratamiento o las dificultades para acceder a los medicamentos necesarios (6).

Adicionalmente, la TB también se ha visto afectada por factores socioeconómicos y determinantes de salud. La enfermedad tiende a afectar desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables, como los individuos con bajos ingresos, los que residen en situaciones de superpoblación o en áreas con sistemas de salud deficientes y aquellos con sistemas impermeables debilitados, como las personas con VIH/SIDA (7).

Esta investigación se justifica en un marco sanitario donde el abandono del tratamiento es un desafío significativo en la lucha contra la TB. Es así como

explorar los elementos vinculados al abandono del tratamiento es crucial porque su interrupción acarrea consecuencias graves para la salud pública. Así mismo, el impacto en la salud personal, ya que no seguir los protocolos definidos por el ministerio de salud no solo expone al paciente a riesgos para su salud física, sino que también coloca en peligro su vida, y en la práctica profesional, se justifica porque los hallazgos permitirán generar aportes mediante estrategias que se fundamenten en aquellos resultados que sean muy representativos y con esto generar alguna solución a la problemática actual. El objetivo general fue diseñar un modelo de regresión logística binaria eficiente en factores sociodemográficos para la predicción del abandono del tratamiento de tuberculosis en pacientes peruanos y los específicos fueron los siguientes: Identificar la frecuencia de pacientes peruanos según sexo y condición que reciben tratamiento de tuberculosis en un centro de salud, identificar la frecuencia de pacientes peruanos según relación con el personal y condición que reciben tratamiento de tuberculosis en un centro de salud e identificar las principales métricas para evaluar la eficiencia del modelo de regresión logística binaria en pacientes que acuden a un centro de salud.

2. Metodología

El estudio fue observacional porque se tuvo como finalidad observar para luego registrar los acontecimientos sin intervenir en el curso normal de estos (8). Así también, fue transversal y analíticos porque se recopiló la información en un solo momento y se consideró la evaluación comparativa

de dos grupos de sujetos, los considerados casos y controles (9). De esto, se consideró la relación de dos grupos independientes de iguales tamaños, donde por cada caso de paciente con diagnóstico de TB que haya abandonado el tratamiento por más de 30 días calendario, y el mismo número de individuos en el grupo de control que serían los que terminaron su esquema de tratamiento con alta médica, es por ello por lo que la relación se planteó de 1/1.

En cuanto a la población de estudio, se consideró a todos aquellos pacientes que fueron diagnosticados con TB pulmonar y derivados al programa de control de TBC del centro de salud en un periodo determinado de tiempo y que cumplieron con los siguientes criterios: pacientes con diagnóstico confirmado de TB, aquellos continuadores del tratamiento farmacológico y pacientes que hayan abandonado el tratamiento farmacológico.

La muestra se determinó con el software estadístico R-Studio mediante el paquete PWR, que permitió determinar a priori el número de observaciones basados en el análisis del poder estadístico y cálculo de tamaño de muestra. Es así que se consideró la potencia estadística, la cual buscó encontrar resultados que sean estadísticamente significativos considerando elementos que en conjunto determinan la capacidad de rechazar correctamente una hipótesis nula (10). Así se obtuvo una muestra de 362 pacientes.

El instrumento empleado fue una ficha de recolección de datos utilizada por Vargas (11) en el 2022 para estudios similares y donde se buscó si las variables explicativas se asocian a la variable dependiente. Así también, se consideraron los

programas de estadísticos computacionales RStudio y IBM SPSS Statistics versión 26, donde se utilizaron los comandos estadísticos para las técnicas de modelo lineal general. Estas fueron el modelo de regresión logística, la estimación del

coeficiente del modelo, estadística de Wald, el R cuadrado de Nagelkerke y se hizo la evaluación de la bondad de ajuste del modelo con el test de Hosmer y Lemeshow.

3. Resultados

Se evaluaron un total de 362 pacientes donde se halló que según las variables condición según sexo, el 37 (10.2 %) de controles son de sexo femenino con respecto a un 23 (6.4 %) que se agrupan dentro de los casos, asimismo los hombres representan 144 (39.8 %) de controles, siendo estos en menor cantidad aquellos que se encuentran dentro de los casos 158 (43.6 %). Además, se identificó una asociación significativa entre ambas variables con un p-value = 0.04 en la prueba de Chi cuadrado de Pearson con 1 grado de libertad y x-Squared calculado mayor al tabulado $3,9157 > 3,8415$.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la condición de los pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis según sexo

		Femenino		Masculino		Total	
Variable Categoría		fi	%	fi	%	fi	%
Condición	Controles	37	10,2 %	144	39,8 %	181	50,0 %
	Casos	23	6,4 %	158	43,6 %	181	50,0 %
	Total	60	16,6 %	302	83,4 %	362	100.0 %

En lo que respecta a los resultados asociados a la variable condición según relación con el personal, se demostró que, del total de observaciones, 362 (100 %), 118 (32.6 %) de casos tienen buena relación con el personal de salud, 49 (13.5 %) regular relación y en menor proporción 14(3,9 %) mala, con respecto a los controles, 115 (31.8 %) de controles tienen buena relación con el personal de salud, 48 (13.3 %) regular relación y en menor proporción 18 (5,0 %) mala.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la relación de los pacientes con el personal de salud según condición

Variable	Categoría	Casos		Controles		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%
Relación	Buena relación	118	32,6 %	115	31,8 %	233	64,4 %
	Regular relación	49	13,5 %	48	13,3 %	97	26,8 %
	Mala relación	14	3,9 %	18	5,0 %	32	8,8 %
	Total	181	50,0 %	181	50,0 %	362	100,0 %

En cuanto a la identificación de las principales métricas para evaluar la eficiencia del modelo de regresión logística, se consideraron las siguientes:

Tabla 3. Matriz de confusión del modelo de regresión logística con datos de prueba

Reference			
Prediction	Controles	Casos	Total
Controles	30 (VP)	14 (FN)	44
Casos	15 (FP)	31 (VN)	46
Total	45	45	90

El verdadero positivo (VP) representa la etiqueta de los valores predichos y de referencia del modelo como positivos. Por lo tanto, se concluyó que 30 observaciones dentro de los grupos controles fueron clasificados correctamente, de un total de 90 personas en el modelo de regresión logística. Dentro de un escenario de buena predicción. Los verdaderos negativos (VN) representan la etiqueta de los valores predichos y de referencia del modelo como negativo. Por lo tanto, se concluyó que 31 observaciones dentro de los grupos controles fueron clasificados correctamente, de un total de 90 personas en el modelo de regresión logística. Dentro de un escenario de buena predicción.

En cuanto al falso negativo (FN), es la etiqueta que representa los valores predichos como negativo y los datos observados como positivos. Por lo tanto, se determinó que 14 observaciones clasificadas como controles para el modelo predicho son una misma proporción para el modelo real en la regresión logística. Dentro de un escenario de mala predicción. Mientras que el falso positivo (FP) representa la etiqueta de los valores predichos como positivo y los datos observados como negativo. Por lo tanto, se concluyó que 15 observaciones clasificadas como casos para el modelo predicho son la misma proporción para el modelo real en la regresión logística. Dentro de un escenario de mala predicción.

Ahora bien, también se trabajó la métrica de Accuracy $(VP+VN)/n$, la cual representa la proporción correcta de clasificación, que para nuestro modelo representa el 67.8 % de observaciones que fueron clasificadas de manera adecuada en la regresión logística. También Sensitivity $(VP)/(VP+FN)$ ejemplifica la proporción de casos positivos que para nuestro modelo representa el 68.8 % de observaciones que fueron clasificadas como positivo de manera adecuada en la regresión logística. Specificity $(VN)/(FP+VN)$ refleja la proporción de casos negativos, que para nuestro modelo representa el 66.7 % de observaciones que fueran clasificadas como negativo de manera adecuada en la regresión logística. $1 - \text{Specificity}$ $(FP)/(FP+FN)$ expresa la proporción de casos negativos que para nuestro modelo representa el 32.6 % de observaciones que fueron clasificadas como negativo de manera inadecuada en la regresión logística.

La Prevalence $(VP+FN)/n$ significa la proporción de casos positivos predichos, que para nuestro modelo fue del 50.0 % de observaciones que se clasificaron correctamente de manera adecuada en la regresión logística. Mientras que Balanced Accuracy $(\text{Sensitivity} + \text{Specificity})/2$ simboliza la proporción correcta de clasificación, que para nuestro modelo representa el 67.8 % de observaciones que fueran clasificadas de manera adecuada en la regresión logística, siendo estos balanceados y el Kappa muestra lo que nos permite medir la concordancia de dos o más variables cualitativas, aplicado a la matriz de confusión que nos permite determinar si la clasificación observada es concordante con aquella predicha por el clasificador, para los fines de investigación se obtuvo un índice kappa de 0.3556, que de acuerdo a la escala de valoración $0.20 < \kappa \leq 0.40$ correspondería a un nivel discreto.

Tabla 4. Métricas de clasificación del modelo de regresión logística

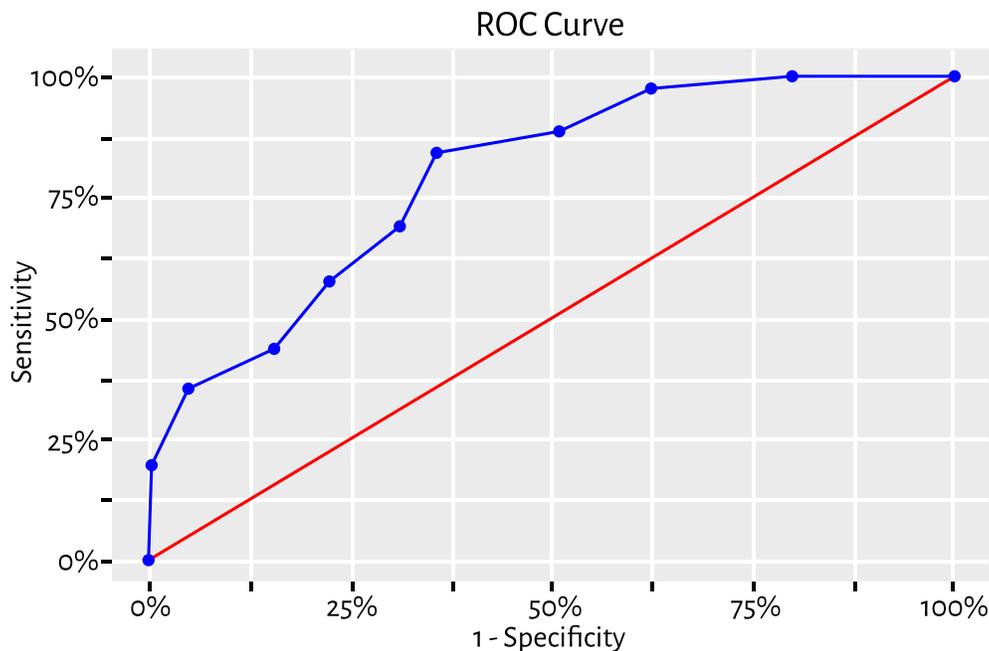
Métricas	Valor
Accuracy:	0.6778
Sensitivity:	0.6889
Specificity:	0.6667
1- Specificity:	0.3260
Prevalence:	0.5000
Balanced Accuracy:	0.6778
Kappa	0.3556

Así mismo, se evidencia el resultado de la curva ROC-AUC que la premisa de la hipótesis nula $H_0 = 0.5$ área bajo la curva es = 0.5, con un p-value de 0.00 rechazamos H_0 , al obtener un área de 0.8222 con intervalos de confianza al 95 % de 0.7365 - 0.908, al observar que el AUC es del 82 % de capacidad de discriminar correctamente entre casos y controles.

Tabla 5. Curva ROC-AUC

Area under the curve	p-value	95% CI	
0.8222	,000	0.7365	0.908

Gráfico 1. Representación gráfica de la curva ROC-AUC



4. Discusión

El abandono del tratamiento de la tuberculosis (TB) constituye un problema significativo con repercusiones graves tanto para la salud individual como para la salud pública en general. Prevenir su ocurrencia es fundamental, especialmente para profesionales del cuidado, como los licenciados en enfermería, que lideran las estrategias de control y prevención de la tuberculosis. Los resultados indican que el 43,6 % de los casos diagnosticados con tuberculosis corresponden a pacientes de sexo masculino, mientras que el 6,4 % son de sexo femenino, sugiriendo que el sexo debería considerarse como un factor de riesgo. 4,031: La probabilidad de abandonar el tratamiento en aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados en un tiempo menor de 14 días es 4,03 veces mayor con respecto a la categoría de referencia, por lo tanto, el tiempo de hospitalizado se considera un factor de riesgo I.C 1,887-8,611; 3,298: La probabilidad de abandonar el tratamiento de tuberculosis en aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados en un tiempo de entre 14 y 30 días es 3,298 veces mayor con respecto a la categoría de referencia, por lo tanto, el tiempo de hospitalizado se considera un factor de riesgo I.C. 1,577-6,899, 2,593: La probabilidad de abandonar el tratamiento de tuberculosis en aquellos pacientes que no reciben información sobre los exámenes de laboratorio es 2,593 veces mayor con respecto a los que si la reciben, por lo tanto, la información sobre exámenes complementarios se considera un factor de riesgo I.C. 1,429-4,705, 1,901: La probabilidad de abandonar el tratamiento de tuberculosis en

aquellos pacientes que consumen alguna forma de alucinógenos es 1,901 veces mayor con respecto aquellos que no consumen, por lo tanto, el consumo de alucinógenos se considera un factor de riesgo I.C. 1,044-3,461.

Al contrastar estos hallazgos, se discrepa con Vargas cuando afirma que la educación secundaria [ORa: 9.646 IC 95% (1.048-88.75), p=0.045], la categoría independiente-informal [ORa: 8.247 IC 95% (1.496-45.460), p=0.015], los que consumen alcohol de manera crónica [ORa: 4.134 IC 95% (1.354-12.621), p=0.013] y la evaluación por parte de los profesionales de manera integral [ORa: 4.016 IC 95% (1.033-15.610), p=0.045], fueron los factores identificados de riesgo y estos son distintos a los que presentamos (11). Así mismo, se discrepa con Zevallos, ya que halló que el sexo femenino (OR:1.57/1.07-2.31), vivir menos de 5 años en la zona (OR:2/1.5-2.9), tener secundaria incompleta (OR:2.51/1.82-3.45), trabajo/ingreso inestable (OR:1.42/1.01-2.01), disnea (OR:2.44/1.05-5.67), consumir alcohol (OR:2.58/1.79-3.71), consumo de tabaco (OR:2.64/1.74-4.01), no ser evaluado por médico, enfermera y nutricionista (OR:8.01/2.11-30.8), tener >3 irregularidades (OR:2.67/1.01-7.04), y no acudir después de la primera visita por inasistencia (OR:5.2/2.06-13), es así que los factores identificados como de riesgo son distintos a los que presentamos (12).

Por otro lado, se coincide con Rivera et al cuándo evidencia que el no tener conocimiento de la enfermedad (OR=23,10; IC95%: 3,6-36,79; p=0,002); no creer en la curación (OR=117,34; IC95%: 13,57-124,6; p=0,000); no tener apoyo social (OR=19,16; IC95%: 1,32-27,77; p=0,030); no considerar

adecuado el horario de atención (OR=78,13; IC95%: 4,84-125,97; $p=0,002$), y no recibir los resultados de laboratorio (OR=46,13; IC95%: 2,85-74,77; $p=0,007$) son factores de riesgo que en nuestros hallazgos se observa que 2,593 con I.C. 1,429-4,705 hay probabilidad de abandono de tratamiento (13).

Así mismo, se concuerda con Calderón cuando expone que los factores relacionados se vincularon que el consumir drogas ilícitas aumenta el riesgo de abandono 3,66 veces. (IC95%:1,38-9,69) y finalmente alta frecuencia de tratamiento irregular en un 54,7% en toda la población, puesto que en nuestros hallazgos se observa que 1,901 con I.C. 1,044-3,461 hay probabilidad de abandono de tratamiento (6). También con Chaupe, ya que halló que el hacinamiento (OR= 4.70, IC 95% [2.22 – 9.96]), tiempo de tratamiento (OR= 5.97, IC 95% [2.79-12.77]) y el consumo de drogas ilícitas (OR= 3.58, IC 95% [1.54-8.35]) son factores de riesgo y en nuestros hallazgos se observa que 1,901 con I.C. 1,044-3,461 hay probabilidad de abandono de tratamiento (14).

Por último, se concuerda con Sosa cuando afirma que la secundaria (OR = 7.22, IC95%=2.42-21.50, $p<0.001$), el historial de consumo de tabaco en el pasado (OR = 2.62, IC95% = 1.30-5.29, $p=0.007$) y en el presente (OR = 2.89, IC95% = 1.37-6.11, $p=0.005$), el uso actual de drogas (OR = 3.71, IC95% = 1.64-8.37, $p=0.002$) o en el pasado (OR = 5.40, IC95% = 2.08-14.00, $p=0.001$), la acumulación de 5 o más ausencias en las citas de tratamiento (OR = 2.84, IC95% = 1.65-4.91, $p<0.001$) y el aumento en el número de visitas domiciliarias (OR = 1.16, IC95% = 1.04-1.31, $p=0.011$) fueron factores de riesgos y en nuestros hallazgos

se observa que 1,901 con I.C. 1,044-3,461 hay probabilidad de abandono de tratamiento (15).

5. Conclusiones

Después de analizar todo lo expuesto, se concluyó que el género masculino corresponde la mayor proporción de personas expuestas a la enfermedad de la tuberculosis pulmonar, considerándolos en el grupo de los casos, por consiguiente, se hace más probable que ante la exposición de los factores asociados, estos se vean más perjudicados. El tiempo de estancia hospitalaria en cualquier contexto es un factor de riesgo para aquellos pacientes que reciben tratamiento, incrementando la probabilidad de abandonar el tratamiento que reciben según esquema que les corresponda. El acceso a la información clara sobre los exámenes de laboratorio y otros es un factor de riesgo para abandonar el tratamiento, lo que aumenta la probabilidad en aquellos que no tienen una comunicación asertiva con el profesional encargado.

Así también, el consumo de cualquier tipo de sustancia alucinógena es un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de abandonar el tratamiento, con respecto aquellos que siendo diagnosticados con la enfermedad no hacen uso de estos tipos de drogas. De esto, se incide que la enfermedad genera perjuicios en la persona, familia y comunidad por los efectos negativos en las distintas áreas del desarrollo de la persona que es diagnosticada y es el profesional de enfermería quien debe cumplir un rol importante en la promoción y prevención en el primer nivel de atención, por ser el actor principal en la estrategia

sanitaria del control de tuberculosis. Cabe indicar que una de las limitaciones notables de este trabajo fue la falta de evaluaciones con un enfoque predictivo en la literatura existente. La mayoría de los estudios previos han adoptado un enfoque puramente explicativo, sin implementar divisiones claras entre datos de entrenamiento y datos de prueba para validar la capacidad predictiva de los modelos de regresión logística. Este vacío ha resaltado la necesidad de abordar la predicción como un componente crucial en el análisis de los factores asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis.

6. Referencias bibliográficas

1. Bermejo ML, Clavera IA, Michel de la Rosa FA, Marín BL. Epidemiología de la tuberculosis. An Sist Sanit Navar [Internet] 2007 [Citado el 15 de octubre de 2023];30(1):7–19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000400002&script=sci_abstract
2. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis—OPS/OMS [Internet]. 2020. [Citado el 15 de octubre de 2023] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
3. Benites CA, Lopez CM, Benites CA, Lopez CN. COVID-19 y tuberculosis: El encuentro entre nuevas amenazas y viejas enfermedades. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2021 [Citado el 15 de octubre de 2023];21(1):251–2. Disponible en <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3596>
4. Arteaga KI, Segama EW, Panduro VH, Dámaso BM, Zavala NR, Valdivia AQ. Predictores clínicos de tuberculosis multidrogorresistente en pacientes con tuberculosis pulmonar en Huánuco, Perú. 2010-2015. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2020 [Citado el 15 de octubre de 2023];20(2):1–18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000200193
5. Medina GL. Factores condicionantes para el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales 2016 [tesis de licenciatura]. Lima, Universidad San Martín de Porres; 2019.
6. Calderón CF. Frecuencia de abandono del tratamiento antituberculoso y factores de riesgo en un Centro Nacional de Excelencia en tuberculosis. Lima, Perú 2010-2015 [tesis de grado]. Lima, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2018.
7. Anduaga AR, Maticorena JA, Beas R], Chanamé DK, Veramendi ML, Wiegering AW, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Acta Médica Peru [Internet]. 2016 [Citado el 20 de octubre de 2023];33(1):21–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100005
8. Manterola DL. Estudios observacionales: Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. Rev Méd Clín Condes [Internet]. 2009 [Citado el 17 de octubre de 2023];1(2):539–48. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO717-95022014000200042
9. Cruz VL, Moreno A. Estudios transversales. Mc Graw Hill Education: Colombia; 2011.

10. Leongómez JW. Análisis de poder estadístico y cálculo de tamaño de muestra en R: Guía práctica. Análisis delaware [Internet]. 2020 [Citado el 18 de octubre de 2023];1(2):1–13. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343726283_Analisis_de_poder_estadistico_y_calculo_de_tamano_de_muestra_en_R_Guia_practica
11. Vargas JC. Factores de riesgo sociodemográficos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis en el centro de salud delicias de Villa– Chorrillos durante el periodo enero 2017-junio 2020. [tesis de maestría]. Lima, Universidad Ricardo Palma; 2022.
12. Zevallos MG. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la RED de Salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. [tesis de maestría]. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
13. Rivera OF, Benites SS, Mendigure JE, Bonilla CJ. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: Factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. Biomédica [Internet]. 2019 [Citado el 20 de octubre de 2023];39(2):1–17. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4564>
14. Chaupe P. Irregularidad al tratamiento antituberculoso pulmonar sensible: Factores asociados en el distrito veintiséis de octubre, 2021 [tesis de maestría]. Lima, Universidad Privada Antenor Orrego; 2022.
15. Sosa NB. Factores asociados al abandono de tratamiento convencional de tuberculosis pulmonar en tres IPRESS I-4 de Piura, 2017-2022 [tesis de licenciatura]. Piura, Universidad Nacional de Piura; 2022.

CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

HUMANIZED NURSING CARE IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS

Tello Correa Gladys Marleny¹

Resumen

La humanización del cuidado ha adquirido gran importancia en las últimas décadas, el interés nace a raíz de un cuidado impersonal y deshumanizado en los servicios de salud. El objetivo de este estudio es analizar las experiencias y/o vivencias del cuidado humanizado en las unidades de cuidado intensivo neonatal. Se identificaron los términos según los descriptores de ciencias de la salud (DeCS), seguido de la búsqueda sistemática, selección de artículos, revisión de su contenido, análisis y consolidación de resultados. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, BVS y revista ELSEVIER, la estrategia de búsqueda fue: humanization of care AND neonatal intensive care, los criterios de inclusión fueron: idioma español, inglés y portugués, artículos originales y de revisión sistemática. Se logró deducir 4 categorías: cuidando al recién nacido de manera humanizada, acogiendo a la familia del recién nacido, la innovación tecnológica como parte del proceso de humanización y limitantes para la práctica del cuidado humanizado. Conclusión: el cuidado humanizado en las unidades de cuidado intensivo neonatal significa acoger al recién nacido de manera integral, es brindar amor, ternura, afecto maternal, es interpretar las señales de discomfort, dolor y otras necesidades de un ser vulnerable. Humanizar es integrar a la familia en el cuidado del recién nacido en la unidad neonatal. Significa extender el cuidado hacia el profesional cuidador, es

Citar como:

Tello G. Cuidado humanizado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo neonatal. Rev. Recién. 2024; 13(1)

Correspondencia:
Tello Correa Gladys Marleny
gladystello1@gmail.com

Recibido: 20 / 12 / 2023
Aprobado: 05 / 01 / 2024
En línea:

¹ Enfermera especialista en neonatología, Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Maestra en Salud Pública, docente de la Escuela Profesional de Enfermería Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. https://orcid.org/0000_0003_4890_0844. gladystello1@gmail.com

enfocar el cuidado hacia tres dimensiones: recién nacido, familia y enfermera.

Palabras clave: Recién nacido, humanización de la atención, cuidado intensivo neonatal.

Abstract

The humanization of care has acquired great importance in recent decades; interest arises from impersonal and dehumanized care in health services. The objective of this study is to analyze the experiences and/or experiences of humanized care in neonatal intensive care units. The terms were identified according to the health sciences descriptors (DeCS), followed by the systematic search, selection of articles, review of their content, analysis, and consolidation of results. A bibliographic search was carried out in the databases PubMed, BVS and ELSEVIER magazine, the search strategy was humanization of care AND neonatal intensive care, the inclusion criteria were Spanish, English and Portuguese language, original articles and systematic review. It was possible to deduce 4 categories: caring for the newborn in a humanized way, welcoming the newborn's family, technological innovation as part of the humanization process and limitations for the practice of humanized care. Conclusion: humanized care in neonatal intensive care units means welcoming the newborn in a comprehensive manner, it is providing love, tenderness, maternal affection, it is interpreting the signs of discomfort, pain, and other needs of a vulnerable being. Humanizing is integrating the family in the care of the newborn in the neonatal unit. It means extending care to the professional caregiver; it means focusing care on three dimensions: newborn, family, and nurse.

Key words: Newborn, humanization of care, neonatal intensive care.

1. Introducción

El concepto de humanización del cuidado va adquiriendo énfasis con la teoría de Jean Watson, a fines del siglo XX, para ella la enfermería es arte y ciencia humana, tiene una orientación existencial, fenomenológica y espiritual. Postula que el amor y el cuidado son “esenciales para el desarrollo y supervivencia de la humanidad”. En tal sentido, el objetivo del cuidado es alcanzar en las personas, el “más alto nivel de armonía entre cuerpo, mente y espíritu”. Watson sostiene que “el cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico de la otra persona”, de esta forma logrará percibir sus sentimientos, pensamientos y emociones, facilitando una mejor respuesta ante las diferentes situaciones que se encuentre atravesando (1).

Las demandas en la atención y los avances tecnológicos han conducido a una despersonalización y deshumanización de la atención, motivo por el cual la humanización del cuidado es uno de los temas de mucha discusión en los últimos años. Implica un cambio en las formas de ser y hacer en la atención brindada, basado en el respeto y la dignidad del ser humano. El ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), es de por sí estresante, tanto para el recién nacido como para la familia y el personal de salud, es un contexto que demanda alta tecnología y procedimientos especializados a fin de garantizar la supervivencia y una mejor calidad de vida de los neonatos. Humanizar el cuidado en un contexto como éste, implica actitud, voluntad y compromiso

de los profesionales de enfermería frente a un ambiente tecnológico (2). Es por ello por lo que se plantea la siguiente interrogante ¿qué experiencias y/o vivencias de cuidado humanizado existen en las unidades de cuidado intensivo neonatal?

El cuidado humanizado en la UCIN conlleva, a pesar del uso de la más sofisticada tecnología, crear un ambiente terapéutico singularizado para el paciente y su familia, orientado a brindar comodidad y seguridad. La escucha sensible de la enfermera es tan importante como el procedimiento técnico, sólo al ver, escuchar y sentir al bebé y su familia se estará atendiendo y entendiendo la esencia del cuidado humano. El objetivo de este estudio es describir y analizar las experiencias y/o vivencias de cuidado humanizado en las unidades de cuidado intensivo neonatal.

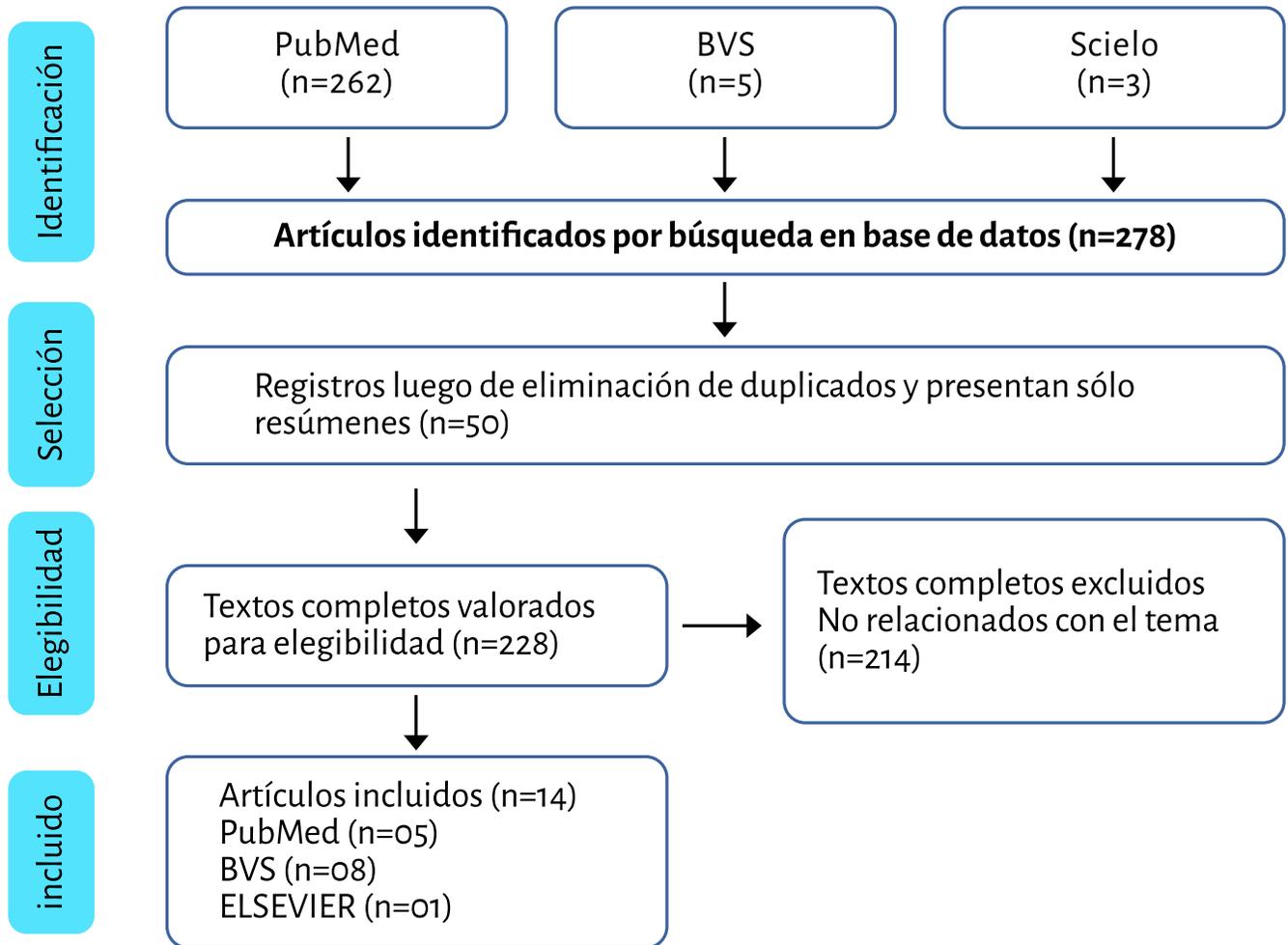
2. Metodología

Revisión bibliográfica, que consistió en identificar publicaciones indexadas en las bases de datos Elsevier, PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), consultando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) se definieron las siguientes palabras clave: recién nacido, humanización de la atención, cuidado intensivo neonatal, la estrategia de búsqueda empleada fue : humanization of care AND neonatal intensive care. Como criterios de inclusión se consideró: artículos en los idiomas español, inglés y portugués, todos en texto completo, estudios cualitativos, artículos originales y de revisión sistemática, en el periodo de 2017 a 2023. La pregunta que condujo a este estudio fue ¿Qué experiencias y/o vivencias de cuidado

humanizado existen en las unidades de cuidado intensivo neonatal? Para la selección de artículos se utilizó el diagrama de flujo Referred Reporting

Items for Systematic Review and MetaAnalyses (PRISMA).

Figura 1. El diagrama PRISMA para revisión de artículos relevantes



3. Resultados

Autor/año/ país/base de datos	Propósito	Resultado	Conclusión
R. Martínez Verónica et al /México/ Elsevier/ 2015 (3).	Implementar la estrategia de musicoterapia con la finalidad de mejorar las condiciones de los recién nacidos y de sus respectivas familias al disminuir los daños colaterales y principalmente el estrés en el entorno neonatal.	Se evidenció que durante las sesiones de musicoterapia los recién nacidos no presentaron cambios en los signos vitales, los padres manifestaron disminución del estrés y altos niveles de satisfacción.	La música tiene efectos benéficos como una terapia complementaria, principalmente en los recién nacidos prematuros, se recomienda difundir esta práctica.
Rocha, M. Carvalho, M. Fossa, A. Rossato, L. /Brasil/BVS/2015 (4).	Comprender las experiencias de las enfermeras en la UCIN, con relación a su actuar e identificar las limitantes para afrontar una atención humanizada al neonato y su familia.	Encontrándose 3 categorías: “observar al neonato de forma humanizada”, percatarse de las limitantes para brindar un cuidado humanizado al neonato y la familia, plantear estrategias respecto a esas limitantes encontradas.	Las enfermeras consideran que el cuidado humanizado al recién nacido involucra diversas acciones: “Confortar al recién nacido y su familia” favoreciendo un mayor tiempo de visita y permitiendo que los padres participen del cuidado del bebé, sin embargo, se encuentra una serie de dificultades: infraestructura limitada, sobrecarga laboral, restringido horario de visitas, por lo tanto, urge el trabajo en equipo y principalmente sensibilización sobre el cuidado humanizado.
Romero Daza, A. et al /Colombia/ BVS/2018 (5).	Reconocer las iniciativas de las enfermeras por brindar cuidados humanos como nuevos desafíos de enfermería.	Las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos conocen las iniciativas y beneficios de cuidados humanos, lo demuestran a través de la organización de horarios y protocolos para manipulación mínima y cuidados en el neurodesarrollo.	Las enfermeras implementan los protocolos de manipulación mínima y el cuidado del neurodesarrollo de los prematuros: posicionamiento, no exposición a la luz, masajes y estimulación, manejo de los factores ambientales, higiene y alimentación.

<p>Utrilla, A. et al/ España /BVS/2018 (6).</p>	<p>Identificar la relación de la enfermera con los padres y el recién nacido.</p>	<p>Se logró identificar algunos factores que afecta la relación de la enfermera con los padres y el recién nacido, así como la necesidad de brindar un cuidado individualizado.</p>	<p>La enfermera se constituye en un elemento clave para la interacción con los padres y el recién nacido, resultando una relación única, dinámica y compleja.</p>
<p>Silveira, C. et al/ Brasil/ BVS/2019 (7).</p>	<p>Describir el uso de estrategia empleadas por las enfermeras para la humanización de la atención en la unidad de cuidados intensivos neonatales.</p>	<p>La estrategia más importante y valorada para el proceso de humanización de la atención es la comunicación, seguido de la disminución de todo tipo de estímulos estresantes.</p>	<p>En la unidad de cuidados intensivos neonatales toda acción relacionada con la humanización es fácil de entender, no se requiere de materiales costosos ni capacitación técnica que sea especializada. Con resultados muy beneficiosos en el desarrollo del recién nacido.</p>
<p>Costa, J., Oliveira, C., Carmona, E. / Brasil/ BVS/ 2019 (8).</p>	<p>Identificar la percepción que tiene el equipo de Enfermería respecto a la humanización del cuidado que se brinda en una Unidad de cuidado intensivo neonatal.</p>	<p>Se encontró cuatro categorías: “Humanización como seguridad para padres, profesionales y recién nacidos” “Atención que incluye al recién nacido y la familia” “Humanización como cultura de equipo y política institucional” “Contradicciones del cuidado humanizado”.</p>	<p>Existe la necesidad de promover acciones educativas de tal forma que el enfoque humanizado sea mejor comprendido e implementado en las unidades neonatal.</p>
<p>Soares et al. /Brasil / PubMed/2019. (9).</p>	<p>Analizar la percepción del equipo multidisciplinario sobre la inserción del padre en el cuidado del prematuro en la UCI neonatal.</p>	<p>El equipo de salud percibe al padre como el proveedor, solidario, comparte acciones de cuidado, conquista nuevos espacios, fortalece el vínculo, proporciona seguridad a la madre.</p>	<p>Los resultados orientan a la inserción de la figura paterna en el cuidado de su hijo hospitalizado como parte de una propuesta de atención humanizada, debiendo los profesionales tomar mayor conciencia en este tema.</p>

<p>Noda, L, et al Brasil /BVS/2018 (10).</p>	<p>Comprender el significado de humanización de la atención a partir de la perspectiva de los padres de los recién nacidos que ingresaron en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.</p>	<p>Se encontraron 3 categorías: “atención acogedora a los recién nacidos”, “relación con los padres” y “comportamiento de los profesionales”.</p>	<p>El cuidado humanizado se caracteriza por la manera cómo se cuida y por la relación con los profesionales de salud.</p>
<p>Refrande, S. et al/ Brasil/ PubMed/ 2019 (11).</p>	<p>Reconocer las experiencias de las enfermeras en el cuidado del recién nacido de alto riesgo.</p>	<p>Se evidenció el cuerpo vivido, el mundo y el tiempo vividos del profesional enfermero sobre el recién nacido de alto riesgo.</p>	<p>Se determinó que el cuidado del recién nacido de alto riesgo es amplio, involucra el mundo objetivo y subjetivo, realizado con tecnología avanzada, con vivencias y perfeccionamiento científico teórico y práctico, compartido con la familia y todo el universo neonatal.</p>
<p>Leite, P. et al./Brasil / BVS 2020 (12).</p>	<p>Comprender la humanización de la atención en la unidad de cuidado intensivo neonatal.</p>	<p>Los profesionales demostraron alto grado de conocimiento acerca de humanización, entendiéndose como un proceso experimental que se adquiere a través de la práctica bajo un sesgo afectivo y la misma ciencia de enfermería. Se destacó la importancia de extender el cuidado humanizado hacia la familia del neonato.</p>	<p>Existe preocupación de los profesionales sobre la participación de la familia en el proceso de humanización que atraviesa desde la confianza hasta el empoderamiento de los padres.</p>
<p>Luz SCL, Backes MTS, Rosa R, Schmitz EL, Santos EKA/Brasil / PubMed/2021 (13).</p>	<p>Determinar las potencialidades dificultades y barreras al implementar cuidados humanizados desde una perspectiva método madre- canguro.</p>	<p>Se logró identificar las potencialidades en la implementación del método madre-canguro: la tecnología y la educación permanente. Asimismo, se identificaron las barreras y dificultades: falta de profesionales y su respectivo entrenamiento, desconocimiento, poco compromiso, falta de espacio físico, desmotivación profesional.</p>	<p>Existen pocos estudios que abordan el tema de las potencialidades y dificultades para el cuidado humanizado, desde una perspectiva del método madre- canguro.</p>

<p>Haslbeck, F.B.; Schmidli, L.; Bucher, H.U.; Bassler, D/ Suiza/ Pub Med/2021 (14).</p>	<p>Explorar los efectos de la musicoterapia en los bebés prematuros hospitalizados desde la perspectiva de los padres.</p>	<p>Se logró identificar 3 dimensiones: a. Impacto positivo en los recién nacidos prematuros al fortalecer el vínculo padre – hijos. b.Recomendar a la musicoterapia como una terapia complementaria. c. Permite un desarrollo infantil saludable.</p>	<p>Los hallazgos determinaron un impacto positivo y formativo tanto en los recién nacidos prematuros como en sus padres en el ambiente estresante de la UCI neonatal y más allá del entorno hospitalario.</p>
<p>Haslbeck, F.B.; Schmidli, L.; Bucher, H.U.; Bassler, D/ Suiza/ Pub Med/2021 (14).</p>	<p>Determinar la perspectiva de los profesionales de la salud como facilitadores del empoderamiento de la familia en las unidades de cuidado intensivo neonatal.</p>	<p>Se logró determinar el efecto crucial e importante del papel de los profesionales de la salud en la humanización del cuidado, además su efecto en el binomio madre-hijo.</p>	<p>Para lograr la humanización de los cuidados en la UCI neonatal, es necesario fomentar la participación de la familia, para ello es razonable cambios estructurales, de políticas hospitalarias que permitan cambios en infraestructura y faciliten las puertas abiertas las 24 horas del día.</p>
<p>Mufato y Gaíva / Brasil/ BVS/2022/ (16).</p>	<p>Comprender las acciones empáticas de las enfermeras con los recién nacidos en la unidad de cuidado intensivo neonatal.</p>	<p>Las enfermeras le atribuyen el ser empáticas con el recién nacido hospitalizado, al hecho de tener afecto materno, entender las expresiones como el llanto, compasión por cada procedimiento doloroso, Todo ellos traducido en el cuerpo de la enfermera que arrulla en brazos, acaricia, toca, conversa, en el intento de suplir el afecto materno ausente en ese momento.</p>	<p>Se percibió espíritu empático de las enfermeras, que pone de manifiesto el trabajo subjetivo que realizan las enfermeras, con el fin de desarrollar una atención humanizada en los recién nacidos hospitalizados, al mismo tiempo que se determinó algunas limitaciones y desafíos que trae consigo la empatía en el trabajo de enfermería.</p>

4. Discusión

Humanizar es cuidar desde varias dimensiones, físico, emocional y espiritual, es trascender como lo menciona Watson (1988), “conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás” a través del proceso de cuidar(1). Los profesionales de enfermería cuentan con el conocimiento suficiente sobre cuidado humanizado, sin embargo, ponerlo en práctica en torno al ambiente tecnológico de la UCIN, resulta complicado, implica pensar en la implementación de un programa terapéutico que va más allá de la realización de técnicas. La humanización es un proceso complicado, amplio y complejo, induce a cambios de actitudes, respeto por los sentimientos y particularidades de la otra persona. Es permitir expresarse a la familia, es ponerse en el lugar del otro, entenderlo, comprender que siempre tiene algo que decir. Es tratar cómo quisiéramos ser tratados si nos encontramos en una similar situación, es comprender que humanizar significa dignidad y respeto (17).

Las investigaciones sugieren algunas dimensiones del cuidado humanizado: cuidado directo al recién nacido, integrando al recién nacido y su familia, la asistencia humanizada como seguridad entre recién nacido, padres y profesionales, limitantes y propuestas estratégicas para poner en práctica el cuidado humanizado(18) (4) . (Lins, r. et al) (19), refiere que las acciones de cuidado humanizado deben proyectarse hacia el profesional cuidador como un todo integrado. Describamos algunas dimensiones encontradas:

Cuidando al recién nacido de manera humanizada:

El actuar de los profesionales de enfermería en las unidades de cuidado intensivo neonatal es sumamente personalizado, debiendo estar atentos a la comunicación no verbal del recién nacido, teniendo en cuenta que existe un ambiente interno y externo que lo rodea. Significa para la enfermera llevar a cabo una serie de acciones encaminadas a integrar al neonato y su familia, ayudando a adaptarse a ese medio hospitalario que para ellos es nuevo y estresante (4). Las enfermeras implementan protocolos orientados a la protección y cuidado del neurodesarrollo: intervención mínima, posicionamiento, no exposición a la luz, masajes y estimulación, manejo de los factores ambientales, higiene y alimentación (5).

Humanizar es brindar una “atención acogedora” al recién nacido (10). Un cuidado sutil, con amor y ternura, supliendo a la protección maternal, a pesar del ambiente con la más sofisticada tecnología y los procedimientos especializados. La enfermera no pierde su razón de ser por el otro, “el ser cuidado”. La cuidadora debe estar sensibilizada y comprometida para ayudar a un vulnerable (edad y enfermedad), los procedimientos, técnicas e intervenciones debe estar caracterizado por respeto, consideración, gentileza, cariño, solidaridad y compasión por el otro (20). Tener afecto materno, entender las expresiones, compasión por cada procedimiento doloroso, se traduce en el cuerpo de la enfermera que arrulla en brazos, toca, acaricia, conversa, intentando suplir el afecto materno ausente en ese momento (16).

Humanización significa que, la enfermera al estar junto al bebé expresa su delicadeza, ternura y transmite amor al recién nacido, como diría Leonardo Boff (21) “cuidar no sólo es un acto sino una actitud”, la caricia es la expresión máxima del cuidado, es un acto que ennoblece totalmente a la persona en su interioridad, en su pensamiento y en toda relación que establece.

Las enfermeras que cuidan a los recién nacidos en la UCIN, lo hacen con entrega y compromiso, se sumergen en la corporeidad del recién nacido, en un espacio y tiempo que les permite experimentar el cuidado desde un mundo objetivo y subjetivo, ligado al conocimiento científico e innovación tecnológica como complemento (11).

Todas estas acciones conllevarán a la reflexión y práctica de una asistencia humanizada en el cuidado directo del recién nacido que se encuentra en total vulnerabilidad y dependencia en la UCIN.

Acogiendo al recién nacido y familia

La familia del recién nacido es uno de los aspectos álgidos para la práctica de cuidado humanizado, pues el recién nacido no se encuentra sólo, lleva consigo a sus padres, quienes se encuentran en total desconcierto con la separación y la hospitalización de su hijo y sobre todo en una unidad de cuidados intensivos, donde muchas veces se debate entre la vida y la muerte(12) . La enfermera se constituye en la piedra angular para la interacción del recién nacido y sus padres, estableciendo una relación singular, compleja y dinámica (6). Para todo este proceso, la comunicación es la estrategia clave que permite a las enfermeras el acercamiento a

la familia, sin mayores recursos financieros, ni capacitación técnica especializada (7).

Las enfermeras pueden percibirse como acogedoras, sensibles, predisuestas a interactuar con el recién nacido, con los padres y con todos los miembros que integran del equipo de salud. Acoger a la familia significa ampliar el horario de visitas, hacer que los padres participen en el acto de cuidado, contar con el espacio físico adecuado. Soares et al (9) en el año 2019, analizaron desde la perspectiva del equipo de salud, la inserción del padre en el cuidado de su hijo hospitalizado en la UCIN, concluyendo que se debe fomentar la participación de la figura paterna como estrategia de atención humanizada en las unidades neonatales, lograron identificar que el padre es considerado como el proveedor, el que da seguridad a la madre, fortalece el vínculo y comparte acciones de cuidado.

De manera concluyente, es muy significativo que la familia se involucre en el cuidado del recién nacido hospitalizado, numerosos estudios así lo demuestran, se evidencia que el niño presenta un mayor desarrollo del vínculo afectivo lo que conlleva a mejores progresos en sus capacidades y potencialidades (22). El cuidado humanizado significa seguridad y atención personalizada al recién nacido y familia, involucra, además, la seguridad del ente cuidador, implica políticas institucionales y cultura del equipo neonatal (8). Es necesario la reestructuración de los sistemas, que permitan implementar la política de puertas abiertas las 24 horas del día, en todas las unidades de cuidado intensivo neonatal (15).

La innovación tecnológica como parte del proceso de humanización.

Los recién nacidos están expuestos a un exceso de ruidos mecánicos propios de las unidades de cuidado intensivo neonatal, viéndose afectado el normal desarrollo del cerebro. Lordier et al (23) en el año 2019, lograron evidenciar a través de resonancia magnética, los efectos de una intervención musical en recién nacidos prematuros, llegando a demostrar que hubo considerable mejoría en la conectividad de los circuitos nerviosos cerebrales, los mismos que tienen implicancia en las funciones cognitivas y sensoriales de los neonatos. Por otro lado, Martínez et al (3) en el año 2015, determinaron que la musicoterapia contribuye a la disminución del estrés en los padres, conllevando a un alto índice de satisfacción. Haslbeck et al (14) en el año 2021, determinaron a partir de la perspectiva de los padres, que la música tiene efectos positivos en el vínculo padres- recién nacido, siendo recomendable su aplicación como una terapia complementaria, puesto que tiene resultados formidables en el desarrollo infantil, más allá de las puertas de la UCIN.

Limitantes para la práctica del cuidado humanizado.

Varias son las limitantes para la práctica del cuidado humanizado y están relacionadas con el desacertado manejo de los sistemas de salud: la falta de un espacio físico, el poco compromiso de las autoridades institucionales, actitudes no humanizadas en ciertas ocasiones. El sistema sanitario no es el óptimo, se encuentra limitado en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales; determinantes claves para un cuidado

de calidad. Esta es la situación que enfermería enfrenta en su diario quehacer, el profesional puede tener la mejor predisposición de brindar cuidados humanizados, sin embargo, se encuentra frente a barreras, que conducen hacia un cuidado parcializado y poco integrado (18) (13) .

Existe una ambivalencia respecto a la participación de los padres en el cuidado, si bien es cierto, se ha demostrado en numerosas investigaciones que los padres son una gran ayuda en la pronta recuperación del bebé, pero a la vez, se testifica que la presencia de la madre en la unidad neonatal obstaculiza el desarrollo de actividades del equipo (4). Es necesario la preparación de los padres antes de hacerles partícipes del cuidado en la hospitalización.

4. Conclusiones

En las unidades de cuidado intensivo neonatal la enfermera se encuentra junto al recién nacido, brindando un cuidado con amor, ternura, delicadeza, con sensibilidad y afecto maternal. Interpreta las señales de dolor, incomodidad, disconfort, inseguridad de ese ser que se encuentra dependiente de cuidado y en total vulnerabilidad. El cuidado en este contexto es integrado, completo, complejo y por ende humanizado.

Respecto al cuidado con proyección a la familia, es uno de los desafíos en nuestros días, se ha logrado demostrar que son múltiples los beneficios de hacer partícipes a los padres en el cuidado de sus bebés en las unidades neonatales, como fortalecer el vínculo afectivo padres – hijos, disminuye los días de estancia hospitalaria, empodera a los

padres para el cuidado más allá de las puertas del hospital. Sin embargo, existen factores externos limitantes para esta intervención: sobrecarga laboral, infraestructura no adecuada, falta de políticas institucionales y cultura de equipo, lo cual no permite desarrollar a cabalidad atención humanizada en este contexto.

La innovación tecnológica en las últimas décadas es imprescindible en las unidades neonatales, con el fin de mejorar la supervivencia de los recién nacidos, sin embargo, no debe conducir al distanciamiento de la dimensión humana del cuidado. Por el contrario, debe ser útil para facilitar la integración de los padres con su bebé, como se viene practicando en algunos contextos neonatales, debiendo replicarse dicha práctica en otros ámbitos de atención neonatal.

Resulta importante que el cuidado humano se extienda hacia la persona que cuida, es decir el cuidado debe circunscribirse en tres dimensiones: al recién nacido, a la familia y a la enfermera (cuidar al cuidador).

5. Referencias bibliográficas

1. Urra Eugenia M, Jana Alejandra A, García Marcela V. Some essential aspects of Jean Watson thought and her transpersonal caring theory. *Cienc Enfermería*. 2011;17(3):11-22.
2. Silva JSLG, Magalhaes SG da silva. O Cuidado Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Pró-UniverSUS*. 2019;10(1):129-32.
3. Marínez et al. Musicoterapia en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: experiencia benéfica para el binomio [Internet]. 2015 [citado 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-pdf-S0187533715000333>
4. Rocha MCP, Carvalho MSM, Fossa AM, Rossato LM. Assistência Humanizada na Terapia Intensiva Neonatal: Ações e Limitações do Enfermeiro. *Saúde Em Rev*. 2015;15(40):67-84.
5. Romero Daza A, Danies Valverde J, de la Hoz G, Mendiola Pino I. Iniciativas de cuidados humanos en neonatología: nuevo desafío práctico de enfermería. *Cult Cuid Enferm*. 2018;15(1):15-22.
6. Utrilla Rojo AC, Sellán Soto MC, Ramos Cruz A, Mateo Martínez G, Utrilla Rojo AC, Sellán Soto MC, et al. La relación enfermera - padres - neonato desde la perspectiva enfermera. *Rev Cuba Enferm [Internet]*. septiembre de 2018 [citado 13 de julio de 2021];34(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192018000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Silveira Filho CCZ, Silveira MDA da, Silva JC da. Estratégias do enfermeiro intensivista neonatal frente à humanização do cuidado. *Cuid Enferm*. diciembre de 2019;13(2):180-5.
8. Sanfelice CF de O, Costa JV da S, Carmona EV. Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais da enfermagem. *Rev Enferm UFPE Line*. 2019;13.
9. Soares NC, Bernardino MPL, Zani AV. INSERTION OF THE FATHER IN THE CARE OF THE HOSPITALIZED PRETERM INFANT: PERCEPTION OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM. *Rev Paul Pediatr Orgao Of Soc Pediatr Sao Paulo*. 2019;37(3):283-90.
10. Noda LM, Alves MVMFF, Gonçalves MF, Silva FS da, Fusco S de FB, Avila MAG de. Humanization in the Neonatal Intensive Care Unit from parents'

perspective. REME Rev Min Enferm. 2018;22:1-6.

11. Refrande SM, Silva RMCRA, Pereira ER, Rocha RCNP, Melo SH da S, Refrande NA, et al. Nurses' experiences in the care of high-risk newborns: a phenomenological study. Rev Bras Enferm. diciembre de 2019;72(suppl 3):111-7.

12. Leite PIAG, Pereira F da G, Demarchi RF, Hattori TY, Nascimento VF do, Terças-Trettel ACP. Humanização Da Assistência De Enfermagem Em Unidade De Terapia Intensiva Neonatal. Rev Enferm E Atenção À Saúde. 2020;9(1):90-102.

13. Luz SCL, Backes MTS, Rosa R da, Schmit EL, Santos EKA dos. Kangaroo Method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20201121-e20201121.

14. Haslbeck FB, Schmidli L, Bucher HU, Bassler D. Music Is Life—Follow-Up Qualitative Study on Parental Experiences of Creative Music Therapy in the Neonatal Period. Int J Environ Res Public Health. 21 de junio de 2021;18(12):6678.

15. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Moncunill-Martínez E, Yáñez-Araque B, Ugarte Gurrutxaga MI. Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. Int J Env Res Public Health Online [Internet]. octubre de 2020;17(19). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579288>

16. Mufato LF, Gaíva MAM. Empatia de enfermeiras com recém-nascidos hospitalizados em unidades de terapia intensiva neonatal. Acta Paul Enferm Online. 2022;35:eAPE00492-eAPE00492.

17. Reis LS dos, Silva EF da, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Percepção da equipe de

enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):118-24.

18. Souza KMO de, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(2):471-80.

19. LINSR, COLLET N, VAZE, REICHERT A. Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal. Rev Bras Ciênc Saúde. 2013;17(3):225-32.

20. Pereira RA. O processo de ditongação sob a perspectiva da fonologia gerativa -. 2007;43(4):69-92.

21. Boff, L. El cuidado esencial [Internet]. Madrid; 2002. Disponible en: <https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/07/El-Cuidado-Esencial-Boff.pdf>

22. Díaz Torrents A. La comunicación, de los padres con hijos ingresados en la UCIN, con el personal de enfermería-1. 2017. 2017;

23. Lordier L, Meskaldji DE, Grouiller F, Pittet MP, Vollenweider A, Vasung L, et al. Music in premature infants enhances high-level cognitive brain networks. Proc Natl Acad Sci U S A. 11 de junio de 2019;116(24):12103-8.

CONDICIONES DE TRABAJO EN EL CUIDADO ENFERMERO WORKING CONDITIONS IN NURSING CARE

Milexy Amelia Cusi Escate¹

Rosa María Contreras Gómez²

Juana Matilde Cuba Sancho³

Resumen

Introducción: La calidad del cuidado no depende solo del profesional de enfermería también está determinado por las condiciones del lugar de trabajo.

Objetivo: Analizar la evidencia científica de las condiciones de trabajo en el cuidado enfermero.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura, entre el mes de enero a marzo del 2023; se realizó la búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: Scopus, Scielo, Researchgate, PubMed y Lilacs; se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Descriptores MeSH y los operadores booleanos OR y AND. Se consideraron textos completos entre los años del 2012 al 2022, se revisaron 334 artículos los cuales fueron sometidos a la metodología PRISMA, la muestra quedó conformada por 14 artículos.

Conclusión: Las condiciones de trabajo de la enfermera son precarias, se caracterizan por la intensificación de la carga laboral, escases de recursos humanos e insumos, desarrollo de problemas de salud físico y psicológico, asimismo la remuneración es insuficiente, todo ello conlleva a un riesgo en la calidad de cuidado al paciente.

Palabras clave: Condiciones de Trabajo; Enfermería; Atención de enfermería.

Citar como:

Cusi M, Contreras R, Cuba J. Condiciones de trabajo en el cuidado enfermero. Rev. Recién. 2024; 13(1)

Correspondencia:

Milexy Amelia Cusi Escate
milexyce23@gmail.com

Recibido: 30 / 11 / 2023

Aprobado: 22 / 01 / 2024

En línea:

¹. Licenciada en Enfermería Especialista en Neonatología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima- Perú, https://orcid.org/0000_0001_6051_6429

². Magister en Enfermería. Enfermera. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima- Perú, https://orcid.org/0000_0001_8171_7641

³. Doctora en Enfermería. Enfermera. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima- Perú, https://orcid.org/0000_0002_9803_1571

Abstract

Introduction: The quality of care does not depend only on the nursing professional; it is also determined by the conditions of the workplace.

Objetive: Analyze the scientific evidence of working conditions in nursing care.

Methods: Systematic review of the literature, between the month of January to March 2023; The search for articles was carried out in the following databases: Scopus, Scielo, Researchgate, PubMed and Lilacs; The Descriptors in Health Sciences (DeCS), MeSH Descriptors and the Boolean operators OR and AND were used. Complete texts between the years 2012 and 2022 were considered, 334 articles were reviewed, which were subjected to the PRISMA methodology, the sample was made up of 14 articles.

Conclution: The working conditions of nurses are precarious, characterized by the intensification of the workload, shortage of human resources and supplies, development of physical and psychological health problems, as well as insufficient remuneration, all of which leads to a risk in the quality of patient care.

Key words: Working Conditions; Nursing; Nursing care.

1. Introducción

Florence Nightingale demostró que para conservar un cuidado de la salud idóneo es conveniente mantener un entorno saludable y enfatizó que los ambientes de trabajo deben tener “condiciones” para crear “espacios de curación”(1).

Las condiciones de trabajo (CT) en enfermería abarcan una agrupación de factores laborales intra y extrahospitalarios, que permiten proporcionar un cuidado de calidad (2). Diversas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), reconocen la importancia de la labor de enfermería en el mundo y la catalogan como la columna vertebral de las instituciones de salud, y se han pronunciado sobre las condiciones inadecuadas en que esta desempeña su trabajo (3).

la evolución de la profesión de enfermería ha logrado grandes avances desarrollando en el personal una formación científica, técnica y humanística; sin embargo, diversos estudios reportan que las condiciones laborales en donde se desempeña la enfermera se han vuelto más duro, complejo y difícil (4); estas situaciones adversas impactan de forma negativa en el cuidado que proporciona la enfermera (5).

La calidad del cuidado no depende únicamente de la enfermera también está determinado por el entorno, el cual le debe brindar las condiciones adecuadas (5), de lo contrario habrá serias implicaciones en la idoneidad del cuidado, seguridad del usuario (6), aumento de los diversos efectos adversos, de la mortalidad, de las

infecciones hospitalarias y estancia prolongada (7). Las CT tienen relación con la satisfacción, motivación y desempeño de la enfermera, por tanto, es indispensable que las instituciones realicen planes de mejora y fortalezcan estrategias de gestión que fomenten el desarrollo de espacios adecuados para brindar una atención de calidad (2).

En este contexto es necesario identificar las CT de la enfermera ya que impactan en el cuidado que brindan al paciente. El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia científica de las condiciones de trabajo en el cuidado enfermero.

2. Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en los meses de enero a marzo del 2023, en donde se utilizó la hermenéutica que posibilitó la trascendencia reflexiva (8) (9). Se formuló la pregunta de investigación ¿Cuáles son las evidencias disponibles sobre las condiciones de trabajo en el cuidado enfermero? Para orientar la estrategia de búsqueda y delimitar el problema planteado se utilizó la metodología PICO, P (enfermería), I (condiciones de trabajo), C (no existe comparativo), O (cuidado).

La búsqueda de los artículos se realizó en las siguientes bases de datos: Scopus, Scielo, Researchgate, PubMed y Lilacs. Como estrategia de búsqueda se usaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Descriptores MeSH y los operadores booleanos OR y AND.

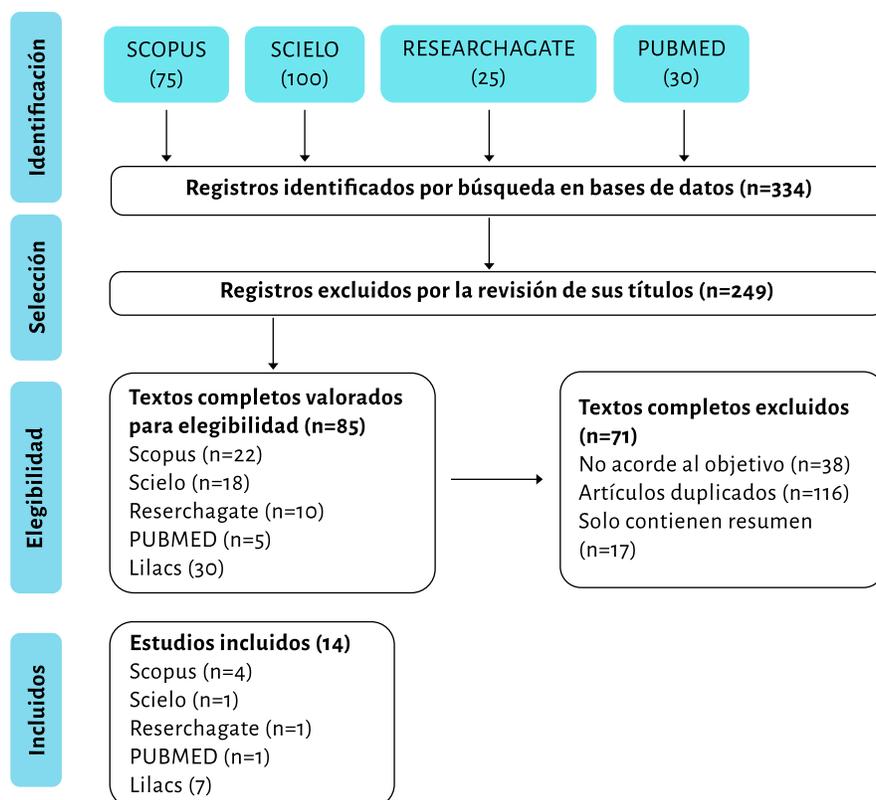
Cuadro 1. Estrategia de búsqueda según base de datos

Base de datos	Descriptores	Estrategia de búsqueda
SCOPUS SCIELO RESEARCHGATE PUBMED LILACS	Condiciones de Trabajo Enfermería Atención de enfermería	((Condiciones de Trabajo) OR (enfermería) AND (Atención de enfermería))
	Condições de Trabalho Enfermagem Cuidados de Enfermagem	((Condições de Trabalho) OR (Enfermagem) AND (Cuidados de Enfermagem))
	Working Conditions Nursing Nursing care	((Working Conditions) OR (Nursing) AND (Nursing care))

Los criterios de inclusión para la selección fueron: artículos gratuitos con acceso al texto completo, en revistas indexadas del período de enero 2012 a diciembre del 2022; se excluyeron: artículos que solo se tengan acceso al resumen, no presenten rigor metodológico; que no estén acorde al objetivo.

Se obtuvo 334 artículos (Figura 1), los cuales fueron sometidos a la metodología PRISMA, la muestra quedó conformada por 14 artículos, se utilizó el diagrama de flujo Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) (10), como se muestra en la Figura 1.

Figura. 1 Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos que formaron parte del estudio.



3. Desarrollo

En el cuadro 2 se muestra la matriz de análisis de los artículos incluidos en el estudio.

Autores/Año / País/Base de datos	Propósito	Resultados	Conclusión
Canales V, Valenzuela S, Paravic K. (11) /2016/ Chile/ Scopus	Identificar las CT de las profesionales de enfermería en Chile.	Las condiciones laborales se caracterizan por la escases de materiales, gran demanda laboral y carencia recursos.	Las enfermeras en su trabajo experimentan condiciones laborales de precariedad, con elevada demanda laboral, y limitados recursos que las impulsan a tomar decisiones complejas en el cuidado.
Granero L. y otros(12)/2016/España/ Scopus	Evaluar el impacto percibido de las medidas de contención del gasto sanitario en las CT de las enfermeras.	Identificaron reducción salarial, incremento del número de horas trabajadas, mayor complejidad y presión asistencial, alta rotación por diferentes servicios, precariedad laboral, entre otros.	Las enfermeras reconocieron que existe un deterioro de las condiciones de trabajo y de la calidad de vida laboral de las enfermeras caracterizadas por recorte salarial, sobrecarga de trabajo e inseguridad en el empleo.
Er Fatma, Sokmen Serap(6)/2017/ Turquía/ Scopus	Calificar las CT con respecto a los criterios de hospitales amigos de las enfermeras.	El número de enfermeras es insuficiente y el entorno de trabajo es insatisfactorio e inadecuado para brindar cuidados seguros a los pacientes.	La mayoría de las enfermeras coincidieron en que varias áreas necesitan mejoras para brindar cuidados de calidad.
Sydney X. HU y otros(13)/2014/ China/ Scopus	Examinar los efectos de las CT peligrosas sobre el agotamiento en las enfermeras de Macao.	Prevalece una inadecuada temperatura, aire y contaminación acústica.	La inadecuada temperatura, aire y contaminación acústica incrementan los niveles de agotamiento en la enfermera afectando el cuidado.

<p>Luengo-Martínez, Sanhueza(5)/2016/ Chile/ Scielo</p>	<p>Identificar las CT y su relación con la calidad del cuidado y la salud física y mental del profesional de enfermería.</p>	<p>Las condiciones de trabajo presentan sobrecarga laboral, carencia de insumos, salarios insatisfactorios, personal insuficiente, rol o multitareas, falta de seguridad, escasa capacitación, pocos beneficios y recompensas, falta de autonomía y organización deficiente.</p>	<p>Las condiciones de trabajo adversas podrían influir en la calidad de los cuidados al paciente.</p>
<p>Orcasita Almarales; Ovalle Yaguna(14)/2019/</p>	<p>Determinar las condiciones laborales del personal de enfermería en una clínica de alta complejidad en Valledupar</p>	<p>Baja remuneración, escaso reconocimiento profesional y percepción de trabajo monótono que conlleva a la insatisfacción laboral y exposición a riesgos psicológicos.</p>	<p>Las condiciones remunerativas no permiten a la enfermera realizar de forma satisfactoria su trabajo.</p>
<p>Granero y otros (4)/2018/ España/ Pubmed</p>	<p>Analizar la relación entre la valoración cuantitativa de las CT y la percepción cualitativa de la propia experiencia laboral.</p>	<p>Las condiciones laborales son calificadas con niveles bajos, donde prevalece el cansancio, trabajo inadecuado, clima negativo, desorganización, sobrecarga, malas condiciones socioeconómicas, falta de reconocimiento, malestar, escasos recursos e ineficacia.</p>	<p>Las condiciones laborales se caracterizan de forma negativa por la sobrecarga, insuficiencia de tiempo y de recursos humanos para proporcionar cuidado.</p>
<p>Santos y otros (15)/2021/ Brasil/ Lilacs</p>	<p>Analizar las condiciones laborales de enfermeros, que trabajan en hospitales públicos.</p>	<p>Las condiciones de laborales se caracterizan por falta de recursos, ambientes de descanso inadecuados, no disponer días libres por horas extras trabajadas y bajos salarios.</p>	<p>Se evidencia condiciones laborales precarias que conlleva al desgaste del personal de enfermería lo cual conlleva a una atención al paciente con baja calidad.</p>

<p>Backes y otros(16)/2021/ Brasil/ Lilacs</p>	<p>Desencadenar una reflexión sobre las condiciones actuales de trabajo de las Enfermeras en el enfrentamiento a la pandemia de la Covid-19.</p>	<p>Condiciones de trabajo desfavorables con predominio de la sobrecarga, remuneraciones bajas, equipos de bioseguridad escasos que no cumplían con las condiciones óptimas.</p>	<p>Las condiciones de trabajo son inadecuadas, las cuales pueden conducir al agotamiento, al desarrollo de dolencias e inclusive la pérdida de la vida.</p>
<p>Machado y otros(17)/2016/Brasil/ Lilacs</p>	<p>Analizar el estado de las CT en el equipo de enfermería</p>	<p>La enfermera está en constaste desgaste profesional, se evidencia la ausencia de espacio de descanso en el lugar de trabajo.</p>	<p>La enfermera presenta altos niveles de agotamiento no cuentan con espacios para el descanso, desarrollan enfermedades ocupacionales y experimentan baja calidad de vida.</p>
<p>Velasco Garcés y otros(3)/2016/Ecuador/ Lilacs</p>	<p>Determinar las condiciones laborales y de salud de las enfermeras y su relación con la calidad de atención a los usuarios.</p>	<p>La enfermera trabaja con alta exposición a luz blanca, ruido excesivo, temperatura y ventilación inadecuad, con exposición a químicos, radiaciones ionizantes y riesgos biológicos. Asimismo, la jornada laboral es intensa y no reciben pagos adicionales por horas nocturnas o extras.</p>	<p>Las condiciones laborales identificadas ponen en riesgo la atención a los usuarios.</p>
<p>Moreira y otros(18)/2017/Brasil/ Lilacs</p>	<p>Describir las percepciones de las enfermeras obstétricas sobre sus CT.</p>	<p>Existe inestabilidad en el contrato de trabajo, alta carga de trabajo, descalificación del saber femenino y división sexual del trabajo.</p>	<p>Las condiciones de trabajo son precarias y pueden afectar el cuidado humanizado al paciente y familia, así como a la salud de las enfermeras.</p>

Angelim y Rocha(19)/2016/Brasil/ Lilacs	Investigar las producciones científicas sobre las CT del personal de enfermería en el sector de urgencia y emergencia	Se identificó una alta carga de trabajo y baja remuneración, por lo que la enfermera busca otro trabajo para percibir un ingreso mensual satisfactorio.	La carga de trabajo exhaustiva y la baja remuneración son responsables del cansancio en la enfermera y comprometen el cuidado humanizado.
Griep y otros(20)/2013/ Brasil/ Lilacs	Analizar las características de trabajo de enfermeros que trabajan en hospitales públicos.	Un tercio de las enfermeras que trabajan más de 60 horas a la semana y reportan que el salario es bajo.	Predominan cargas de trabajo semanales extensas y los enfermeros mantienen múltiples relaciones laborales por el bajo salario.

De los 14 artículos analizados, 9 tienen enfoque cuantitativo, 04 son revisiones sistemáticas, y 01 artículo de enfoque mixto. Los artículos fueron leídos, analizados y sintetizados, revelando que existe una precariedad en las condiciones de trabajo (5)(11)(16) y se identifican factores comunes como intensificación de la carga laboral, escases de recursos, problemas de salud e inadecuada remuneración.

Intensificación de la carga laboral

La carga laboral es definida como las actividades que desempeña la enfermera durante el cuidado a los pacientes, en donde involucra todas las dimensiones de la profesional de forma continua y y permanente (17). Las intervenciones que desarrolla la enfermera son caracterizadas por ser exhaustivas(19), extensas (20), multitareas (4), de alta intensidad (3) es decir existe una sobrecarga de trabajo (5)(11)(12)(16), asimismo el ratio enfermera-paciente es desproporcionado con una alta demanda de pacientes (15), el manejo de equipos médicos, tecnológicos de última generación y las jornadas laborales que implican guardias diurnas, nocturnas y fines de semana (20); desencadenan una disminución de la capacidad del cuidado

viéndose afectado el paciente (18).

A pesar de ser reconocida la intensificación de la jornada laboral, la enfermera no cuenta con tiempo para realizar pausas activas (3) ni con un espacio para periodos de descanso (17), lo que conlleva a la fatiga residual (15) manifestándose a través de problemas físicos como los musculoesqueléticos, sociales como conflictos familiares y psicológicos como el estrés, esta situación se ha incrementado más con la pandemia de la COVID-19.

Escases de recursos

El personal de enfermería es considerado un recurso humano clave en el éxito de todo sistema de salud, su desempeño es esencial para cuidar, proteger, velar y garantizar una atención de calidad.

Asimismo, contar con los materiales, insumos, equipos adecuados y suficientes permite el cuidado oportuno y garantizar la seguridad del paciente.

La realidad de muchas instituciones de salud difieren de los estándares de calidad, y son notables las deficiencias y escasas de enfermeras para atender la gran demanda de pacientes (11)(19); y asimismo existe escasas de insumos médicos o mala calidad de los mismos, es decir son obsoletos, incompletos e inseguros (5). La escasas de recurso humano y de insumos se hizo más evidente en la pandemia de COVID -19, donde los equipos de protección personal a menudo eran catalogados como insuficientes e inadecuados y las enfermeras tuvieron que desarrollar jornadas de 24 horas sin descanso (16). La falta de personal, equipos e insumos constituye un riesgo para la calidad del cuidado del usuario (15).

Problemas de salud

Los ambientes de trabajo con condiciones laborales inadecuadas resultan ser adversas para la salud de las enfermeras con repercusiones físicas, sociales y psicológicas (11). En relación a los problemas físicos en la enfermera se caracterizan por desarrollar enfermedades tales como: hipertensión arterial, alergias, gastritis y problemas musculoesqueléticos (3) (11). En el aspecto psicológico, el ser enfermera implica tomar decisiones complejas lo cual ocasiona desgaste emocional, estrés, así como el riesgo alto de desarrollar ansiedad, depresión y Síndrome de Burnot (11), lo que conlleva a un deterioro de la calidad de vida laboral y personal de las enfermeras (17) y contribuye al incremento de solicitudes de

licencias por enfermedad y/o renuncias (15).

Inadecuada remuneración

La remuneración es el ingreso económico que la enfermera percibe por realizar los cuidados al paciente, el cual es establecido mediante un contrato con el empleador. Los estudios reportan que la remuneración de la enfermera es baja e insuficiente en relación con otras profesiones de la salud, teniendo presente la alta responsabilidad y complejidad de las labores que realiza (5)(15) (19), motivo por el cual conlleva a que la profesional en enfermería opte por tener más de dos trabajos (multiempleo)(14), esta situación disminuye el tiempo de descanso y favorece el agotamiento de tal forma que repercute en el desempeño durante la atención al usuario (13)(16).

3. Conclusión

Las condiciones de trabajo de la enfermera son precarias, se caracterizan por la intensificación de la carga laboral donde se evidencia escasas de recursos humanos, equipos e insumos, esta situación favorece el desarrollo de problemas de salud a nivel físico y psicológico, asimismo la remuneración percibida es insuficiente, todo ello conlleva a un riesgo en la calidad de cuidado al paciente.

Referencias bibliográficas

1. Peres MA de A, Aperibense PGG de S, Dios-Aguado M de las M de, Gómez-Cantarino S, Queirós PJP. El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de

conocimientos. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2021 [Citado 16 Mar 2023];42:e20200228.

Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/FCtdhW9CT3k47gJS9KTSXkk/?lang=es>

2. Milanés ZC, Bustamante EG. Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. Av En Enferm [Internet]. 2010 [Citado 1 Marz 2023];28(1):31-8. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15625>

3. Velasco Garcés M de L, Sambachi Sánchez ME, Padilla Contreras R, Guato Torres P, Paillacho Solano D, Veloz Baldeón N, et al. Condiciones laborales de los profesionales de enfermería y su relación con la calidad de la atención en el Hospital Carlos Andrade Marín. Cambios Rev Méd [Internet]. 2016 [citado 7 Mar 2023];32-7. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/cep3d>

4. Granero A, Blanch JM, Ochoa P. Labor conditions and the meanings of nursing work in Barcelona. Rev Latinoam Enferm Online [Internet]. 2018 [Citado 27 Feb 2023];e2947-e2947. Available in: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100310

5. Luengo-Martínez C, Sanhueza O. Condiciones de trabajo y su relación con la calidad del cuidado y salud del profesional de enfermería. Med Segur Trab [Internet]. 2016 [Citado 7 Ene 2023];62(245):368-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2016000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

6. Er F, Sokmen S. Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. Int J Nurs Sci. [Internet]. 2018 [Citado 7 Mar 2023];5:206-12.

Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013217301904>

7. Granero-Lázaro A, Blanch-Ribas JM, Roldán-Merino JF, Torralbas-Ortega J, Escayola-Maranges AM. Crisis en el sector sanitario: impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras. Enferm Clínica [Internet]. 2017 [Citado 7 Mar 2023];27(3):163-71. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-crisis-el-sector-sanitario-impacto-S1130862117300360>

8. Gómez Vargas M, Vargas MG, Higueta CG, Muñoz DA]. El estado del arte: una metodología de investigación. Rev Colomb Cienc Soc [Internet]. 2015 [Citado 21 Mar 2023];6(2):423-42. Disponible en: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1469>

9. Chrizostimo MM, Brandão AAP. La formación profesional del enfermero: 'estado del arte'. Enferm Glob [Internet]. 2015 [Citado 21 Mar 2020];14(4):414-45. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/208841>

10. PRISMA [Internet]. 2020 [Citado 21 Mar 2023]. Disponible en: <http://www.prisma-statement.org/>

11. Canales-Vergara M, Valenzuela-Suazo S, Paravic-Klijn T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. Enferm Univ [Internet]. 2016 [Citado 5 Feb 2023];178-86. Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/82>

12. Granero-Lázaro A, Blanch-Ribas JM, Roldán-Merino JF, Torralbas-Ortega J, Escayola-Maranges AM. Crisis en el sector sanitario: impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras. Enferm Clínica [Internet]. 2017

[Citado 14 Mar 2023];27(3):163-71. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-crisis-el-sector-sanitario-impacto-S1130862117300360>

13. Hu SX, Luk AL, Smith GD. The effects of hazardous working conditions on burnout in Macau nurses. Int J Nurs Sci [Internet]. 2015 [Citado 22 Ene 2023];2(1):86-92. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000071>

14. Orcasita A, Ovalle L. Condiciones laborales del personal de enfermería en una clínica de alta complejidad en Valledupar. Biociencias[Internet]. 2019[Citado 22 Ene 2023];14:99-124. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7380535>

15. Santos TA dos, Suto CSS, Santos JS, Souza EA, Góes MM da CSR, Melo CMM. Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem em hospitais públicos. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2020 [Citado 11 Mar 2023];e1339-e1339. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100260

16. Backes MTS, Higashi GDC, Damiani P da R, Mendes JS, Sampaio L de S, Soares GL. Working conditions of Nursing professionals in coping with the Covid-19 pandemic. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2021 [Citado 1 Mar 2023];e20200339-e20200339. Available in: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000100710

17. Machado MH, Santos MR dos, Oliveira E de, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. Condições de trabalho da enfermagem. Enferm Foco Brasília [Internet]. 2016 [Citado 12 Feb 2023];63-71.

Disponible en: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/695>

18. Moreira NJM de P, Souza NVD de O, Progianti JM. Condições de trabalho no hospital: percepções de enfermeiras obstétricas. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2017 [Citado 4 Mar 2023];[e26999]-[e26999]. Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26999/24668>

19. Angelim RC de M, Rocha GS de A. Produção científica acerca das condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. Rev Pesqui Univ Fed Estado Rio J Online [Internet]. 2016 [Citado 7 Feb 2023];3845-59. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4473/pdf_1800

20. Griep RH, Fonseca M de JM da, Melo ECP, Portela LF, Rotenberg L. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [Citado 17 Ene 2023];151-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700019

Conflictos de interés

Los autores refieren no tener conflictos de interés.

INFODEMIA Y DESINFORMACIÓN EN LA LUCHA CONTRA EL COVID-19 EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FILIAL JAÉN

INFODEMIC AND MISINFORMATION IN THE FIGHT AGAINST COVID-19 IN THE STUDENTS OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF CAJAMARCA FILIAL JAEN

Insolina Raquel Díaz Rivadeneira¹

Doris Elizabeth Bringas Abanto²

Citar como:

Díaz I, Bringas D.
La infodemia y la desinformación en la lucha contra el covid-19 en los estudiantes de la universidad nacional de Cajamarca Filial Jaén.
Rev. Recién. 2024; 13(1)

Correspondencia:
Insolina Raquel Díaz Rivadeneira
idi@unc.edu.pe

Recibido: 12 / 12 / 2023
Aprobado: 29 / 01 / 2024
En línea:

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la relación que existe entre la infodemia y la desinformación en la lucha contra el COVID 19 en los estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca – Filial Jaén– 2021. **Método:** La población estuvo conformada por 715 alumnos de la universidad. Siendo la muestra de 311 estudiantes. Se realizó el muestreo proporcional, Enfermería (89), Ing. Civil (116) e Ing. Forestal (106). El estudio es descriptivo – correlacional, de diseño transversal. Para la recolección de la información se utilizó la encuesta y el instrumento el cuestionario. La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través del alfa de Cronbach: para la variable infodemia el resultado es mayor a 0.8 ($\alpha > 0.8$) lo que indica una fiabilidad muy alta, y para la variable desinformación, el resultado es mayor a 0.8 ($\alpha > 0.8$) lo que indica una fiabilidad muy alta. **Resultados:** Según el grado de infodemia refieren que el 5,67% comprende un nivel bajo, el 26% nivel medio y el 68,33% nivel alto. En cuanto al nivel de desinformación en los participantes el 5,67% obtiene nivel bajo, el 19,33%, nivel medio y el 75% nivel alto. **Conclusiones:** El nivel de infodemia en los entrevistados en un alto porcentaje es de grado alto. El nivel de desinformación es de grado alto en la mayoría de los estudiantes. Referente a la relación entre las variables se

¹. Docente Investigador de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca. e-mail: idi@unc.edu.pe

Código [ORCID: 0000_0001_6973_6030](https://orcid.org/0000-0001-6973-6030)

². Docente Investigador de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca. e-mail: dbringas@unc.edu.pe

Código [ORCID 0000_0001_5603_2341](https://orcid.org/0000-0001-5603-2341)

verifica que existe relación positiva y alta (Coeficiente > 0.6), además, la correlación es significativa en un 0,01.

Palabras clave: Infodemia, desinformación, COVID-19

Abstract

The objective of the study was to determine the relationship between the infodemic and misinformation in the fight against COVID 19 in the students at the National University of Cajamarca - Jaén Branch - 2021. **Method:** The population consisted of 715 students at the university. Being the sample of 311 students. Proportional sampling was carried out, Nursing (89), Civil Engineering (116) and Forest Engineering (106). The study is descriptive - correlational, with a cross-sectional design. For the collection of information, the survey, and the instrument the questionnaire was used. The reliability of the instrument was obtained through Cronbach's alpha: for the infodemic variable, the result is greater than 0.8 ($\alpha > 0.8$), which indicates a very high reliability, and for the disinformation variable, the result is greater than 0.8 ($\alpha > 0.8$) which indicates a very high reliability. **Results:** According to the degree of infodemic, they report that 5.67% comprise a low level, 26% a medium level and 68.33% a high level. Regarding the level of misinformation in the participants, 5.67% obtained a low level, 19.33%, a medium level and 75% a high level. **Conclusions:** The level of infodemic in the interviewees in a high percentage is of a high degree. The level of misinformation is high in most students. Regarding the relationship between the variables, it is verified that there is a positive and high relationship (Coefficient > 0.6), in addition, the correlation is significant at 0.01.

Key words: Infodemia, disinformation, COVID-19

1. Introducción

La epidemia de COVID-19 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. El director general de la OMS anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia (1).

El viernes 6 de marzo de 2020, se confirmó el primer caso de coronavirus en el Perú. Ante esto, el Ministerio de Salud (MINSA) llama a la calma a la población y mantiene las medidas de control para proteger la salud de la ciudadanía (2). En la Región Cajamarca el director de Epidemiología informó que la DIRESA y EsSalud identificaron al “Caso 0” importado de Colombia, el Instituto Nacional de Salud confirmó el caso positivo el 24 de marzo de 2020 (3). En la provincia de Jaén, según reporte de la Dirección de Epidemiología se confirman los dos primeros casos el 1° de abril de 2020 (4).

A partir del conocimiento de la existencia del COVID 19, en la población mundial ha surgido gran cantidad de información en páginas oficiales de instituciones acreditadas, y extraoficial en la mayoría de los casos a través de las redes sociales, información que ha sido denominada “infodemia”. En la era de la información, este fenómeno se magnifica y se propaga con igual o mayor rapidez que un virus (5). Ante el confinamiento la población ha establecido como parte de sus actividades diarias la visita a páginas de internet a fin de trabajar e informarse, sin embargo, las redes sociales tienen duplicidad en su potencial, por un lado, incitan

al ocio y la comunicación informal, y por otro, a la formación profesional y el aprendizaje.

La respuesta pública a esta pandemia varía; la ansiedad en estos casos es esperada, incluso, dosis adecuadas de ansiedad pueden ser útiles, ya que nos harían tomar en serio las recomendaciones de aislamiento o distancia social, entre otras medidas de prevención. Pero también ha habido cierto pánico social, tan contagioso y peligroso como el COVID-19. Este puede hacer que los humanos, como grupo, sean irracionales o egoístas (5).

La ciencia médica se ve muy afectada con la desinformación en relación al COVID 19 pues crea confusión, impacto en todo el mundo,, el brote de COVID-19 llegó acompañado de una “infodemia masiva” Sin embargo, ningún antecedente se compara con el escenario que vivimos ante la pandemia donde la difusión de información manipulada, teorías conspiratorias y contenidos descontextualizados, se repiten de manera incontrolable, todos los esfuerzos del sector salud se dificultan por una epidemia de desinformación que plantea numerosos y serios problemas para la salud pública, por este motivo la OMS declaró el 15 de febrero de 2020 que su lucha se centra también en la infodemia (la expansión de falsas informaciones, rumores y noticias engañosas) directamente relacionada con la crisis sanitaria (6).

Esta desinformación sobre la enfermedad como el origen del virus, la causa, el tratamiento y el mecanismo de propagación, da lugar a comportamientos que pueden llevar a que las personas tomen mayores riesgos (7). Tiene efectos en cómo pensamos y cómo actuamos en esta crisis

sanitaria, se aprovechan de la incertidumbre, de la necesidad de certeza, hay riesgo colectivo, lo que puede llevar a que las personas aligeren las medidas y la enfermedad se propague mucho más y se incrementen los decesos. Todo esto hace que la pandemia sea mucho más grave. El objetivo del estudio fue determinar la relación que existe entre la infodemia y la desinformación en la lucha contra el COVID 19 en los estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca – Filial Jaén – 2021.

Los resultados permitieron comprobar el comportamiento de los alumnos y las consecuencias muchas veces inevitables; a partir de ello, es factible brindar información fidedigna a través de los medios informativos oficiales de la institución como es la emisora radial, boletines, redes sociales y otras publicaciones. Es un aporte a la evidencia

científica y a los sistemas de salud, para establecer estrategias encaminadas a fortalecer las acciones educativas.

, seguridad del usuario (6), aumento de los diversos efectos adversos, de la mortalidad, de las infecciones hospitalarias y estancia prolongada (7). Las CT tienen relación con la satisfacción, motivación y desempeño de la enfermera, por tanto, es indispensable que las instituciones realicen planes de mejora y fortalezcan estrategias de gestión que fomenten el desarrollo de espacios adecuados para brindar una atención de calidad (2).

En este contexto es necesario identificar las CT de la enfermera ya que impactan en el cuidado que brindan al paciente. El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia científica de las condiciones de trabajo en el cuidado enfermero.

2. Metodología

La población estuvo constituida por los estudiantes de las tres carreras de la Universidad Nacional de Cajamarca - Filial Jaén, con un total de 715 alumnos matriculados. La unidad de análisis fue cada uno de los estudiantes. La muestra estuvo conformada por 311 estudiantes. Se determinó empleando la fórmula estadística. Se realizó el muestreo proporcional Enfermería (89), Ing. Civil (116), Ing. Forestal (106).

El estudio es descriptivo – correlacional, de diseño transversal. La técnica que se utilizó para la recolección de la información es la encuesta y el instrumento el cuestionario, el mismo que fue sometido a juicio de expertos para la validez del contenido el resultado es el siguiente: la proporción de preguntas aceptadas por los expertos 1, 2 y 3 para el instrumento aplicado es mayor o igual a 85%, indicador de alta validez. La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través del alfa de Cronbach: para la variable infodemia el resultado es mayor a 0.8 ($\alpha > 0.8$) lo que indica una fiabilidad muy alta, y la variable desinformación, el resultado es mayor a 0.8 ($\alpha > 0.8$) lo que indica una fiabilidad muy alta.

La medición del grado de infodemia y desinformación según el siguiente cuadro de baremos:

Dimensión o variable	Bajo	Medio	Alto
Perturbación emocional	0-3	4-7	7-10
Trastornos comportamentales	0-4	5-8	9-12
Pánico social	0-4	5-8	9-12
Escasa interacción social	0-4	5-8	9-12
Somatización de la enfermedad del COVID-19	0-3	4-7	7-10
Quebrantamiento de las recomendaciones oficiales sobre el COVID – 19	0-4	5-8	9-12
Alternativas de prevención y tratamiento del coronavirus.	0-2	3-4	5-6
Rumores sobre el coronavirus	0-3	4-7	7-10
Infodemia	0-5	6-11	12-17
Desinformación en la lucha contra el COVID 19	0-5	6-11	12-17

La respuesta a las alternativas o ítems: Siempre: (2), a veces: (1) y nunca: (0). Antes de la recolección de la información se solicitó el permiso a cada uno de los Coordinadores de las Escuelas de la Filial, para la aplicación de la encuesta se hizo a través del correo institucional y en aulas a través de los docentes responsables de asignaturas por ciclo académico.

El procesamiento de los datos efectuó través del proceso informático SPSS versión 22. Mediante la estadística descriptiva se presentaron tablas y gráficos. Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica: Rho de Spearman.

Los aspectos éticos de la investigación son basados en el informe Belmont y el Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas, se proponen tres principios básicos (8): El respeto: la beneficencia y la justicia

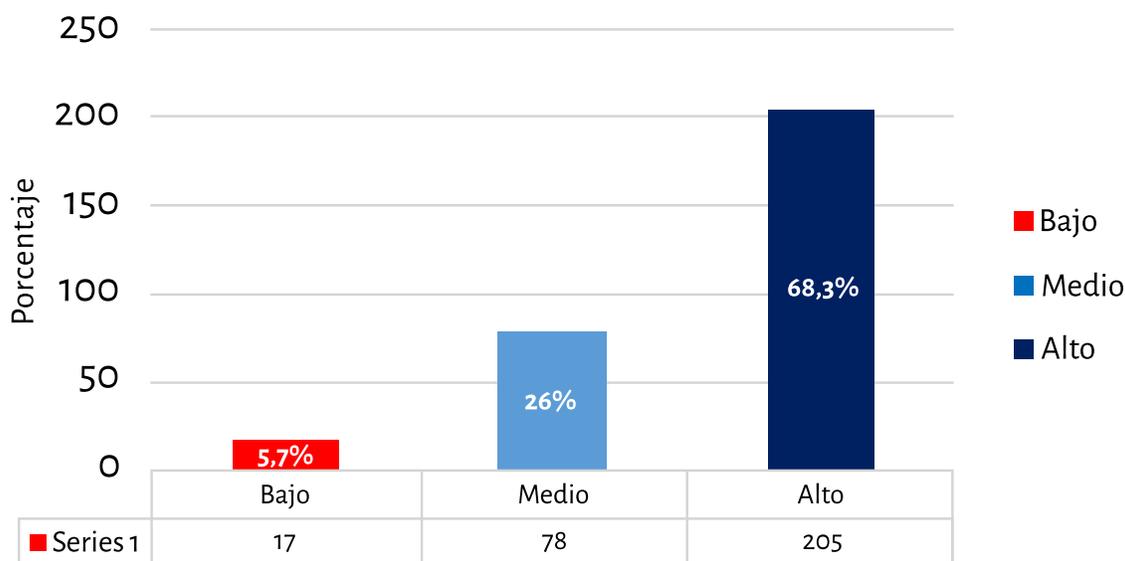
3. Resultados

Los encuestados tienen entre 17 a 20 años (31,7%), 21-25 años (35,3%) y 26 a 30 años (33%). Son de sexo femenino (51,3%) y masculino (48,7%). Los medios de comunicación por lo que mayormente recibieron información es a través de las redes sociales en internet, y la televisión (66 %).

Respecto al nivel de infodemia en la lucha contra el COVID 19, los resultados según la dimensión perturbación emocional el 57,33% es de nivel medio y el 13,33% de nivel alto. En la dimensión trastornos comportamentales el 59 % de los encuestados se ubica en nivel bajo y el 41 % en nivel medio. Los hallazgos de la dimensión pánico social del 100% de encuestados el 61% es de nivel bajo y el 39% tiene nivel medio y en la dimensión escasa interacción social el 56,33% nivel bajo y el 43,67% tiene nivel medio.

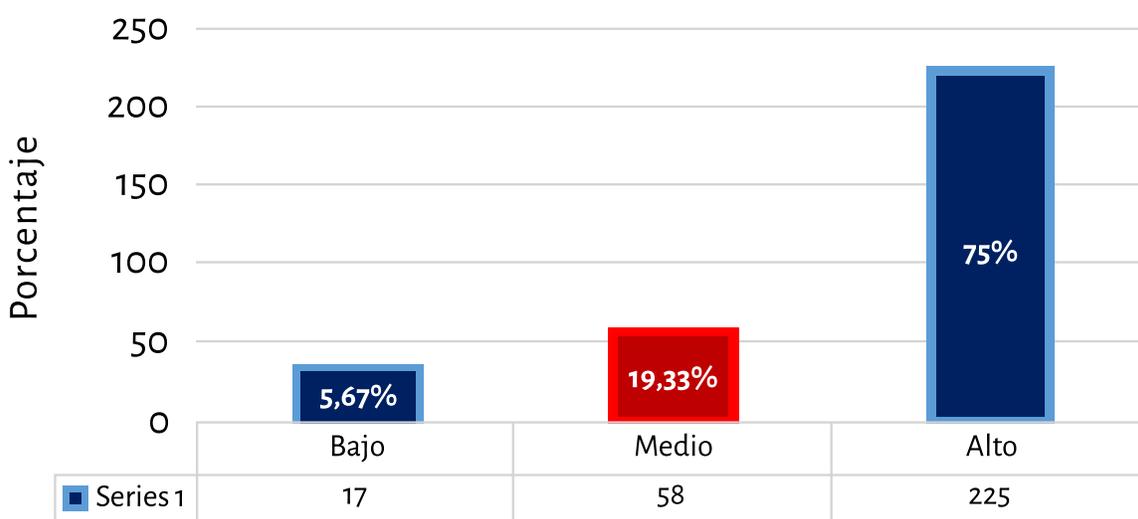
La figura 1, muestra los resultados del grado de infodemia. Del 100% de encuestados el 5,67% (n=17) comprende un nivel bajo, el 26 % (n= 78) nivel medio y el 68,33% (n= 205) nivel alto.

Figura 1. Nivel de infodemia en la lucha contra el COVID-19 en los estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca Filial Jaén, 2021



La figura 2, muestra que, del 100% de encuestados el 5,67% (n= 17) adquiere nivel bajo, el 19,33% (n= 58) nivel medio y el 75,00% (n= 225) nivel alto.

Figura 2. Nivel de desinformación en la lucha contra el COVID-19 en los estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca Filial Jaén, 2021



Prueba de hipótesis

Tabla 1. Correlación entre infodemia y desinformación en la lucha contra

			Infodemia	Desinformación en la lucha contra el COVID 19
Rho de Spearman	Infodemia	Coefficiente de correlación	1,000	,622
		Sig. (bilateral)		,000
		N	300	300
	Desinformación en la lucha contra el COVID 19	Coefficiente de correlación	,622	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	300	300

La tabla 1, presenta los resultados de la prueba de correlación entre las variables: infodemia y desinformación. Se verifica que existe relación positiva y alta (Coeficiente > 0.6), además, la correlación es significativa en el nivel 0,01. Se rechaza la hipótesis nula y se valida la hipótesis de investigación: La infodemia no se relaciona significativamente con la desinformación en la lucha contra el COVID-19 en los estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca – Filial Jaén – 2021.

4. Discusión

El nivel de infodemia es de grado alto según encuesta realizada a los estudiantes, la información la recibieron por los medios de comunicación, en su mayoría a través de las redes sociales en internet y la televisión, generando confusión y engaño en las personas cuando realizaban alguna consulta sobre la enfermedad de la COVID – 19.

De acuerdo con el nivel de infodemia según dimensiones en los estudiantes: la perturbación emocional en su mayoría es de grado medio y los trastornos comportamentales, el pánico social y la escasa interacción social se encuentran en la

tendencia de bajo a medio en un elevado porcentaje. Se halló que la desesperanza y decepción, y la tristeza fue del 35% respectivamente. La ira, cólera, rabia, y el aislamiento social se manifestó en un 36% correspondientemente, en la dimensión “perturbación emocional”. En cuanto al trastorno de comportamiento llamó la atención el intento de suicidio (37%) y la idea de suicidio (37%). Otro aspecto importante en la dimensión del pánico social es la estigmatización (39%) y el temor a la muerte de sus seres queridos (35%) y de los mismos estudiantes (34%).

También, se encontró en la dimensión de interacción social el afecto reprimido sobre todo a los hijos (41%), a los familiares (41%) y a la pareja (40,7%).

Los datos indican que hubo errores importantes de comunicación que agravaron la infodemia. Así mismo, evidenció el efecto de la exposición a medios de comunicación y redes sociales sobre la experiencia de preocupación, ansiedad, tristeza y enojo.

Lugo (9) también, comprobó que el impacto de la infodemia se vincula con las experiencias de preocupación, ansiedad, enojo y cambios en el estado de ánimo (depresión). Masip (10) considera que hay un exceso de información y critica la tendencia a la espectacularización sobre la enfermedad de la COVID -19. Además, el 77,4% de los ciudadanos cree que los medios están condicionados por su línea editorial. La organización Mundial de la Salud (11) afirmaba que la infodemia está obstaculizando las medidas de contención del brote, propaga el pánico, crea confusión de forma innecesaria y genera división en un momento en el que necesitamos ser solidarios y colaborar para salvar vidas para poner fin a esta crisis sanitaria.

Otro aporte es el estudio de Aleixandre (12) ante la avalancha de información y la aparición de noticias falsas, los profesionales de la información y los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad y deben ser capaces de proporcionar a la población la información objetiva. La información sobre la COVID-19 es de tal magnitud que la OMS ha manifestado que nos encontramos ante una infodemia debido a la sobreabundancia de información, lo que hace que algunas personas tengan dificultades para encontrar recursos fidedignos o guías de confianza cuando los necesitan (13). Lugo (9) refiere que el impacto se

vincula con las experiencias de preocupación, ansiedad, enojo y cambios en el estado de ánimo (depresión).

Asimismo, Guarín (14) indica que el internet se ha convertido en un espacio en el que se depositan y se concentran innumerables datos, información y conocimiento. Esto lo convierte en un medio que carece de rigor en la información que se encuentra disponible y tiene repercusiones negativas en la educación, la ciencia, la investigación, entre otros. Larson (15) afirma que la COVID-19 ha generado una mezcla indistinguible de información veraz, no verificada, útil, errónea y manipulada. La difusión de información falsa puede generar miedo, incumplimiento de las medidas preventivas, desconfianza en los médicos y uso de tratamientos ineficaces o perjudiciales. Es decir, el consumo exagerado de información errónea por los ciudadanos ha impactado en el área psicológica en diferentes grados conllevando a la desinformación. Respecto al nivel de desinformación los resultados reportan una alta proporción en la lucha contra el COVID-19 en los estudiantes. Destacando el nivel medio en las dimensiones de somatización de la enfermedad, rumores sobre el control de la COVID-19, aproximadamente más de la mitad porcentual. Seguido del quebrantamiento de las recomendaciones oficiales (45,3%) y las alternativas de prevención y tratamiento de la enfermedad por el coronavirus en un nivel alto (32,3%).

En la dimensión alternativas de prevención y tratamiento de la enfermedad por el coronavirus, los colaboradores del estudio revelan haber practicado algunas medidas de prevención como:

baño con agua caliente, tomar bebidas alcohólicas protege de COVID-19, tomar alcohol con cascarilla, lejía previene y cura de la COVID-19 y atomizar lejía u otros desinfectantes sobre el cuerpo protege la COVID-19 y el rechazo a la vacunación y refuerzo; en un 67% en cada uno de los indicadores mencionados.

Los resultados demuestran que la desinformación sobre COVID-19 representa un riesgo para la salud pública porque influye en la eficacia de las medidas de prevención de la enfermedad y las campañas dirigidas a la población para proteger su salud.

Corroborando este análisis la Organización Panamericana de la Salud y la OMS (16): “en una pandemia, la desinformación puede afectar negativamente la salud humana. Mucha información falsificada se inventa y difunden sin comprobar su veracidad ni calidad sobre todos los aspectos de la enfermedad, como el origen del virus, la causa, el tratamiento y el mecanismo de propagación. “La desinformación puede difundirse y asimilarse muy rápidamente, dando lugar a cambios de comportamiento que pueden llevar a que las personas tomen mayores riesgos” (17).

Relacionado con el estudio Larson (15) refiere que la COVID-19 ha desencadenado la mayor fuente de rumores y de desinformación conocida. A mediados de abril de 2020, la base de datos CoronaVirusFact Alliance, impulsada por el Poynter Institute y la International Fact-Checking Network, registraba 3.800 engaños relacionados con el coronavirus circulando por todo el mundo.

Según la investigación la infodemia se relaciona significativamente con la desinformación en la lucha contra el COVID-19 en los estudiantes de la

Universidad Nacional de Cajamarca – Filial Jaén – 2021. Se rechaza la hipótesis nula y se valida la hipótesis de investigación.

5. Conclusiones

-El nivel de infodemia del total de encuestados en un alto porcentaje es de grado alto.

-El nivel de desinformación es de grado alto en la mayoría de los estudiantes en la lucha contra el COVID-19.

-Referente a la relación entre las variables se verifica que existe relación positiva y alta (Coeficiente > 0.6), además, la correlación es significativa en el nivel 0,01. Se rechaza la hipótesis nula y se valida la hipótesis de investigación: La infodemia no se relaciona significativamente con la desinformación en la lucha contra el COVID-19 en los estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca – Filial Jaén – 2021.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por coronavirus. [Internet] [Acceso 26 de marzo de 2021]. 2020 disponible <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
2. Ministerio de Salud. Coronavirus en el Perú: casos confirmados. [Internet] 2020. Disponible <https://www.gob.pe/8662-coronavirus-en-el-Perú-casos-confirmados>.
3. Gobierno Regional de Cajamarca. Nota de prensa N° 47-2020. [Internet] [Acceso 26 de marzo de 2021] Disponible <http://www.diresacajamarca.gob.pe/portal/noticias/pdf/893>

4. Sub-Región de Salud Jaén. SALA SITUACIONAL COVID 19. [Internet] 2020 [Acceso 26 de marzo de 2021] [Acceso 26 de marzo de 2021]. Disponible <http://www.disajaen.gob.pe/sites/default/files/documentos/boletines/SALA%20SITUACIONAL%20COVID-19%20-01-04-2020.pdf>
5. González J. COVID 19, Infodemia y un buen café. [Internet] 2020. [Acceso 26 de marzo de 2021] Disponible <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/4901>
6. García-Marín D. Infodemia global. Desórdenes informativos, narrativas fake y fact-checking en la crisis de la Covid-19. [Internet] 2020. [Acceso 26 de marzo de 2021] Disponible <http://eprints.rclis.org/40345/1/garcia.pdf>
7. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU. Infodemia en tiempos de COVID-19. [Internet] 2020. [Acceso 26 de marzo de 2021] Disponible https://www.facebook.com/watch/live/?v=368881914155154&ref=watch_permalink
8. Paz E. La Ética en la investigación educativa. [Internet] [Acceso 30 de marzo de 2021] 2018 Disponible <https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/219/255>
9. Lugo IV, Pérez YY, Becerra AL, Fernández M, Reynoso L. Percepción emocional del COVID-19 en México: Estudio comparación entre la fase 1, fase 2 y medios de información. Interacciones. 2021; 7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2413-44652021000100001&script=sci_arttext
10. Masip P, Aran-Ramspott S, Ruiz-Caballero C, et al. Consumo informativo y cobertura mediática durante el confinamiento por el Covid-19: sobreinformación, sesgo ideológico y sensacionalismo. Profesional de la Información. 2020; 29:1–12.
11. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (Covid-19). OMS. Disponible en <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
12. Aleixandre R, Castelló L, Valderrama JC. Información y comunicación durante los primeros meses de Covid-19. Infodemia, desinformación y papel de los profesionales de la información. Profesional de la información; 2020: 29 (4).
13. World Health Organization. WHO Infodemic Management - Infodemiology. (Consultado el 12/08/2022) Disponible en: <https://www.who.int/teams/risk-communication/infodemic-management/>.
14. Guarín M. en el estudio Desinformación, Infodemía y Posverdad: fenómenos en los trinos de twitter de Iván Duque y Donald Trump en la era del covid-19 [Internet] [Acceso 30 de marzo de 2021] Disponible <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/52356/Trabajo%20de%20grado,%20M.%20Guar%C3%ADn%20y%20A.%20G%C3%B3nzales.%202020.pdf?sequence=2>
15. Larson HJ. A lack of information can become misinformation. Nature. 2020; 580(7803).
16. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. OPS; 2020. URL disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52053/Factsheet-Infodemic_spa.pdf
17. Alfonso I. Comportamiento informacional,

Díaz I, Bringas D. La infodemia y la desinformación en la lucha contra el covid-19 en los estudiantes de la universidad nacional de Cajamarca Filial Jaén. Rev. Recién. 2024; 13(1), ISSN: 2071-596X

infodemia y desinformación durante la pandemia de COVID-19. [Internet] [Acceso 30 de marzo de 2021] 2020. Disponible <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/882/889>

BARRERAS DE ACCESO Y CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN INFANTIL EN COMUNIDADES VULNERABLES DEL PERÚ
BARRIERS TO ACCESS AND COMPLIANCE WITH THE CHILDHOOD VACCINATION SCHEME IN VULNERABLE COMMUNITIES IN PERU

Karla Yasmin Atoche Lupú¹, Cristhian Antony Valle Cortez²,
Patricia del Rocío Chávarry Ysla³

Citar como:

Atoche K, Valle C, Chávarry P. Barreras de acceso y cumplimiento del esquema de vacunación infantil en comunidades vulnerables del Perú, Lima 2023. Rev. Recien. 2024; 13(1)

Correspondencia:

Karla Yasmin Atoche Lupú
karla4yas@gmail.com

Recibido: 19 / 12 /2023

Aprobado: 07/ 02 /2024

En línea:

Resumen

Objetivo: Comparar las barreras de acceso y el cumplimiento del esquema de vacunación infantil en zona rural y comunidad nativa en Perú. **Métodos:** Estudio descriptivo-comparativo, de corte transversal; la población estuvo conformada por 43 padres de niños menores de 1 año; de las cuales 24 pertenecían a la zona rural del Puesto de salud (P.S) Las Norias y 19 a la comunidad nativa, P.S Amaquiria, durante el año 2022. La información se obtuvo a través de la aplicación de dos instrumentos: barreras de acceso, presenta validez de constructo y confiabilidad con alfa de Cronbach confiable y la revisión del carné, mediante la lista de chequeo. Se empleó la prueba no paramétrica de U-Mann Whitney, para muestras comparativas. **Resultados:** En las barreras de acceso predomina el nivel intermedio en la zona rural 100% y en la comunidad nativa 89,5%. Asimismo, la vacunación en recién nacidos evidencia un mayor cumplimiento de BCG, en la zona nativa 78,9%; mientras que en la zona rural el cumplimiento fue menor 62,5%. No se encontró diferencias entre las variables (P-valor > 0,05). **Conclusiones:** Las barreras de acceso predominantes y el cumplimiento del esquema de vacunación, no presenta diferencia significativa en los establecimientos abordados.

Palabras clave: barreras de acceso a los servicios de salud, esquema de Inmunización, grupos de riesgo.

¹. https://orcid.org/0000_0001_9070_0745

². https://orcid.org/0000_0001_9070_0745

³. https://orcid.org/0000_0001_9070_0745

Abstract

Objective: Compare the barriers to access and compliance with the childhood vaccination scheme in rural areas and native communities in Peru. **Methods:** Descriptive-comparative study, cross-sectional; the population consisted of 43 parents of children under 1 year of age; of which 24 belonged to the rural area of the Las Norias Health Post (P.S) and 19 to the native community, P.S Amaquiria, during the year 2022. The information was obtained through the application of two instruments: access barriers, It presents construct validity and reliability with reliable Cronbach's alpha and the review of the card, through the checklist. The U-Mann Whitney non-parametric test was used for comparative samples. **Results:** In the access barriers, the intermediate level predominates in the rural area 100% and in the native community 89,5%. Likewise, vaccination in newborns shows greater compliance with BCG, in the native area 78,9%; while in rural areas compliance was lower, 62,5%. No differences were found between the variables (P-value > 0.05). **Conclusions:** The predominant access barriers and compliance with the vaccination schedule do not present significant differences in the establishments addressed.

Key words: barriers to access to health services, immunization schedule, risk groups.

1. Introducción

La inmunización representa la intervención de salud pública con mayor eficacia; sin embargo, los porcentajes de vacunación en la última década se han visto en un estado decreciente. La pandemia por COVID-19 y las interrupciones por su causa, ha expuesto las deficiencias del sistemas sanitario, tal es así que a nivel mundial, 23 millones de niños no se vacunaron en el año 2020, esto supone un aumento de 3,7 millones más que los presentados durante el periodo del 2019 (1). El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en la Región de las Américas es aplicado con éxito durante aproximadamente 40 años y es líder mundial en la eliminación y control de patologías prevenibles por vacunación (2).

En relación con las características poblacionales, se estima que existen alrededor de 400 grupos indígenas en América Latina, lo cual representa entre 40 y 50 millones de habitantes. Según datos de la encuesta de percepción y actitudes de la población, realizada por UNICEF; en Argentina, durante el año 2021 se evidencia que el 24% de los hogares no ha logrado mantener los controles y el 7% las dosis de vacunación (3). Por otra parte, la población menor de 1 año de Ecuador presenta una disminución de las coberturas en todos los biológicos del esquema regular, pues en su avance solo alcanza el 30% y 40%; tal es así que el 38% de los niños menores de cinco años no cuentan con carnet de vacunación (4).

El primer contacto de los pacientes con el personal de salud se da en los servicios de atención primaria, se considera que, las características de las actividades, metas y las barreras, varían de un país

a otro, según los sistemas de prestación de salud establecidos y los contextos socioeconómicos, culturales y políticos prevalentes (5). En América Latina los resultados en el sistema de salud han mejorado, pero las barreras; como distancia, geografía, distribución desigual en los servicios y atención médica, son limitantes para acceder a la atención. La OPS reconoce la importancia de enfatizar en la diversidad étnica, social y cultural prevalente, con el fin de crear y emplear políticas en servicios de salud accesibles (6).

De acuerdo a la O.M.S, el acceso hace referencia que todo poblador pueda recibir los servicios sin limitaciones, con oportunidad y equidad, a que la atención ofrecida sea de calidad, con el fin de promover la salud y el bienestar de la sociedad (7). El esquema de vacunación que es aplicado en el Perú, es uno de los más completos de América Latina y el Caribe; tal como se evidencia en la norma técnica N° 196. Posterior a la vivencia por 2 años de crisis pandémica, los establecimientos de atención primaria han reanudado el desarrollo de las estrategias. Según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) y ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), existe un retraso de 5 años en porcentajes de vacunación infantil. Entre los años 2019 y 2020, las tasas de vacunación en menores de 12 meses se redujeron un 15.6% (8). Previo a la pandemia por Covid 19, la cobertura de vacunación en el país no alcanzaba el objetivo, a pesar de que se logró el 76,7% en el año 2019. (9) En el periodo del 2020, las tasas de vacunación disminuyeron; el departamento de Tumbes mantuvo coberturas menores del 70%, en niños de 12 meses.(10) Mientras que Loreto, Puno y

Huancavelica, presentaron los índices más bajos del país (11).

Cabe resaltar que, durante el año 2021, la pobreza afectó al 25,9% de la población peruana, donde los más perjudicados fueron los pueblos indígenas y afrodescendientes (12). El Perú es denominado como uno de los países con gran diversidad étnica y lingüística, tal es así que el Censo de Población y Vivienda realizado en el 2021, identificó la presencia de 55 pueblos indígenas, de los cuales 51 eran amazónicos y 4 andinos (13). Los pobladores de origen nativo presentan vulnerabilidad, más que los mestizos; dicha población mantiene desigualdades sanitarias, que constituyen barreras para la accesibilidad en el sector salud (14); como se evidencia en la Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO, donde se identificó que el 22,3% no cuenta con ningún tipo de seguro de salud (15).

En el Perú no existe una política de salud intercultural, solo cuenta con normas legales ineficientes, y la interculturalidad se aplica en teoría, pero no como principio rector en la práctica clínica del sector salud. La Defensoría del Pueblo ha alertado sobre deficiencias sanitarias prevalentes, como el suministro inadecuado de medicamentos y vacunas, insuficiente capacidad de transporte y logística, así como también falta de profesionales capacitados en el primer nivel de atención (16).

La teórica de Enfermería que abarca el cuidado y enfoque transcultural es Madeleine Leininger, quien desarrolló la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Definió la enfermería transcultural como área enfocada en el estudio comparativo y el conocimiento de las diversas culturas del mundo, con el objetivo

es mejorar y proporcionar cuidados culturales congruentes (17).

La cobertura de vacunación en Ucayali alcanzó el 54,4% en el año 2017, sin embargo disminuyó a un 50,7% en el 2018, en el 2019 decreció hasta llegar al 41,6 % de cobertura y al finalizar el periodo 2020 alcanzó el 33,2% (18). En dicho departamento se ubica el puesto de salud Amaquiria, comunidad de origen nativa; donde habitan diversos grupos étnicos como mestizos, ashánincos y shipibos. Existen carencias en recursos económicos y servicios básicos de luz, agua y desagüe, ya que no cuenta con ninguno de ellos. Se identifican inasistencia en las citas programadas; pues para el traslado al establecimiento se requiere el uso de embarcaciones que necesita considerable cantidad de combustible, el cual es costoso e inaccesible para ser costeado. Por otra parte, la cultura, los dialectos, la economía y la distancia constituyen algunas de los impedimentos o barreras en la accesibilidad.

El departamento de Lambayeque, ubicada en la costa del Perú, cuya población tiene origen mochica. Según información de la Gerencia Regional de Salud, durante el año 2022 se mantienen coberturas por debajo del 70%, con una brecha del 30% pese a la implementación de estrategias (19). El Puesto de Salud Las Norias, ubicado en el distrito de Olmos, en el tercer trimestre del 2022, se alcanzó coberturas en un 67%. Los registros y el trabajo diario permiten identificar que los menores de un año en su mayoría no cumplen con el total de dosis en vacunas indicadas para su edad. Cuenta con 7 caseríos en la jurisdicción; el más lejano se ubica a 6 horas. La desactualización del padrón nominal, migraciones, cancelación del seguro SIS, distancia de los caseríos,

transporte, disponibilidad de tiempo; constituyen dificultades para el logro de meta establecida; cabe resaltar que gran porcentaje de menores de 1 año no cuentan con DNI, lo que ocasiona el rechazo en la digitación mediante el HIS (Sistema Informativo en Salud).

La información obtenida en el presente estudio es novedosa pues se describe dos distintas realidades en zonas vulnerables del Perú; por tal motivo el objetivo general fue: Comparar las barreras de acceso y el cumplimiento del esquema de vacunación infantil en zona rural y comunidad nativa en Perú.

2. Metodología

Se realizó estudio cuantitativo de diseño comparativo, desarrollada en el año 2022, en dos establecimientos de Salud de nivel I-1; el Puesto de salud “Amaquiria”, de Red Ucayali, micro red Iparia y en la zona costa del Perú, el puesto de salud “Las Norias”; de la red Lambayeque, micro red Olmos.

Participantes

La población y muestra, estuvo constituida por 43 padres u apoderados de niños menores de 1 año; de las cuales 24 pertenecían al Puesto de salud “Las Norias” y 19 al establecimiento “Amaquiria”.

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de barreras de acceso, construido el investigador peruano Marcos H, cuenta con validez de constructo y confiabilidad con alfa de Cronbach de 0.911, estructurada en base a una escala de Liker

(1 a 5 puntos); constituida por 24 ítems que valoran las dimensiones de: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio. De la misma forma, mediante la escala de estanones, las barreras se clasificaron en los niveles: alto (81 – 120 puntos), moderado (41 – 80 puntos) y bajo (1 – 40 puntos).

Mientras que para la evaluación de la variable dependiente: Cumplimiento del esquema de vacunación, se empleó la revisión del carnet, mediante la lista de chequeo y el programa E-quali, se verificó de dicho modo las dosis de biológicos aplicadas en cada niño.

La información fue procesada mediante el programa de IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 27. Se utilizaron distribuciones de frecuencias absolutas (Fa) y porcentajes (%). Al aplicar la prueba de normalidad se identificó que la variable independiente alcanzó un P-valor=0,017 y la dependiente un P-valor <0,001, en ambos casos sus estadísticos fueron menores a 0,05; por ende, no existe distribución normal entre variables, ante ello se empleó la prueba no paramétrica de U-Mann Whitney, para muestras comparativas.

La hipótesis estadística fue:

H1: Existe diferencia entre las barreras de acceso y el cumplimiento del esquema de vacunación en una zona rural y una comunidad nativa de Perú.

H0: No existe diferencia entre las barreras de acceso y el cumplimiento del esquema de vacunación en una zona rural y una comunidad nativa de Perú.

Se considera como regla de decisión en la prueba de hipótesis de comparación, si el P-valor < 0.05: Se acepta la Hi, se Rechaza la H0; y si el P-valor > 0.05: Se acepta H0, se Rechaza la Hi.

Aspectos éticos

Se solicitó autorización a los jefes de los establecimientos de salud en investigación. La información se obtuvo previo consentimiento informado el cual fue firmado por los padres o tutores; se respetó la autonomía e integridad, de cada participante. Se les informó de la importancia del estudio, además de que los datos obtenidos fueron empleados únicamente fines investigativos.

3. Resultados

Se observa un predominio de barreras de acceso de nivel intermedio en la zona rural (100%), lo que evidencia que los pobladores pueden tener ciertas dificultades para acceder a los servicios de salud; de igual manera en la comunidad nativa predominó el grado intermedio (89,5%); sin embargo, parte de la población (10,5%), consideró no tener problemas para acceder a la atención.

Tabla 1. Barreras de acceso en el servicio de inmunizaciones en zona rural y comunidad nativa (n1=24; n2=19)

Barreras de acceso	Zona rural		Comunicativa		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo	0	0,0%	2	10,5%	2	4,7%
Intermedio	24	100,0%	17	89,5%	41	95,3%
Total	24	100,0%	19	100,0%	43	100,0%

En cuanto a las barreras se observó que en la zona nativa existieron casos donde los pobladores consideraron un alto grado de dificultades para acceder a los servicios con la relación a la disponibilidad de recursos humanos para la atención (17%) y en la zona rural un porcentaje menor pero significativo (8,3%). Asimismo, la accesibilidad mostró ser una barrera predominante en ambas poblaciones, los usuarios nativos perciben altas dificultades relacionadas con la cercanía de su vivienda al centro de salud (26,3%) por lo que es necesario el transporte, lo que genera un gasto que muchas veces no es fácil costear. Con relación a la aceptabilidad se encontró menores barreras en la comunidad nativa (86,0%) ello refiere que los pobladores confían en la información brindada por el personal de salud. Finalmente, respecto al contacto con el servicio, se encontró resultados similares en niveles bajo e intermedios, hallados en ambos establecimientos, esto sugiere que los pobladores en general confían y se sienten satisfechos con la atención recibida en los centros de salud a los que asisten.

Tabla 2. Barreras por dimensión en el servicio de inmunizaciones en zona rural y comunidad nativa (n1=24; n2=19)

Barreras		Zona rural		Comunidad nativa		Total	
		N	%	N	%	N	%
Disponibilidad	Alto	2	8,3%	3	17,0%	2	4,7%
	Intermedio	22	91,7%	17	83,0%	41	95,3%
Accesibilidad	Alto	5	20,8%	5	26,3%	10	23,3%
	Bajo	0	0,0%	2	10,5%	2	4,7%
	Intermedio	19	79,2%	12	63,2%	31	72,1%
Aceptabilidad	Bajo	0	0,0%	6	31,6%	6	14,0%
	Intermedio	24	100,0%	13	68,4%	37	86,0%
Contacto con el servicio	Bajo	12	50,0%	9	47,4%	21	48,8%
	Intermedio	12	50,0%	10	52,6%	22	51,2%
	Total	24	100,0%	19	100,0%	43	100,0%

Respecto a la vacunación en los recién nacidos evidencia un mayor cumplimiento de BCG (bacilo de Calmette-Guérin) en la zona nativa (78,9%), mientras que en la zona rural el cumplimiento fue menor (62,5%); la vacuna contra la Hepatitis B obtuvo mayor cumplimiento en la zona rural (62,5 %) en comparación a la zona nativa (52,6 %). Todos los infantes del P.S Amaquiria (comunidad nativa), cumplen con las primeras dosis (100 %) de: neumococo, IPV (Antipolio inactivada), influenza y APO (Oral de Poliovirus) y el menor cumplimiento está presente en la 2da dosis de Influenza (78,9%). Por el contrario, el P.S Las Norias (zona rural), la 1ra dosis de pentavalente (54,2%) y en su 3era dosis (54,2%), obtienen menor cobertura. El resto de biológicos fueron administrados en proporciones similares en ambas zonas.

Tabla 3. Cumplimiento del esquema de vacunación infantil en zona rural y comunidad nativa (n1=24; n2=19)

ESQUEMA DE VACUNACIÓN INFANTIL		Zona			
		Rural		Nativa	
		n	%	n	%
BCG	Cumple	15	62,5	15	78,9
	No cumple	9	37,5	4	21,1
HVB	Cumple	15	62,5	9	47,4
	No cumple	9	37,5	10	52,6
PENTAVALENTE 1RA DOSIS	Cumple	13	54,2	19	100,0
	No cumple	11	45,8	0	0,0
NEUMOCOCO 1RA DOSIS	Cumple	23	95,8	18	100,0
	No cumple	1	4,2	0	0,0
ROTAVIRUS 1RA DOSIS	Cumple	23	95,8	18	94,7
	No cumple	1	4,2	1	5,3
IPV 1RA DOSIS	Cumple	22	91,7	19	100,0
	No cumple	2	8,3	0	0,0
NEUMOCOCO 2DA DOSIS	Cumple	22	91,7	17	89,5
	No cumple	2	8,3	2	10,5
PENTAVALENTE 2DA DOSIS	Cumple	23	95,8	17	89,5
	No Cumple	1	4,2	2	10,5
ROTAVIRUS 2DA DOSIS	Cumple	21	87,5	17	89,5
	No Cumple	3	12,5	2	10,5
IPV 2DA DOSIS	Cumple	19	79,2	17	89,5
	No Cumple	5	20,8	2	10,5
APO	Cumple	21	87,5	19	100,0
	No Cumple	3	12,5	0	0,0
INFLUENZA 1RA DOSIS	Cumple	19	79,2	19	100,0
	No Cumple	5	20,8	0	0,0
PENTAVALENTE 3RA DOSIS	Cumple	11	45,8	17	89,5
	No Cumple	13	54,2	2	10,5
INFLUENZA 2DA DOSIS	Cumple	18	75,0	15	78,9
	No Cumple	6	25,0	4	21,1
Total		24	100,0	19	100,0

El análisis comparativo permitió identificar que no existe diferencia (P-valor > 0,05) de las barreras de acceso a los servicios de salud predominantes en los habitantes de la zona rural y la comunidad nativa.

Tabla 4. Prueba de comparación U- Mann Whitney de las barreras de acceso en zona rural y comunidad nativa (n1=24; n2=19)

Zona	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig.
Zona rural	24	24,81	160,500	0,098
Comunidad nativa	19	18,45		
Total	43			

Como se aprecia, no se encontró evidencia para determinar diferencias significativas en el cumplimiento del esquema de vacunación en la población estudiada.

Tabla 5. Prueba de comparación de barreras de acceso en zona rural y comunidad nativa (n1=24; n2=19)

Zona	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig.
Zona rural	24	19,06	157,500	0,079
Comunidad nativa	19	25,71		
Total	43			

4. Discusión

La inmunización representa una de las intervenciones sanitarias de mayor éxito y rentabilidad, ya que logra la disminución de la morbilidad y mortalidad; todos los establecimientos de salud ofrecen el esquema de vacunación propuesto por el MINSA; sin embargo, anualmente no se cumplen con las metas designadas en su totalidad. Se considera que las barreras de acceso a los servicios de salud muchas veces son determinantes para recibir atención y que van a depender de la realidad multifactorial de la población; por ello el estudio buscó la comparación del esquema de vacunación y accesibilidad en dos puestos de salud ubicados en zonas distintas del Perú.

Con el análisis se identificó que no existe diferencia de las barreras de acceso a los servicios de salud y las dosis de vacunación, en habitantes del P.S. Amaquiria-Ucayali y el P.S. Las Norias-Lambayeque. Frenk(20) expresa que el acceso a la salud representa un proceso que consiste en buscar y recibir atención oportuna, influenciado por recursos disponibles, capacidades del sistema sanitario y características propias de la población. Al relacionarlo con el estudio, en ambos escenarios las dificultades que experimentan los padres o tutores de los lactantes menores de 1 año al acudir a las citas programadas, es similar. Hallazgos coinciden con los publicados por Marcos(21), ejecutado en dos establecimientos del distrito de Lagunas – Ayabaca, durante el año 2019, quien señala que no existe una diferencia significativa, en las barreras percibidas por los

usuarios que acuden al centro de salud Lagunas y al P.S San Juan de Lagunas.

En la dimensión barreras de acceso, los pobladores de la zona rural y la comunidad nativa mantienen un nivel intermedio, por ende, existen ciertas dificultades al acceder a la atención sanitaria. Existe concordancia con lo descrito por Tanahashi (22), quien menciona que, durante la búsqueda de atención, los usuarios perciben distintas dificultades e impedimentos.

Asimismo, la accesibilidad mostró ser la barrera predominante en ambas poblaciones, con un énfasis mayor en la comunidad nativa, debido a la cercanía de su vivienda al centro de salud. Si bien es cierto, en la a asamblea general de la Organización de los Estados Americanos, en una sesión plenaria ejecutada en el año 2018 (7), se incitó a tomar medidas para promover la protección de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, incluido el acceso a instalaciones y servicios de salud. No obstante, del acuerdo han transcurrido 5 años, a pesar de ello, las comunidades aun mantiene restricciones en el ámbito sanitario. Mancilla (23) con su indagación demostró que si existían diferencias significativas en dos establecimientos de salud e identificó que las desigualdades radicaban en las vías de acceso, la atención ofrecida por el personal de salud y en la disponibilidad de insumos y medicamentos.

En cuanto a la vacunación del recién nacido, el P.S. Amaquiria, obtiene un menor cumplimiento en la vacuna contra la Hepatitis B, mientras que la vacuna BCG es menos aplicada en la zona rural. Las dificultades de acceso se ven reflejadas en las coberturas de vacunación infantil. Borda(24) quien

analizó los porcentajes en 12 establecimientos de salud de Lima Metropolitana, reconoció que la cobertura contra el VHB dentro de las 24 horas de vida fue de 85,1%.

5. Conclusiones

En conclusión, se identificó que no existe diferencia estadística significativa al comparar las barreras de acceso y el cumplimiento en vacunación infantil, en los establecimientos de estudio, del departamento de Ucayali y Lambayeque. Sin embargo, ambas poblaciones presentan dificultades para acceder a la atención y por ende la cobertura en inmunización no se cumple en su totalidad.

Se tiene en cuenta que el estudio consideró solo población registrada en SIS y con DNI para la atención, sin embargo, la realidad de las comunidades nativas es diferente; muchos niños, niñas y adultos no cuentan con registros y no son considerados dentro del padrón nominal, por el contrario, la zona rural, tienen una mayor tasa de registros en sus pobladores. Por ende, quedaría abierta la posibilidad de poder generar más investigación y brindar mayor aporte a la salud y a estas comunidades.

El estudio contempla un aporte a la salud ocupacional del personal de enfermería mediante la planificación estratégica de acciones, que ayuden a lograr un acceso equitativo, en coordinación con autoridades locales, para la identificación de las familias que no acuden a los establecimientos de salud; para la planificación de visitas y campañas de vacunación, con la finalidad de inmunizar a la población en su totalidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

6. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. O.M.S. Cobertura de inmunización [Internet]. 2020. p. 1. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
2. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020. p. 1. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>
3. Brumana L et al. Coberturas de vacunación un desafío para el pediatra. Argentina [Internet]. 2021;2:1–25. Available from: [https://www.unicef.org/argentina/media/13186/file/Coberturas de vacunacion, un desafio para el pediatra.pdf](https://www.unicef.org/argentina/media/13186/file/Coberturas_de_vacunacion_un_desafio_para_el_pediatra.pdf)
4. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos de la campaña de vacunación y recuperación del esquema regular. Ecuador [Internet]. 2021;1:23. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Lineamiento_plan_recuperacion_de_vacunacion_version_30_09_2021-signed-signed-signed.pdf
5. Pincay V et al. Importancia de la atención primaria de la salud en la comunidad. Reciamuc [Internet]. 2020;(3):367–74. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/535/840>
6. Organización Panamericana de la Salud. Diversidad cultural y Salud [Internet]. 2019. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud>

7. Rivera O. et al. Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia [Internet]. Rev Cubana Salud Pública; 2020. p. 19. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n4/e1990/es>
8. MINSA. A dos años de la pandemia. 2022;Perú:1–31. Available from: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-05-23/mclcp-inmunizaciones-alerta-no1-2022-marzo-mclcp.pdf>
9. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en. Plan de recuperación de brechas en inmunizaciones [Internet]. Perú; 2020. p. 40. Available from: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8hjun>
10. MINSA. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. Perú. 2022. 40 p. Available from: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
11. Centro Nacional de Epidemiología. Boletín epidemiológico. [Internet]. MINSA. Perú; 2022. Available from: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
12. INEI. Pobreza en el Perú. Nota Prensa [Internet]. 2022;2021:1–3. Available from: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-072-2022-inei.pdf>
13. INEI. Las Nuevas Cifras de Pobreza. Inst Nac Estadística e Informática [Internet]. 2021;1–46. Available from: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/pobreza-monetaria-2021-cies-10-05-2022.pdf>
14. INEI. Población Peruana. 2021;1–3. Available from: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-105-2021-inei.pdf>
15. INEI. Perú: Condiciones de vida de la población en riesgo ante la pandemia del COVID-19. Encuesta Nac Hogares - ENAHO 2019 [Internet]. 2020;155. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1745/libro.pdf
16. Pautrat L. et al. Estrategias de autodefensa de los pueblos indígenas [Internet]. Kené – Ins. Perú; 2021. Available from: <https://keneamazon.net/Documents/Kene/El-Comando-Matico.pdf>
17. Raile-Alligood M, Marriner-Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería [Internet]. 7th ed. Elsevier. 2011. 797 p. Available from: http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1358.Modelos_y_teorias_en_enfermeria.pdf
18. Boletín Epidemiológico. Situación epidemiológica de Sarampión - Rubéola, Perú (SE 01-SE 27, 2018). Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. 2021;27(57):592–6. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/27.pdf>
19. Gerencia Regional de Salud. Situación actual de las coberturas en vacunación. 2022;1–53. Available from: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-03-11/coberturas-en-vacunacion-segunda-reunion-de-la-secretaria-ejecutiva-de-la-comision-intergubernamental-en-salud-cigs-2022.pdf>
20. Vilaça E. Las redes de atención de salud. Organ Panam la Salud [Internet]. 2020;209–437. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21928&Itemid=270&lang=es

21. Marcos H. Barreras de acceso a los servicios de salud en dos establecimientos de salud en el distrito de Lagunas. Ayabaca.2019. Univ César Vallejo [Internet]. 2019;105. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/44241/Marcos_THA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Tanahashi T. Cobertura de los servicios de salud y su evaluación [Internet]. 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>
23. Mancilla T. Barreras asociadas al acceso de los servicios de salud en los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa. Univ César Vallejo [Internet]. 2018;86. Available from: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/24722?show=full>
24. Borda A. Florián A. Montalvan S., Dedios M. Cabezas C. Donaires F. Cumplimiento de la vacunación contra el virus de la hepatitis b en recién nacidos de Lima y Callao. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2018;35(3):465–70. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2018.v35n3/465-470/es>

**OPINIONES DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA, ACERCA DEL
APOYO EMOCIONAL/PSICOLÓGICO BRINDADO A PACIENTES EN
ETAPA PREOPERATORIA**

OPINIONS OF NURSING STUDENTS ABOUT THE EMOTIONAL/
PSYCHOLOGICAL SUPPORT PROVIDED TO PATIENTS IN THE
PREOPERATIVE STAGE

Silvia Lisbeth Quispe Pumasunta¹

Citar como:

Quispe S, . Opiniones de estudiantes de enfermería, acerca del apoyo emocional/psicológico brindado a pacientes en etapa preoperatoria. Rev. Recien. 2024; 13(1)

Correspondencia:
Silvia Lisbeth Quispe Pumasunta
squispe0853@uta.edu.ec

Recibido: 06 / 01 /2024
Aprobado: 19/ 02 /2024
En línea:

Resumen

El apoyo emocional en muchos casos puede ser entendido como aquella capacidad que presenta una persona tiene para que otra entienda de una manera sencilla y tranquila las cosas que suelen parecer imposibles o duras de asimilar. El objetivo de esta investigación fue analizar la opinión que tienen los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, acerca del apoyo emocional/psicológico brindado a los pacientes de área preoperatoria. La investigación presenta un estudio descriptivo de tipo cualitativo con un enfoque fenomenológico con un muestreo no probabilístico intencional aplicado a 10 estudiantes ya que la información brindada se saturo. Se aplico una entrevista semiestructurada individual en un tiempo de 5 a 10 minutos, para el análisis se codifico y organizo la información más relevante. Se obtuvo opiniones de todos los encuestados en los ámbitos propuesto previamente por la autora que son de opinión personal, opinión científica, opinión legal y opinión pública. Como conclusión, los encuestados dieron opiniones variadas y en su mayoría similares acerca del apoyo emocional/psicológico

¹. Estudiante de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, Ecuador . e-mail. squispe0853@uta.edu.ec Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2041-8626>

que se brinda en los diferentes establecimientos de salud, los participantes recalcaron lo importante que es que el paciente se encuentre adecuadamente preparado antes de su intervención quirúrgica y no este ansioso, preocupado o incluso con temor a morir.

Palabras clave: cuidados preoperatorios, sistema de apoyo psicológico, opinión pública

Abstract

Emotional support in many cases can be understood as the ability that a person has to help another person understand in a simple and calm way things that usually seem impossible or difficult to assimilate. The objective of this research was to analyze the opinion that nursing students at the Technical University of Ambato have about the emotional/psychological support provided to patients in the preoperative area. The research presents a qualitative descriptive study with a phenomenological approach with intentional non-probabilistic sampling applied to 10 students since the information provided was saturated. An individual semi-structured interview was applied in a time of 5 to 10 minutes, for analysis the most relevant information was coded and organized. Opinions were obtained from all respondents in the areas previously proposed by the author, which are personal opinion, scientific opinion, legal opinion and public opinion. In conclusion, the respondents gave varied and mostly similar opinions about the emotional/psychological support provided in the different health facilities. The participants stressed how important it is that the patient is adequately prepared before their surgical intervention and not be anxious, worried, or even afraid of dying.

Keywords: preoperative care, psychological support system, public opinion.

1. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bienestar emocional se describe como un "estado de ánimo en el cual la persona es consciente de sus propias habilidades, puede hacer frente a las presiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y contribuir positivamente a la comunidad" (1).

El apoyo emocional en muchos casos puede ser entendido como aquella capacidad que presenta una persona tiene para que otra entienda de una manera sencilla y tranquila las cosas que suelen parecer imposibles o duras de asimilar (2). Por ello, es de vital importancia que en los centros hospitalarios se brinde este cuidado a todos los pacientes ya que en diversos estudios se ha demostrado que, al tener un buen apoyo emocional, la evolución en las diferentes enfermedades ha ido avanzando y lograr así una completa y excelente recuperación de los ingresados (3).

Se estima que a nivel mundial aproximadamente se llevan a cabo 234 millones de procedimientos quirúrgicos cada año, es decir una de cada 25 personas están sometiéndose a una cirugía (4). Ante la planificación de cualquier intervención quirúrgica, los pacientes experimentan emociones y sentimientos negativos, como ansiedad, estrés y temor a la muerte, los cuales pueden afectar su bienestar físico y emocional. Por esta razón, el personal de enfermería busca evaluar y reconocer las necesidades alteradas de los pacientes a través de la interacción, permitiendo así la planificación y ejecución de cuidados integrales (apoyo emocional,

toma de signos vitales, educando acerca del procedimiento a realizar) que contribuyan a mejorar la situación de salud que enfrentan (4) (5). En Ecuador, de acuerdo con un estudio realizado acerca de la satisfacción de los pacientes sobre el cuidado de enfermería en el preoperatorio un 45% menciona que la atención es regular, debido a que no siempre les informan el procedimiento a realizar y en muchos casos los signos vitales les dicen que son normales, esto quiere decir que los pacientes en su mayoría no han tenido un buen manejo emocional/psicológico, en un 7% se encuentra que la atención por parte de enfermería es buena (6) (7). Frente a lo mencionado, la presente investigación tiene como objetivo analizar la opinión que tienen los estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, acerca del apoyo emocional/psicológico brindado a los pacientes de área preoperatoria.

2. Metodología

La metodología empleada fue cualitativa de tipo descriptiva con enfoque fenomenológico ya que se evidenciaron las opiniones de los estudiantes de la carrera de enfermería del periodo septiembre 2023 – Enero 2024, acerca del apoyo emocional/psicológico en el área preoperatoria con los pacientes, lo que permitirá evaluar la calidad de atención que brindan los profesionales y estudiantes hacia el paciente para futuros estudios. La población no fue delimitada, se trabajó con estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, la muestra fue no probabilística intencional, la entrevista fue

aplicada a 10 estudiantes con un rango de edad de 20 a 23 años, en virtud que a medida que se iba realizando las preguntas se llegó a la saturación de la información.

En este estudio se aplicó la técnica de una entrevista semiestructurada dirigida a un grupo específico que fueron los estudiantes que hayan experimentado con pacientes quirúrgicos. La formulación de preguntas se realizó en base a los tipos de opinión existentes en base de datos confiables; opinión personal se creó 3 categorías, opinión científica 2 categorías, opinión legal 3 categorías, opinión pública 2 categorías, las preguntas fueron estipulas en Microsoft Word para su posterior aplicación y que sirva como guía en la entrevista. Previo a la entrevista se planteó a los participantes un consentimiento informado en el cual se detalló el objetivo de la investigación, así como los principios éticos y derechos que el mismo conlleva. Luego de aceptar el consentimiento informado se aplicó la entrevista que duro aproximadamente entre 5 a 10

minutos por informante.

La información se recopiló mediante una grabación de la entrevista con cada uno de los participantes que desearon colaborar en la presente investigación, cada uno de ellos manifestaron su opinión acerca del manejo emocional/psicológico que se brinda a los pacientes. Posterior a ello, se utilizó la aplicación Good Tape para la transcripción de la grabación, luego se codifico, clasifico y se creó cuadros con la información respectiva.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de la carrera de enfermería que hayan cursado o experimentado por quirófano.
- Estudiantes que deseen colaborar libre y voluntariamente.

Criterios de inclusión:

Estudiantes que no deseen colaborar con el estudio.

3. Resultados

En la figura 1, se observa un esquema de tipo cualitativo que permite visualizar las opiniones que tiene cada estudiante en relación con la atención que se brinda en los establecimientos de salud en el ámbito emocional/psicológico del paciente, se organizó desde el punto de vista personal, científico, legal y público de cada participante, estas categorías fueron establecidas en base a revisión bibliográfica confiable. Se hizo especial énfasis para la investigación en aquellos estudiantes que han experimentado con pacientes en intervenciones quirúrgicas.

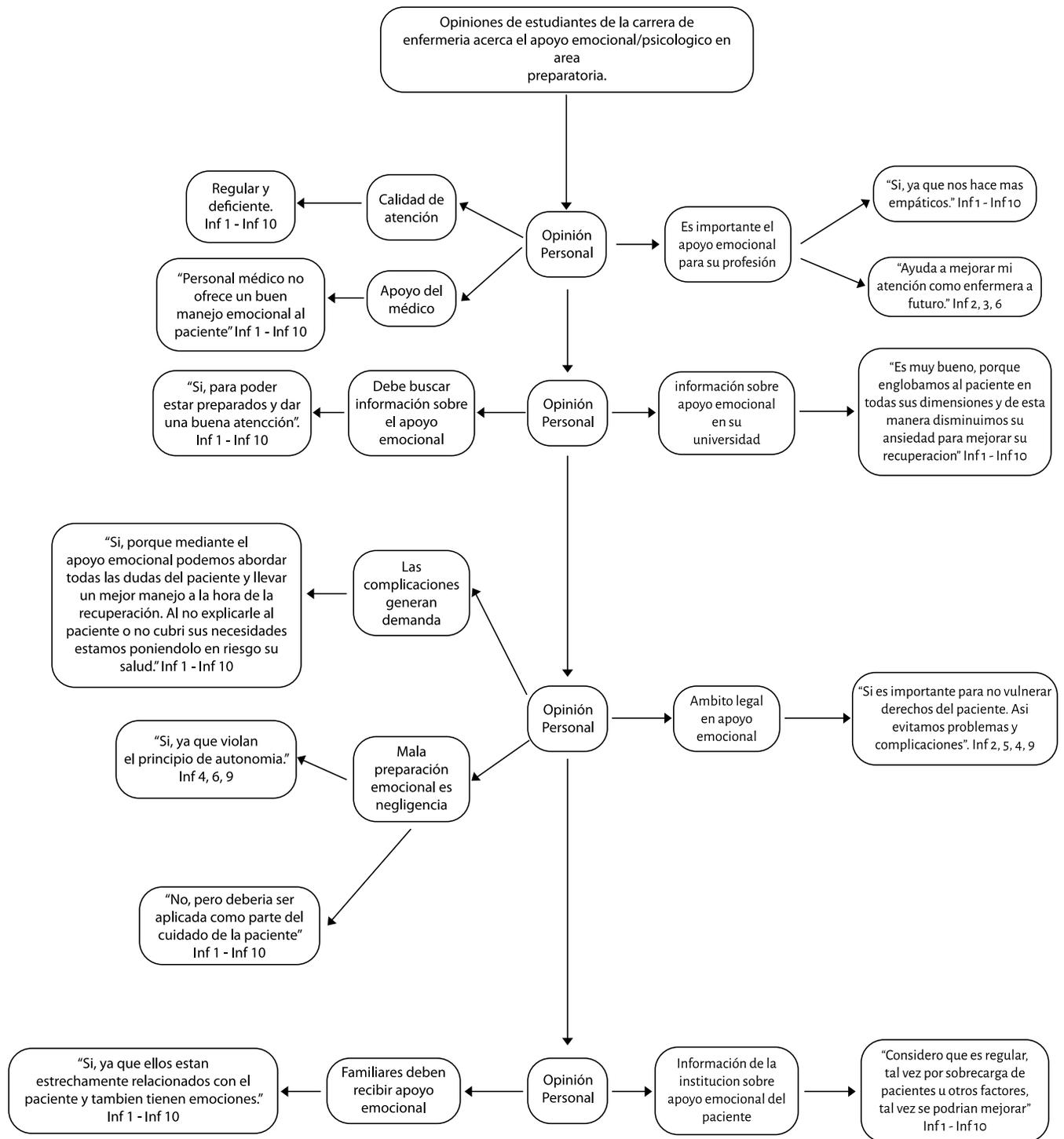
En la categoría de opinión personal, los estudiantes mencionaron que el apoyo emocional o psicológico en los pacientes preoperatorios es de vital importancia para su formación profesional debido a que esto les permitirá tomar conciencia y ser más empáticos con las emociones que se puede presentar con el paciente. De igual manera, mencionan que a nivel profesional el manejo emocional crea un vínculo de confianza con el paciente, el cual generara confianza y tranquilidad antes de la intervención quirúrgica. En cuanto a la calidad

de atención sobre el apoyo emocional todos los participantes concuerdan que es regular y que la mayoría del personal de salud se centra más en la preparación física del paciente. En relación con la interrogante del apoyo médico en el manejo psicológico refutaron que es deficiente, uno de ellos mencionó “El apoyo que da el médico es mínimo porque se basan más en el procedimiento a realizar y no generan confianza o un vínculo con el paciente ni su familia.”, esto genera preocupación ya que el médico es quien debería tener más relación con el paciente ya que conoce el procedimiento que va a ejecutar y podría explicar de mejor manera.

En el ámbito científico los estudiantes concuerdan que la información que se proporciona en la universidad técnica de Ambato es de calidad porque permite que el nivel psicológico se valore en la consulta con enfermería ya que también es de vital importancia. Un estudiante mencionó “Me parece un gran apoyo que exista materia como psicología ya que ayuda al estudiante a tener conocimientos para conllevar al paciente en todos sus ámbitos. La información brindada es precisa lo que hace falta es realizarla en la práctica.” Mencionan también que todos los estudiantes deben indagar más acerca del manejo psicológico y no solo adquirir lo que se brinda en la universidad.

En la parte legal, una opinión en particular llamo la atención ya que uno de los estudiantes al ser abordado con la interrogante de si se considera una negligencia a un mal manejo emocional del paciente contesto lo siguiente “no, pero debería ser aplicada como parte del cuidado del paciente”, lo cual da a entender que el nerviosismo, preocupación del paciente no es importante y esto desencadena por qué muchos profesionales excluyen esta actividad. Por el contrario, la mayoría de los estudiantes consideran que el apoyo emocional de calidad genera que los signos vitales estén controlados e incluso en la recuperación de cirugía sea más rápido. Por último, en cuanto al ámbito público sobre información del manejo psicológico del paciente que se proporciona en las instituciones de salud mencionaron “En ocasiones el ámbito psicológico del paciente se ve ignorado ya que se comenta que al manejar grupos grandes de paciente y el movimiento es rápido por lo que no se cuenta con el tiempo suficiente para resolver cada una de la situaciones de los pacientes.”, que en su mayoría es regular y no se preocupan ya que el trabajo es abrumador con cantidades de pacientes. Así mismo, en cuanto al apoyo que deben recibir los familiares hicieron énfasis en que es importante ya que son parte del entorno y salud, por lo cual deben ser tranquilizados e informados sobre las actividades que se realizó con el paciente. En cuanto a esto uno de los entrevistados dijo “Si. Debido a que una cirugía es un procedimiento complicado que tiene sus riesgos y los familiares y demás deben estar preparados psicológicamente. Así también para controlar ansiedad generada por saber cómo está su familiar”

Figura 1. Opiniones de estudiantes de enfermería acerca del apoyo emocional/psicológico en pacientes de preoperatorio.



Fuente: Entrevista

Elaborado por: Autora

4. Discusión

En el ámbito personal los estudiantes manifestaron que el apoyo emocional/psicológico es de vital importancia en la carrera de enfermería ya que les hace más empático y humanistas con el paciente, así como también para tener una actitud positiva porque la salud mental de los estudiantes también es importante, de esta manera varios autores mencionan que en el ámbito educativo los alumnos deben tener buena tolerancia a las presiones académicas para de esta manera puedan ofrecer al paciente una buena atención(8). De igual manera, el apoyo medico para el manejo emocional de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente mencionan los estudiantes que es muy deficiente, en las investigaciones de Rodríguez y León concuerdan que al realizar la preparación física y psicológica el medico omite información y no son empáticos, por lo que los pacientes se quedan intranquilos y no se preparan adecuadamente para la cirugía (9) (10).

En el ámbito legal los estudiantes opinan que un mal manejo emocional se considera negligencia, a esto varias investigaciones mencionan que en la actualidad el vínculo entre el personal y el paciente ha ido en decadencia algunos manifiestan que se debe a la tecnología ya que muchos médicos se centran mas al procedimiento, las técnicas a emplear que dar apoyo al paciente, es por esto por lo que en su mayoría la preparación que se le da al paciente es solo física mas no psicológica (11) (12). Lo último mencionado, los autores Salazar y Naranjo en su investigación determinaron que

el anestesiólogo es quien también debe preparar emocionalmente al paciente ya que en su estudio realizado existe un porcentaje elevado de ansiedad preoperatoria debido a la falta de información o en si al tipo de anestesia que se va a aplicar (13).

Al no realizar el cuidado emocional antes de una intervención quirúrgica el personal de salud no pone en práctica su ética, ni los principios de beneficencia, no maleficencia o autonomía ya que solo busca realizar su trabajo de manera superficial, toda aquella actividad que pone en riesgo la salud se considera negligencia y puede afrontar una demanda si así lo deciden las personas involucradas (14) (15). Para evitar todo este de circunstancias en la entrevista de este estudio los estudiantes sugieren que el complemento científico ayuda mucho, investigar sobre el apoyo o cuidado en el ámbito emocional y psicológico de los ingresados en los establecimientos de salud ayuda a relacionar y ser más empáticos a la hora de brindar atención.

En el ámbito de opinión pública los encuestados mencionaron que es importante brindar apoyo a los familiares también “porque son ellos quienes forman parte del entorno del paciente y son quienes saben y conocen más a fondo los sentimientos o emociones del paciente”. Por consiguiente, varios autores coinciden que en la actualidad los familiares presentan el mismo nivel de ansiedad que el paciente ante una cirugía ya sea menor o mayor porque no se sabe qué tipo de complicaciones se pueda presentar, en un estudio al abordar a enfermeras acerca de la importancia del apoyo emocional a los familiares algunas mencionaron que es una manera de involucrar a ambas partes y de esta manera conseguir

tranquilidad y comprensión del procedimiento, por otro lado otras enfermeras manifestaron que durante una cirugía o en una área de cuidados intensivos que implican rapidez y concentración en las actividades, el familiar muchas veces entorpece la situación, pero si sugieren que los cuidados sean brindados ya sea con anterioridad al procedimiento (16) (17).

5. Conclusiones

El apoyo emocional/psicológico es muy importante para el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, de acuerdo con las opiniones dadas por los estudiantes encuestados se analiza que en la actualidad este tipo de cuidado por parte de los profesionales de salud en especial del personal de enfermería no es valorado adecuadamente ya que por exceso de pacientes muchas veces el trabajo no se lo realiza con calidad y no se puede establecer un vínculo estrecho con el paciente. Es por ello por lo que se determina en la presente investigación que los estudiantes deben ser más empáticos y humanistas al momento de brindar atención al usuario y de esta manera evitar que durante el acto quirúrgico se presente ansiedad, hipertensión arterial, o dudas en los pacientes que interfieran con el procedimiento.

Además de ello, en el ámbito legal se analizó acerca de que los estudiantes manifestaron que un mal manejo emocional del paciente es considerado negligencia, para lo cual mediante revisión bibliográfica existe mucha deficiencia en la atención con el paciente y esto orilla a que en la actualidad quienes asisten a una casa de salud

exijan calidad y no más problemas en su salud e incluso muchos tienen miedo. Por otro lado, también es de vital importancia que se brinde un cuidado directo a los familiares que se encuentran en sala de espera ya que los mismos se encuentran ansiosos por la situación o por los riesgos que se puede presentar en la cirugía de su familiar.

Referencias bibliográficas

1. OMS. Salud mental: Apoyo emocional. Organización mundial de salud, Internet . 2022, Consultado 11 Nov 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20el%20apoyo,los%20trastornos%20de%20salud%20mental%C2%BB>.
2. Braga, Micheline Miranda; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Ribeiro, Juliane Portella; Piexak, Diéssica Roggia; Backes, Dirce Stein; Borges, Anelise Miritz. Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. Evidentia. 2012 oct-dic; 9(40). Consultado 11 Nov 2023. Disponible en: <https://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
3. Lozada-Lara LM, Torres-Calderón XM, Tapia-Tapia NH. Intervenciones de enfermería para abordar la salud psicológica de pacientes preoperatorios: optimizando la experiencia quirúrgica. MQR Investig [Internet]. 17 de septiembre de 2023 [citado 12 de noviembre de 2023];7(4):33-51. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/676>

4. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria: Nuberos Científica: Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente [Internet]. Enfermeriacantabria.com. 2023 [citado 2023 Nov 12]. Disponible en: <https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/57>
5. Sillero-Sillero A, Zabalegui A. Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27: e3142. [Consultado 12 Nov 2023]; Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2646.3142>.
6. Fuentes-Ramírez A, Laverde-Contreras OL. Nursing intervention to meet the family members' needs during the surgery waiting time. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29: e3483. [Consultado 12 Nov 2023] Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5028.3483>
7. Cuenca Rueda SR. NIVEL DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR SEGURIDAD AL PACIENTE DURANTE EL PERIODO PREOPERATORIO [Internet]. Repositorio Digital. Universidad Nacional de Loja; 2013. Consultado 12 Nov 2023. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16265/1/TESIS SILVIA CUENCA.pdf>
8. Puertas-Molero P, Zurita-Ortega F, Chacón-Cuberos R, Castro-Sánchez M, Ramírez-Granizo I, González-Valero G, et al. La inteligencia emocional en el ámbito educativo: un meta-análisis. An Psicol [Internet]. 2020 [consultado 12 Nov 2023];36(1):84–91. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So212-97282020000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Rodríguez Silva Héctor. Physician-patient relationship. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Dic [citado 2023 Nov 12]; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662006000400007&lng=es.
10. León López N, C. Apoyo emocional del personal de enfermería y ansiedad del usuario quirúrgico en el preoperatorio inmediato de un Hospital Público, Lima - 2021. Repositorio Universidad Norbert Wiener (Tesis). 2023 (Consultado 12 Nov 2023) Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/9640>
11. Pérez M, María R, Pilar D, Canaval F. Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para la intervención quirúrgica en el Centro de Salud Saposoa, 2022. 2023 Oct 20 [consultado 2023 Nov 13]; Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1842>
12. Soto Zapata ML. Calidad de cuidado del profesional de enfermería y nivel de ansiedad de los pacientes en preoperatorio, servicio de hospitalización centro médico especializado San Felipe, 2018. Repos Inst- UIGV [Internet]. 2019 Enero 7 [consultado 2023 Nov 13]; Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3725>
13. Salazar J, Naranjo K. COMPARACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD E INFORMACIÓN PREOPERATORIA DE AMSTERDAM REALIZADA EN LA VISITA PRE ANESTÉSICA Y COMPARADA CON GRUPO CONTROL EN LOS

HOSPITALES EUGENIO ESPEJO Y CLÍNICAS PICHINCHA, MARZO – OCTUBRE 2012. Repos Universidad Central del Ecuador (Internet), 2012. [consultado 2023 Nov 13]; Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71899301.pdf>

14. Vera Carrasco Oscar. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL ACTO MÉDICO. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2013 Dic [consultado 2023 Nov 13]; 19(2): 73-82. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010&lng=es

15. Ríos Ruiz A, Fuente del Campo A. El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. Compendio 1 ed. CNDH Mexico, 2017. Consultado 13 Nov 2023. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37807.pdf>

16. Duque Delgado Laura, Rincón Elvira Encarnación Elena, León Gómez Victoria Eugenia. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. Ene. [Internet]. 2020 [citado 2023 Nov 14]; 14(3): e14308. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es. Epub 05-Abr-2021.

17. Vargas R, Herrera C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y menor y su relación con la ansiedad. [En línea]. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 2012. (Consultado 14 Nov 2023). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5021227.pdf>

SÍNDROME DE BURNOUT Y CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN COVID-19 DE UN HOSPITAL DE LIMA.

BURNOUT SYNDROME AND ORGANIZATIONAL CLIMATE IN NURSING PROFESSIONALS IN A COVID-19 HOSPITALIZATION SERVICE AT A HOSPITAL IN LIMA.

Citar como:

Ricardo Ortiz Vásquez^{1, a}, Neisser Pino-Romero^{2, b, c}

Alicia Jesús Fernández-Giusti^{3, d, e}

Ortiz R, Pino-Romero N, Fernández A. Síndrome de Burnout y Clima organizacional en el profesional de enfermería en un servicio de hospitalización COVID-19 de un hospital de lima. Rev. Recien. 2024; 13(1)

Correspondencia: Ricardo Ortiz Vásquez ricardo.ortiz@unmsm.edu.pe

Recibido: 08 / 01 / 2024
Aprobado: 19 / 02 / 2024
En línea:

Resumen

Objetivo: Estudiar al síndrome de Burnout y su asociación con el clima organizacional en profesionales de enfermería de un hospital de Lima, nivel II-E, 2022.

Materiales y métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, correlacional, no experimental aplicado a una población de (50) profesionales de enfermería de Hospitalización Covid-19. Para la recolección de información se empleó el Inventario de Maslach de Burnout y el Cuestionario de Clima Organizacional del Ministerio de Salud del Perú, y toda la información fue analizada a través del SPSS 29.

Resultados: Según el Coeficiente de Spearman el valor de significancia $P= 0.048$, que indica una correlación significativa entre Síndrome de Burnout y el clima organizacional, que permite inferir que los enfermeros del nosocomio fueron afectados por esta patología a un “nivel alto” 56,00% (28/50), con un Clima Organizacional “por mejorar” y el 44,00% restante (22/50) fue afectado por el antes mencionado síndrome a nivel medio durante la pandemia por Covid-19. Asimismo, referente al resultado de la dimensión “Cansancio Emocional del Síndrome de

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, Dirección Adjunta. Lima, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-8042-6305>

² Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Ciencias e Ingeniería, Dpto. de Ciencias Exactas. Lima, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-9865-5974>

³ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela de posgrado. Lima, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-6945-0582>

^a Licenciado en enfermería, egresado de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud.

^b Licenciado en Computación Científica, magister en matemática aplicada con mención en matemática computacional.

^c Docente de pregrado.

^d Doctor en Bioquímica y Nutrición.

^e Docente en la Facultad de Medicina.

Burnout” asociado con la “Estructura e Innovación de Clima Organizacional”, se obtuvo como resultado un valor de significancia de Spearman $P= 0,01$ y $0,002$ respectivamente, información que permitió evidenciar que el 69,00% (29/50) del personal de enfermería ha sido afectado fuertemente por Cansancio Emocional a un nivel alto y el 31,00% (13/50) arrojó como resultado un nivel por mejora en la estructura del Clima Organizacional.

Conclusión: este estudio nos da un antecedente importante para mejorar y corregir modelos en la gestión hospitalaria actual, permitiendo así enfocarnos en fortalecer procesos para prevenir el excesivo desgaste físico y emocional al cual fue expuesto el personal durante la pandemia por Covid-19 y sus terribles secuelas en la salud mental, por tanto, este estudio es de gran relevancia para la investigación y brinda soluciones viables relacionadas con el síndrome de Burnout.

Palabras clave: Burnout; Covid-19; Salud Mental; Administración (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Objectives. Study Burnout syndrome and its association with the organizational climate in nursing professionals from a level II- hospital in Lima, during the Covid-19 pandemic.

Materials and methods. Quantitative, correlational, non-experimental approach study applied to a population of (50) nursing professionals from Covid-19 Hospitalization. For the collection of information, the Maslach Burnout Inventory and the Organizational Climate Questionnaire of the Ministry of Health of Peru were used, and all the information was analyzed through the SPSS 29.

Results. According to the Spearman Coefficient, the value of significance $P= 0.048$, which indicates a significant correlation between Burnout Syndrome and the organizational climate, which allows us to infer that the hospital nurses were affected by this pathology at a "high level" 56,00% (28 /50), with an Organizational Climate "to improve" and the remaining 44,00% (22/50) were affected by the aforementioned syndrome at a medium level during the Covid-19 pandemic. In

addition, regarding the result of the dimension “Emotional Exhaustion of Burnout Syndrome” associated with the “Structure and Innovation of Organizational Climate”, a Spearman significance value $P= 0.01$ and 0.002 respectively was obtained, information that allowed show that 69,00% (29/50) of the nursing staff have been strongly affected by Emotional Exhaustion at a high level and 31,00% (13/50) resulted in a level due to improvement in the structure of the Organizational Climate.

Conclusions: This study gives us an important precedent for improving and correcting models in current hospital management, thus allowing us to focus on strengthening processes to prevent the excessive physical and emotional wear and tear to which staff were exposed during the pandemic Covid-19, Also it allows to know about the terrible consequences in mental health, therefore, this study is of great relevance for research and provides viable solutions related to Burnout syndrome.

Keywords: Burnout Syndrome, Covid-19, Mental Health, Administration (Source: MeSH NLM).

1. Introducción

Cuando se habla del síndrome del quemado o síndrome de Burnout se está haciendo referencia a la patología clínica o factor desencadenante del cansancio físico y mental en el personal de una determinada organización, esta afectación en la salud de las personas se ha visto con gran frecuencia en los últimos años, motivo por el cual se realizaron diversos estudios lo que permitió que sea oficializada en el grupo de Enfermedades y/o patologías clínicas Internacionales por la Autoridad Sanitaria Internacional competente en el año 2019 (2).

Asimismo, según la mencionada institución sanitaria, esta patología genera grandes desequilibrios en la salud, afectando el nivel de productividad de una persona. Una de sus principales manifestaciones se refleja en el estado de desgaste físico y emocional, generando una sensación de inferioridad y aislamiento que lleva a la degradación de las habilidades comunicativas en el entorno laboral.

En esta misma línea de investigación, se determinó que, dentro de todos los grupos ocupacionales, el profesional del área de la salud es más vulnerable a sufrir un cuadro clínico producto de la patología denominada síndrome de Burnout, lo cual es una amenaza para el buen clima laboral dentro de los centros de labores vinculadas a brindar atenciones sanitarias o del rubro de salud (3).

Un "fenómeno ocupacional", es el agotamiento. Esto, en gran medida, es debido a los efectos negativos que ocasiona en la vida diaria del

personal, un "descontrol", aspecto que fue tomado en cuenta para ser incluida dentro del CIE-10. De ello, se puede desprender que este síndrome es resultado del estrés laboral prolongado que, posteriormente se convierte en crónico como producto de las deficiencias en la oportunidad de gestión de atención de salud, lo cual nos permite su clasificación bajo tres dimensiones: Sentimientos de baja energía o somnolencia, mayor distanciamiento mental del trabajo, pensamientos negativos o cínicos (4).

Las recientes investigaciones realizadas en el sector privado sobre el impacto del Clima Organizacional, se identificó que hay una relación directa con el logro del buen desempeño laboral, tal es el caso de la empresa Cotton Life. En dicho estudio, se dio a conocer que el clima organizacional dentro de una empresa u organización, representa un pilar fundamental para poder cumplir con las expectativas de los empleados para una calidad de vida laboral (5).

En las recientes investigaciones se identificó que los profesionales vinculados a los servicios de salud y las mujeres son más propensos a sufrir los desequilibrios psicológicos ligados al estrés en situaciones de pandemia (6). Adicional a ello, en estudios de problemas emocionales como la baja autoestima en profesionales de la salud, se evidenció que tiene asociación con el Burnout, ya que los médicos con baja autoestima presentaron Burnout (7). Aspectos que se considera que podría tener implicancias negativas dentro de las organizaciones laborales.

Lo primordial del clima organizacional es que facilita la capacidad de identificación de fortalezas

y debilidades dentro del centro laboral, para implementar acciones de mejoras buscando fomentar una motivación intrínseca de los trabajadores, el cual coadyuva al compromiso de cada integrante con las funciones a desempeñar, el cual facilitará objetivos institucionales (8). Por otro lado, planificar e implementar estrategias de mejoras en el proceso de atención hospitalaria facilita la satisfacción de los usuarios (9).

Es decir, con un buen clima organizacional se podrá mejorar el accionar de los miembros del centro de labores y una mejor atención a los usuarios (10). Asimismo, se requiere del respaldo de los gestores y líderes de cada área de trabajo, para implementar nuevas estrategias integradoras que se focalicen en sumar esfuerzos, promoviendo la buena comunicación e interacción entre los integrantes que forman parte del establecimiento (11).

Los estudios realizados en espacios laborales arrojan que a través de un clima organizacional positivo se puede alcanzar una atmósfera adecuada de trabajo, caracterizado por un ambiente propicio, una adecuada coordinación entre integrantes, con motivación intrínseca y una equitativa distribución de funciones, hay una relación significativa entre un buen clima de la organización con la motivación del personal (12).

En el Perú, el estudio y aplicación del buen clima organizacional está teniendo bastante repercusión en los últimos años, empresas de diversos rubros, muestran bastante interés por conocer y aprovechar los beneficios de esta herramienta en la gestión institucional.

Las instituciones han evidenciado que tener un buen clima organizacional permite crear escenarios

de trabajo saludables, seguros, innovadores y con mejores resultados. Esta situación facilita el manejo del recurso humano y la promoción en cuanto a políticas innovadoras en la oferta de servicios de atención de salud, cuya incidencia se aprecia en la mejora de la percepción de calidad de atención recibida por parte de los usuarios (13).

Mediante una breve investigación referente al impacto del clima organizacional y el síndrome de Burnout con el personal de salud de un Centro Quirúrgico y Central de Esterilización dentro de un centro hospitalario de Huánuco, se demostró que el clima organizacional al ser relacionado con las condiciones positivas que se brindan a los empleados tiene un impacto significativo en el síndrome de burnout (14). Esto se hizo en vista de que el estrés se iba presentando con mayor frecuencia en el personal, alterando el bienestar de cada uno de ellos, así como también el flujo de atención y la satisfacción de los usuarios de la organización.

Las epidemias globales adherido al estrés y el agotamiento pueden tener efectos perjudiciales tanto para los empleados como para las organizaciones, los que trabajan en la industria de la salud están particularmente en riesgo debido a las características de sus puestos de trabajo (15). Los hallazgos en la investigación demostraron que el agotamiento físico y el agotamiento cognitivo fueron los dos aspectos del burnout con los valores más altos, y que el 58% del personal reportaron altos niveles de estrés general. Para comprender la experiencia del agotamiento, fue útil una combinación de factores sociodemográficos, factores de nivel estrés y evaluaciones.

Según estudio realizado en docentes, a pesar de las diferencias de género a ciertas eventualidades estresantes durante la pandemia, la resiliencia de un profesional permite enfrentar situaciones desafiantes y responder de manera adecuada a ciertas eventualidades estresantes (16), de donde se comprende que el equilibrio emocional de los profesionales es una buena barrera para evitar daños en la salud mental ante crisis psicosociales como una pandemia u otra eventualidad, de lo contrario los daños al personal y a la institución serán de gran envergadura.

Por ello, en los ambientes de trabajo sanitario, es relevante indicar que los profesionales de la atención de salud deben tener definido con claridad las prioridades laborales y familiares, de tal modo que ninguna de ellas interfiera en el bienestar del individuo y su entorno u organización (17). Así se configuró a partir de los hallazgos en el estudio de Chernyak y Tziner, cuyo estudio se basó en la Teoría de los Valores Humanos de Schwartz, así como también en la Teoría de la Conservación de los Recursos, donde se mostraron cómo el agotamiento laboral influía en las relaciones entre el compromiso laboral y el conflicto trabajo-familia. De ese modo, queda bastante claro que la visión integral del ser humano, dotando de recursos y espacios saludables contribuye con el buen clima organizacional.

Durante la pandemia por Covid-19 los ambientes de trabajo sanitario y los profesionales de salud sufrieron grandes cambios, así lo demuestran el reporte estadístico de casos de profesionales afectados por el Covid-19, en el Perú se produjo un colapso del sistema sanitario, los establecimientos

de atención de médica no estaban preparados para una alta demanda, no se daban abasto, se evidenció dificultades para responder a las necesidades de los pacientes con Covid-19 así como también al personal de salud (18).

Es decir, en todos los niveles de atención, pero, principalmente en el nivel recuperativo, no había concordancia entre el repentino incremento de casos de Covid-19 que requerían atención inmediata, la infraestructura, el flujo de atención (referencia), y el recurso humano, pareciera que no se contaba con un plan de contingencia, ni receta que permitiera abastecer y dar respuesta inmediata a toda la población, fue un reto para los profesionales de la salud en un sistema fragmentado, con brechas en dotación de recursos y accesos.

Un buen nivel de clima organizacional refleja también una adecuada promoción y valoración de la persona y su dignidad, representa una coherencia entre la misión, visión y su accionar que facilita alcanzar objetivos promoviendo la justicia y equidad (19).

Este escenario sanitario generó el interés para el desarrollo de esta investigación, cuyo proceso se estructuró con el objetivo de aportar información actualizada del impacto de la pandemia Covid-19 en la salud mental del personal de salud de enfermería, el nivel de afectación como consecuencia del denominado síndrome de Burnout, para determinar la repercusión en el clima organizacional de los escenarios hospitalarios del país y plantear alternativas de solución así como también continuar motivando la elaboración de nuevos proyectos de investigación.

De acuerdo con los objetivos propuestos, en este

estudió se aplicó como estrategia la búsqueda de información bibliográfica, tomando en cuenta, principalmente estudios enmarcados en el contexto de la pandemia por Covid-19, información que fue contrastada con lo encontrado en el proceso de investigación dentro del centro hospitalario seleccionado como escenario de investigación.

2. Metodología

Diseño y población de estudio

En la ejecución del presente estudio se aplicó el método cuantitativo, con un análisis correlacional, no experimental, de corte transversal; es una investigación de finalidad aplicada en una población de personal de salud de enfermería del Servicio de Hospitalización COVID-19 de un Hospital Nivel II de Lima, en el marco del estado de emergencia por la mencionada patología clínica en los primeros meses del año 2022.

Como población de estudio se consideró a la totalidad del personal, cincuenta (50) enfermeros que se encontraban laborando dentro del Servicio Hospitalario, por lo que no se aplicaron técnicas de muestreo.

VARIABLES Y MEDICIONES

Para este estudio se consideró y describió al Síndrome de Burnout, variable que se dimensionó en el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal, cuyo análisis fue comparado con el nivel de Clima Organizacional y sus dimensiones categorizados en tres niveles: No Saludable, Por Mejorar y Saludable. Asimismo, en el proceso de recojo de información se consideró al Inventario de Maslach de Burnout (MBI) (20) y

el Cuestionario que mide el Clima Organizacional elaborado por la autoridad sanitaria del Perú. Este instrumento fue elaborado por un Comité especializado de expertos de clima organizacional del Ministerio de Salud (MINSA). Además, como estrategia se tomó en cuenta a la escala de Likert, que posteriormente fue validado por un riguroso juicio de expertos, con la metodología Focus Group, obteniéndose un nivel de confiabilidad de 0,96 de Alfa de Crombach, aprobado y oficializado a través de la R.M N° 468-2011/MINSA.

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideró como población de estudio solo a aquellos profesionales de enfermería que laboraron de forma presencial un período mínimo de tres meses de manera ininterrumpida en el Servicio de Hospitalización COVID-19 del Hospital Nivel II, Lima 2022 y quienes a su vez firmaron el consentimiento de aceptación para participar de manera voluntaria en el presente estudio.

Quedan excluido de participar en el presente estudio aquellos profesionales que desempeñaron sus funciones en modalidad remota o mixta, que no les permitió tener como mínimo tres meses de labores consecutivas, también el hecho de no pertenecer al servicio hospitalario de atención de pacientes afectados de Covid-19 y no aceptar la participación fue una variable objeto de exclusión.

Análisis estadístico

Las respuestas recolectadas en la población de estudio fueron trasladadas a una data en formato Microsoft Excel 2019, donde se registró toda la información, posteriormente los datos pasaron por el procesamiento, un riguroso análisis y presentación sistemática de información con el

soporte de la herramienta estadística conocida como SPSS versión 29.

La información encontrada como resultado de la investigación fueron ordenados y se presentan en tablas con entradas dobles que facilita interpretar el comportamiento de las variables, nivel correlación y/o valor de significancia de cada una de las dimensiones estudiadas.

Además, se emplearon estadísticos de análisis de comportamiento de datos para tener mayor precisión al momento de realizar la interpretación y/o inferencia de datos obtenidos.

Consideraciones éticas

Para la realización efectiva de la presente investigación, primero se realizó una coordinación previa con el área de Docencia e Investigación de Hospital elegido, luego se formalizaron los

permisos a través del Comité de Ética e Investigación del recinto hospitalario público de Emergencia, que tiene un Nivel-II-E, ubicado en el distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana, quienes luego de una ardua labor de análisis y revisión del proyecto y/o avance del estudio oficializaron el respectivo permiso según Carta N.º 0106-2022-UADeI-OGRH-DE-HEVES, expediente N.º 21-01959-001, proyecto N.º 014-2022, emitido por el presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital de Emergencias Villa El Salvador del año 2022, y se tomó en cuenta la firma de consentimiento informado para la aplicación del instrumento de investigación, garantizando el cumplimiento de los protocolos correspondientes en el estudio con manejo de datos personales.

3. Resultados

Con la información obtenida se pudo identificar que del 100,00% (50), el 90,00% (45/50) pertenece al sexo femenino y un 10,00% (5/50) son del sexo masculino, el 4,00% (2/50) tiene una edad entre los 18 y 29 años (jóvenes) y el 96,00% (48/50) tienen edades que fluctúan entre los 30 y 59 años (adultos).

A su vez, el 100,00% (50/50) tenía vínculo laboral contratado bajo la modalidad CAS-1057- régimen especial por el COVID-19 y laboraban en el Servicio de Hospitalización Covid-19. Asimismo, el tiempo promedio de todo el profesional de enfermería laborando en la Institución fue 4,1 años.

Luego del procesamiento de datos, según el análisis de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, se encontró que P valor (sig.) ≤ 0.05 para las variables de estudio, por tanto, se puede extrapolar que estos datos no tienen distribución normal, por tanto, a fin de determinar la significancia de la correlación se empleó el coeficiente Rho de Spearman, y de acuerdo al resultado del valor de significancia $P= 0,04$ siendo este menor que la significancia teórica ($\alpha= 0.05$), con lo que se deduce que existe una correlación significativa entre las variables Síndrome de Burnout respecto del Clima Organizacional en el profesional de Enfermería del Servicio de Hospitalización Covid-19, del recinto hospitalario Nivel-II de Lima.

Tabla 1. Análisis de la correlación del síndrome de Burnout respecto del clima organizacional

			Síndrome de burnout		TOTAL
			Medio	Alto	
Clima Organizacional	Por mejorar	Frecuencia	2	26	28
		%	66,70%	55,30%	56,00%
	Saludable	Frecuencia	1	21	22
		%	33,30%	44,70%	44,00%
Total		Frecuencia	3	47	50
		%	100,00%	100,00%	100,00%
Motivación	No saludable	Frecuencia	0	2	2
		%	0,00%	4,30%	4,00%
	Por mejorar	Frecuencia	3	45	48
		%	100,00%	95,70%	96,00%
Total		Frecuencia	3	47	50
		%	100,00%	100,00%	100,00%
Estructura	Por mejorar	Frecuencia	2	40	42
		%	66,70%	85,10%	84,00%
	Saludable	Frecuencia	1	7	8
		%	33,30%	14,90%	16,00%
Total		Frecuencia	3	47	50
		%	100,00%	100,00%	100,00%

			Cansancio emocional		TOTAL
			Medio	Alto	
Estructura	Por mejorar	Frecuencia	13	29	42
		%	76,50%	87,90%	84,00%
	Saludable	Frecuencia	4	4	8
		%	23,50%	12,10%	16,00%
Total		Frecuencia	17	33	50
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Innovación	No saludable	Frecuencia	0	8	8
		%	0,00%	24,20%	16,00%
	Por mejorar	Frecuencia	16	23	39
		%	94,10%	69,70%	78,00%
	Saludable	Frecuencia	1	2	3
		%	5,90%	6,10%	6,00%
Total		Frecuencia	17	33	50
		%	100,00%	100,00%	100,00%

					TOTAL
			Despersonalización		
			Medio	Alto	
Motivación	No saludable	Frecuencia	1	1	2
		%	2,40%	11,10%	4,00%
	Por mejorar	Frecuencia	40	8	48
		%	97,60%	88,90%	96,00%
Total		Frecuencia	41	9	50
		%	100,00%	100,00%	100,00%
Estructura	Por mejorar	Frecuencia	33	9	42
		%	80,50%	100,00%	84,00%
	Saludable	Frecuencia	8	0	8
		%	19,50%	0,00%	16,00%
Total		Frecuencia	41	9	50
		%	100,00%	100,00%	100,00%

			Realización personal		TOTAL
			Medio	Alto	
Motivación	No saludable	Frecuencia	2	2	2
		%	4,00%	4,00%	4,00%
	Por mejorar	Frecuencia	48	48	48
		%	96,00%	96,00%	96,00%
Total		Frecuencia	50	50	50
		%	100,00%	100,00%	100,00%
Estructura	Por mejorar	Frecuencia	42	42	42
		%	84,00%	84,00%	84,00%
	Saludable	Frecuencia	8	8	8
		%	16,00%	16,00%	16,00%
Total		Frecuencia	50	50	50
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaborado por el autor del estudio.

De acuerdo con los datos organizados en tabla 1 sobre el análisis del Síndrome de Burnout respecto del Clima Organizacional, se aprecia que el 55,30% (26/47) de profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización Covid 19 del Hospital nivel II-E en Lima, ha sido afectado por la patología del Burnout en un nivel alto y presentan un clima organizacional por mejorar.

En cuanto a la dimensión de motivación del Clima Organizacional, la prueba estadística Rho de Spearman arrojó como resultado la existencia de una correlación significativa con un valor $P= 0,01$, cifra que es menor frente al valor de significancia teórica $\alpha= 0.05$, lo cual evidencia que durante la pandemia del Covid 19 el profesional de enfermería resultó afectado por problemas de Síndrome de Burnout a un nivel alto 94,00% (47/50), el cual a su vez ha conllevado a generar un Clima Organizacional con motivación no saludable (2/47), y por mejorar (45/47) junto a un reducido 6,00% (3/50) afectados por la patología del Burnout a un nivel medio con un clima organizacional por mejorar.

Al correlacionar el Síndrome de Burnout con estructura del Clima Organizacional, se encontró un resultado significativo con un valor de $P= 0.003$ y un coeficiente de correlación $rs= - 0,04$, lo cual evidencia que durante

la pandemia el personal de enfermería del hospital nivel II de Lima Metropolitana, resultó bastante afectado por el Burnout en un 95.2% (40/50), siendo esto un nivel alto, lo que ha generado un clima organizacional por mejorar en la misma proporción.

Otro dato interesante resultó al estudiar la dimensión Cansancio Emocional del Síndrome de Burnout con Estructura e Innovación de Clima Organizacional, de dónde se evidenció como resultado un valor de significancia de Spearman $P= 0,01$ y $0,002$ respectivamente, información que permitió evidenciar que el 69,00% (29/50) del personal de enfermería ha sido afectado por Cansancio Emocional a un nivel alto y el 31,00 % (13/50) arrojó como resultado un nivel por mejora en la estructura del Clima Organizacional.

En este sentido, se identificó que el 59,00 % (23/50) fue afectado por cansancio emocional a un nivel alto, junto a un 41,00% (16/50) con un nivel medio, que generó un clima organizacional por mejorar en las mencionadas proporciones.

Asimismo, al correlacionar Despersonalización con Estructura y Motivación de Clima Organizacional, se identificó un valor de significancia de $P= 001$ para ambas dimensiones, resultado que permite evidenciar que el 78,60% (33/50) de profesionales de enfermería del Servicio hospitalario para pacientes con Covid-19 ha sido afectado por Despersonalización a un nivel medio y el 21,40 % (9/50) a un nivel alto, generando un Clima Organizacional por mejorar.

Al analizar la Estructura de dichas proporciones y respecto a la correlación con Motivación, se obtuvo que el 83,30% (40/50) ha sufrido una despersonalización a nivel medio y un 16,70% (8/50) a un nivel alto, generando que el Clima Organizacional este en una situación “por mejorar” en referente a la motivación del personal de enfermería.

Finalmente, al realizar el análisis del Síndrome de Burnout en la dimensión Realización Personal respecto a Estructura y Motivación del Clima Organizacional, de acuerdo a los resultados de la prueba Rho de Spearman hay una correlación significativa con un valor de $P= 0,001$ para ambos, este resultado nos permite evidenciar que durante la pandemia, ante el incremento de casos de Síndrome de Burnout la Motivación y Estructura laboral del profesional de Enfermería se ha visto bastante afectado en la Organización Hospitalaria, ya que como resultado se obtuvo que el 100,00% (50/50) fueron afectados en la dimensión de la Realización Personal del síndrome de Burnout a un nivel medio con un nivel de Motivación del Clima Organizacional por mejorar 96,00% (48/50) y no saludable 4,00% (2/50).

Adicional a ello, al dimensionar Realización Personal con Estructura, se obtuvo que el 100,00% (50/50) de profesionales han sido afectados en la Realización Personal a un nivel medio, con un clima organizacional por mejorar en un 84,00% (42/50) en cuanto a la estructura laboral frente a tan solo un 16,00% (8/50) que evidenció una estructura laboral saludable.

4. Discusión

Con la concretización de este estudio de investigación en un escenario hospitalario, se logró determinar varios aspectos referidos a las afecciones del síndrome de Burnout como patología clínica en una población de estudio cuya función era brindar cuidados de enfermería en pacientes afectados por el Covid-19, y se identificó que existe una correlación significativa referente al Clima Organizacional con un valor de Spearman $r_s = -0,281$ y un valor de significancia $P = 0,04$, lo cual nos permitió deducir que durante la pandemia del Covid-19, el síndrome de Burnout, alcanzó un nivel alto en el personal de salud, lo que ha generado alteraciones físicas y mentales en los profesionales de la salud, como es en el caso de enfermería, una situación parecida a lo encontrado en la calidad de vida de las madres y los recién nacidos en un centro hospitalario de Lima (21).

Con este análisis podemos deducir, que la pandemia del Covid-19 tuvo fuerte efecto en la vida de la población y el sistema de salud, los indicadores estadísticos han evidenciado que las alteraciones psiquiátricas han tenido gran incremento y se espera que esto continúe en aumento, siendo esta reconfiguración de atención, un gran reto para las nuevas políticas sanitarias (22).

Se encontró que el 94,00% (47/50) ha padecido un síndrome de Burnout, lo cual generó un clima organizacional por mejorar en un 53,00% (26/50) en el profesional de enfermería que participó en este estudio, tal como sucedió en el estudio en el estudio realizado en el área de emergencia de un

centro hospitalario, donde quedó evidenciado que el personal de salud es altamente propenso a ser víctima de esta patología de salud mental (23).

Los resultados de este estudio también permitió conocer que hubo mayor incidencia del síndrome de Burnout en la dimensión Despersonalización relacionado con motivación, donde el 83,30% (40/50) de profesionales de enfermería ha sufrido una despersonalización a nivel medio y un 16,70% (8/50) a un nivel alto, entendiéndose como despersonalización al desequilibrio mental o distorsión de la percepción, produciendo una desvinculación de sus actividades y/o responsabilidades, representa una perturbación de la memoria del ser humano (24) . Por ello, ocasiona una reducción de la motivación, hecho que se pudo comprobar en este estudio, ya que en esta correlación el 96,00% de profesionales resultó tener problemas de Clima organizacional “por mejorar” en la dimensión motivación.

En este punto, es conveniente resaltar la correlación significativa entre Síndrome Burnout y Motivación como dimensión de clima organizacional, en el contexto de pandemia por Covid-19, muchos empleadores pasaron a realizar teletrabajo, la interacción del ser humano como ser social, han sido suspendidas con el aislamiento. Por eso muchos autores señalan a esta situación como potencial amenaza para el hombre como ser social, ya significó una amenaza para la salud mental de la población, ya que el teletrabajo no es perjudicial solo si se respeta las condiciones y se cuenta con recursos necesarios para prevenir alteraciones mentales (25).

Otro punto que resultó bastante interesante

fue la correlación encontrada entre síndrome de Burnout, con la dimensión estructura del Clima Organizacional, donde el 87,00% de los profesionales de enfermería que participaron en la investigación presentó un síndrome de Burnout Alto con un nivel de Clima Organizacional por mejorar referido a la dimensión Estructura, y teniendo en cuenta que cuando se habla de estructura en el clima organizacional se está haciendo referencia al conocimiento y compromiso del personal con las funciones que desempeña. Este aspecto pudo haberse generado como producto de las alteraciones físicas y emocionales que desencadenó las limitaciones de interacción impuestas durante la pandemia, tal como sucedió en países vecinos como Brasil (26).

También se identificó que el 96,00% de profesionales de enfermería del presente estudio tiene un síndrome de Burnout en su dimensión realización personal en un nivel medio con un clima organizacional por mejorar en su dimensión Motivación. Esta situación está vinculada con la capacidad de afrontar a los desafíos y/o cambios que se presentan en el entorno laboral, ya que se ha demostrado que situaciones de baja motivación, depresión y ansiedad producen efectos negativos en la realización personal, tal como les sucedió el estudio aplicado en un grupo de docentes de España (27).

Este resultado genera la necesidad de que las actividades propias del área, institución y profesión deben promover espacios de reflexión crítica para transformar ambientes generadores de conflicto en espacios saludables o libres de elementos estresantes (28), con lo cual se podrá fortalecer

el aparato productivo dentro de la organización de salud y los pacientes podrán satisfacer sus necesidades.

Estos cambios en la salud del personal de los centros hospitalarios, permite evidenciar la gran necesidad de implementar adecuadas estrategias o planes de trabajo de contención a través de un seguimiento y tratamiento adecuado para evitar daños en la salud mental, para lo cual son necesarios actividades de sensibilización para la protección del personal de salud ante eventualidades como esta (29).

De los resultados encontrados se puede colegir que la salud mental en población, personal de salud del centro hospitalario se ha visto bastante afectada por la patología clínica Burnout o síndrome del quemado, cuyo desequilibrio mental, podría deberse a la crisis social desencadenada por el Covid-19 al no contar con planes o proyectos que atenúen situaciones de gran impacto psicosocial ante emergencias sanitarias y desastres (30).

Las acciones para mejorar la salud mental o el crear espacios de asistencia psicosocial, deberían ser aspectos centrales en las políticas públicas de los sistemas de salud, es una necesidad de la población común y el personal sanitario (31), lo cual nos facilitará contar con herramientas de mitigación ante amenazas que se presenten en la salud mental que impiden alcanzar el desarrollo integral, pleno y un entorno saludable para el ser humano.

Como punto de cierre, con los resultados encontrados, se pretende motivar a los profesionales de la salud de los diferentes grupos ocupacionales a continuar investigando, formular nuevos proyectos para prevenir y mejorar escenarios de salud pública con planes de atención de salud mental

que permitan mejorar el proceso de prestación de servicios de salud en el Perú y países vecinos, fomentando el liderazgo y la sinergia del equipo de gestión y miembros de la institución de salud

Agradecimientos: Al Director General del Hospital de Emergencias Villa El Salvador M.C Carlos Luis Urbano Durand, por las facilidades brindadas para el desarrollo de la investigación en el mencionado nosocomio.

Fuentes de financiamiento: Este artículo ha sido financiado por los autores.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

6. Referencias bibliográficas

1. Mendez-Beltrán], Botero-Carvajal A. Agotamiento profesional en personal de enfermería y factores de riesgo psicosocial. Arch. Venez. Farmacol. Rev. 2019; 38(4): 501-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=559/55964256022>
2. Forbes Staff. OMS clasifica el 'burnout' como una enfermedad. PAIS [Internet], 28 de mayo 2019 [Consultado 5 de noviembre de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.forbes.com.mx/>
3. Palacios N. y Paz R. El Síndrome de Burnout: una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19. Boletín COVID-19 de salud pública; 2021; (21) 2. Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.21-04-El-Sindrome-de-Burnout.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Burnout según la OMS: Clasificando el sufrimiento; 2018-2019. [Consultado 5 de noviembre de 2021]. Recuperado a partir de: <https://proyctohuci.com/es/burnout-segun-la-oms-clasificando-el-sufrimiento/>
5. Olivera Y., Leyva L. y Napán A. Clima organizacional y su influencia en el desempeño laboral de los trabajadores. Revista Científica de la UCSA. 2021; (8) 2. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2022.008.02.003>
6. Palomino-Oré C, Huarcaya-Victoria J. Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19. Horiz Med [Internet]. 28 de diciembre de 2020 [citado 20 de septiembre de 2023]; 20(4):e1218. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1218> (30)
7. Contreras-Camarena C, Lira-Veliz H, Benito-Condor B. Autoestima y síndrome de burnout en médicos de unidades críticas. Estudio correlacional. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú. Horiz Med [Internet]. 21 de mayo de 2021 [citado 20 de septiembre de 2023]; 21(2):e1507. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1507>
8. Macías G. y Vanga A. Clima organizacional y motivación laboral como insumos para planes de mejora institucional. Revista Venezolana de Gerencia. 2021; (26) 94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/290/29069612005/html/>
9. Núñez Alcocer SA, Fernández-Giusti A, López Vera ME, Benites Ramos MA. Consultorio de Atención

Inmediata como estrategia de gestión de calidad en el Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, Perú. Horiz Med [Internet]. 13 de septiembre de 2023 [citado 15 de septiembre de 2023];23(3):e2195. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2195> (26)

10.Guerra Elera FB, Lama Morales RA, Guerra Delgado MS, Elera Ojeda RN. Clima organizacional del personal de salud y satisfacción de usuarios atendidos por Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) en el contexto COVID-19, Piura 2021. Horiz Med [Internet]. 3 de marzo de 2023 [citado 15 de septiembre de 2023];23(1):e2147. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2147> (27)

11.Fuentes V., Cabrera C. y Callejas T. Estrategia gerencial de clima organizacional en el servicio de neurocirugía del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Revista Científica Epistemía. 2021;(5) 1. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/EPT/article/view/1836> (7)

12.Porras B. y Durand B. Asociación entre clima organizacional y motivación de enfermeras en un hospital de la Policía Nacional del Perú. Revista Enfermería Herediana. 2019;(11) 1. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/333914108_Asociacion_entre_clima_organizacional_y_motivacion_de_enfermeras_en_un_hospital_de_la_Policia_Nacional_del_Peru

13.Salas J. Políticas Públicas para mejorar la calidad de servicios de salud. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2021; (5) 1. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.223

14.Alvarado Ortega El. Influencia del clima organizacional en el síndrome de burnout. Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco. gacien. 2019; 4(1):6-9. Disponible en: <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/gacien/article/view/397>

15.Rocha D, Rui A, Costa A. Estrés, evaluación cognitiva y burnout en técnicos sociales de casas de acogida. PSICO. 2022; 40(2):1075-97. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/25508>

16.Martínez-Ramón J, Morales-Rodríguez F, Pérez-López S, Méndez Mateo I, Ruiz-Esteban C. Predicción de la resiliencia docente mediante redes neuronales artificiales: influencia del burnout y del estrés por COVID-19. An. psicol. 2023; 39(1):100-11. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/515611>

17.Chernyak-Hai L., Tziner A. The "I believe" and the "I invest" of Work-Family Balance: The indirect influences of personal values and work engagement via perceived organizational climate and workplace burnout. Rev. psicol. trab. organ. 2016; 32(1): 1-10. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpto.2015.11.004>.

18.Castro-Baca AM, Villena-Pacheco AE. La

pandemia del COVID-19 y su repercusión en la salud pública en Perú. Acta Med. Peru. 2021;38(3):161-2. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2021.383.2227>

19. Chiang V., Fuentealba E. y Nova C. Relación Entre Clima Organizacional y Engagement, en dos fundaciones sociales sin fines de lucro de la Región del Bio. Ciencia & trabajo. 2017; (19) 59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000200105>

20. Calle C., Aguirre P, Calle C. y Izquierdo C. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población multiocupacional ecuatoriana. Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies; 2022;3(1). Disponible en: <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i1.261>

21. Ramos Rodríguez A, Lora Loza M, Rodríguez Vega J, Hernández Angulo JN, Fernández Cosavalente HE, Cabrejo Paredes JE. Impacto de la COVID-19 en el estilo de vida materno y vínculo de apego madre-recién nacido. Horiz Med [Internet]. 21 de mayo de 2021 [citado 19 de septiembre de 2023];21(2):e1354. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1354> (28)

22. Rodríguez Q., Buiza C. y Mon M. COVID-19 y salud mental. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2020;13(23). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>

23. Sarmiento Valverde GS. Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. Horiz Med [Internet]. 15 de marzo de 2019 [citado 19 de septiembre

de 2023];19(1):67-72. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/835>

24. Abínzano R. La despersonalización en psicoanálisis: Affectio Societatis; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v16n31a10>

25. Ramos V., Ramos G. y Tejera E. Teletrabajo en tiempos de COVID-19. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. 2020; 54 (3). Disponible en: <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i3.1450>

26. Dos Santos DS, Silva PHS, dos Santos Úrsula PP, de Souza T, Ferreira MS, Silva JCS. Impactos emocionales y fisiológicos del aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. Enferm. Actual Costa Rica (en línea) [Internet]. 13 de noviembre de 2020 [citado 19 de septiembre de 2023];(40). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/41929>

27. Granados L., Aparisi D., Inglés C., Aparicio L., Fernández S. y García F. ¿Predicen los factores de depresión, ansiedad y estrés la dimensión de la despersonalización y la baja realización personal en el profesorado?. European Journal of Child Development, Education and Psychopathology, 2019;(7): 1. Disponible en: <https://doi.org/10.30552/ejpad.v7i1.91>

28. Noguera M. Fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento en relación al estrés laboral: una experiencia de sistematización. Enfermería Actual

en Costa Rica, 2020; (40). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.voi40.43713>.

29.Martínez A. y Álvarez C. Salud mental de trabajadores de la salud durante la pandemia COVID-19: una revisión. Innovare. Revista de ciencia y tecnología, 2021;(10): 1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5377/innovare.v10i1.11415>

30.León-Amenero D, Huarcaya-Victoria J. Salud mental en situaciones de desastres. Horiz Med [Internet]. 15 de marzo de 2019 [citado 20 de septiembre de 2023];19(1):73-80. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/803>

31.Bouza, E. et al. Impacto de la pandemia de COVID en la salud mental de la población general y de los trabajadores sanitarios. EIDON. Revista española de bioética, 2022, (58). Disponible en: <https://www.revistaeidon.es/index.php/revistaeidon/article/view/186/162>

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE VIDEOJUEGOS COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: UN ENFOQUE HACIA LA MEJORA DE HABILIDADES CLÍNICAS

EVALUATION OF THE IMPACT OF VIDEO GAMES AS A LEARNING TOOL IN NURSING STUDENTS: AN APPROACH TOWARDS IMPROVING CLINICAL SKILLS

Erika Alexandra Pilatasig Chato¹, José Luis Herrera López²

Citar como:

Pilatasig E, Herrera J. Evaluación del impacto de videojuegos como herramienta de aprendizaje en estudiantes de enfermería: un enfoque hacia la mejora de habilidades clínicas. Rev. Recien. 2024; 13(1)

Correspondencia:
José Luis Herrera López
jl.herrera@uta.edu.ec

Recibido: 07 / 02 / 2023
Aprobado: 28 / 02 / 2024
En línea:

Resumen

Los juegos serios son un tipo de juegos caracterizados por sus fines educativos, estos se consideran una herramienta de enseñanza- aprendizaje innovadora ya que ponen a disposición de quienes los usen, escenarios reales e iterativos que, en el ámbito de la salud permiten desarrollar habilidades como pensamiento crítico y resolución de problemas, además, muestran los errores cometidos, los mismos que permiten que los estudiantes tengan una retroalimentación sobre sus errores y por ende no los cometan de nuevo mejorando así el nivel de conocimientos. El objetivo de este estudio fue demostrar como el uso de los videojuegos ayudan a mejorar el nivel de aprendizaje y habilidades clínicas de los estudiantes de la carrera de enfermería. Tiene un enfoque cuantitativo, de diseño transversal y alcance descriptivo. La técnica utilizada fue la encuesta, y el instrumento fue un cuestionario. El tamaño de la muestra fue de 32 alumnos, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional y los datos fueron interpretados mediante el sistema estadístico SPSS versión 29. Los resultados demostraron que la mayoría de los participantes tienen altos niveles de conocimiento sobre tecnología y videojuegos, sin embargo, los más utilizados son juegos de estrategia, dejando de lado los videojuegos serios. En comparación con otros estudios realizados, los resultados son similares, por lo que

¹. Universidad Técnica de Ambato-Ecuador <https://orcid.org/0000-0001-9085-615X>

². Universidad Técnica de Ambato-Ecuador <https://orcid.org/0000-0002-2196-4875>

se considera que esta herramienta va incorporándose de a poco como método de educación. Aunque ya han sido utilizados en ciertas ocasiones por docentes y han tenido una buena acogida por los estudiantes en las aulas ya que mencionan que estos desarrollan la inteligencia y la agilidad mental.

Palabras clave: juegos serios, gamificación, habilidades clínicas, educación.

Abstract

Serious games are a type of games characterized by their educational purposes, these are considered an innovative teaching-learning tool since they make available to those who use them, real and iterative scenarios that, in the field of health allow developing skills such as critical thinking and problem solving, in addition, they show the mistakes made, the same ones that allow students to have feedback on their mistakes and thus do not commit them again thus improving the level of knowledge. The objective of this study was to demonstrate how the use of video games helps to improve the level of learning and clinical skills of nursing students. It has a quantitative approach, cross-sectional design and descriptive scope. The technique used was the survey, and the instrument was a questionnaire. The sample size was 32 students, selected by non-probabilistic purposive sampling and the data were interpreted using the SPSS version 29 statistical system. The results showed that most of the participants have high levels of knowledge about technology and video games, however, the most used are strategy games, leaving aside serious video games. In comparison with other studies, the results are similar, so it is considered that this tool is gradually being incorporated as a method of education. Although they have already been used on certain occasions by teachers and have been well received by students in the classroom as they mention that they develop intelligence and mental agility.

Keywords: serious games, gamification, clinical skills, education.

1. Introducción

Los juegos serios o también denominados “Serious Games” en inglés, son un tipo de juegos que se caracterizan por tener fines educativos, a diferencia de los juegos clásicos que se enfocan en el entretenimiento y diversión. Este tipo de videojuegos, constituyen una herramienta de aprendizaje innovadora, cuenta con propósitos didácticos, autónomos y autosuficientes (1).

El aprendizaje apoyado en los juegos provee conocimiento de alto nivel debido a que se establecen escenarios desafiantes e iterativos, y, al mismo tiempo, le brinda al estudiante otro tipo de abordaje práctico. De hecho, en áreas de la salud, se han introducido este tipo de metodologías y se han reportado mejoras en las destrezas y habilidades de los estudiantes (2).

En un mundo donde la tecnología abarca un papel importante en el día a día, se ha evidenciado que mediante el uso de videojuegos se ha logrado obtener un método de enseñanza más ameno, según Baquero (3), en pandemia, la OMS presentó medidas de bioseguridad con el propósito de evitar contagios de COVID-19, en la investigación aplicaron un videojuego para enseñar estas medidas obteniendo resultados favorecedores.

Del mismo modo, distintas investigaciones realizadas en Marruecos mencionan que la gamificación podría desempeñar un papel importante en cuanto a mejorar los conocimientos de los profesionales sanitarios luego de la intervención de los videojuegos serios, además, se ha demostrado que en enfermería incrementa la satisfacción, pensamiento crítico y el control

durante su uso (4).

Así mismo, en Salamanca, diversos autores que han basado sus investigaciones en el uso de juegos serios como herramienta de aprendizaje en enfermería mencionan que son utilizados para resolver acertijos planteados, siendo bien recibido ya provoca un incremento de conocimiento y fomenta el trabajo en equipo en toda la experiencia del juego, por lo cual, refieren que la realidad científica o el uso de estas tecnologías, despiertan la atención en la educación enfermera (5).

Según Panamá (6), tras su investigación realizada en Cuenca Ecuador, utilizó juegos serios para abordar el aprendizaje acerca del autocuidado en salud, y refiere que el uso de estas herramientas permitió acceder al conocimiento de manera interactiva lo que aumentó la motivación para lograr obtener resultados favorables en cuanto al desarrollo intelectual. Aunque es beneficioso y un gran avance, mencionó también que, los países en vías de desarrollo como Ecuador, existen muy pocos avances en cuanto a estas tecnologías de apoyo educativo, y que es fundamental contar con estas herramientas ya que mejoran los procesos de enseñanza-aprendizaje (7) (8).

Según Polivio (9), en su estudio realizado en la UNACH, menciona que existe dificultad para captar conocimientos, lo cual se ve reflejado en arrastres de materias, pérdidas y retiros, esto debido a que no se han implementado nuevas técnicas de enseñanza, al ser un país de ingreso económico mediano-bajo, resulta dificultoso la implementación del uso de videojuegos serios, ahora bien, en ciertos lugares en los que se ha implementado el uso de estos juegos ha permitido construir un conocimiento significativo, donde el estudiante adquiere pensamiento crítico,

capacidad para resolver problemas, motivación para aprender y mejoramiento de los habilidades y destrezas (10).

El rol que desempeña el personal de enfermería en la práctica clínica es sumamente importante, por lo cual, debe ser desempeñado con el mejor juicio crítico (11). Generalmente, estas destrezas se adquieren a lo largo de la práctica preprofesional, sin embargo, muchas veces existe deficiencia en los conocimientos lo cual reduce la calidad de atención. Dicho así, resulta innovador el sistema de aprendizaje mediante los videojuegos, ya que los profesionales de la salud han llegado a utilizar de distintas maneras la simulación, que incluyen pacientes simulados y virtuales, entrenadores de procedimientos y simulación basada en computadora. Además, esta tiene el potencial de recrear escenarios que ocasionalmente pueden ser experimentados, y, admite a que los estudiantes examinen situaciones complejas, para consecutivamente inspeccionar sus labores y tener una retroalimentación clara sobre los errores que deben corregirse (12) (13)(14).

Mediante esta investigación se espera obtener información que permita demostrar como el uso de los videojuegos ayudan a mejorar el nivel de aprendizaje y habilidades clínicas de los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato. Los resultados están encaminados a mejorar el desempeño de los estudiantes en la práctica y teoría, con un nuevo sistema de enseñanza-aprendizaje.

2. Metodología

Lugar y periodo de investigación

El estudio de investigación se realizó en la provincia de Tungurahua, en la ciudad de Ambato, en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, en el período de septiembre 2023 a enero 2024.

Tipo de investigación

El presente trabajo es de enfoque cuantitativo, de diseño transversal y de alcance descriptivo.

Población

La población de este estudio está conformada por estudiantes de sexto semestre de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, que se lo seleccionará mediante un muestreo no probabilístico intencional.

Criterios de inclusión

- Estudiantes de enfermería de la universidad Técnica de Ambato.
- Personas que utilicen videojuegos.
- Personas que no utilicen videojuegos.

Criterios de exclusión

- Estudiantes de enfermería que sean menores de edad.
- Estudiantes que no deseen realizar el cuestionario de manera voluntaria.

Revisión bibliográfica

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con la evaluación del impacto de los videojuegos como herramienta de aprendizaje en estudiantes de enfermería. Se analizaron estudios previos, teorías y enfoques metodológicos utilizados en este campo, así como instrumentos validados existentes.

Técnicas de recolección de información

Se llevó a cabo un estudio con un grupo de estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, donde se aplicará el instrumento "Papel de los VIDEOJUEGOS en el aula" (15). Este instrumento consta de 4 preguntas para recopilar datos sociodemográficos del participante como la edad, sexo, el semestre que cursa, la nota media del semestre. También, consta de 5 apartados, la primera parte, consta de 5 preguntas de cuestiones sobre informática, donde las preguntas 1, 2 y 3 hacen referencia al uso del ordenador, donde lo usa y cuántas horas. La pregunta 4 hace referencia al nivel de conocimientos informáticos que tiene el participante en una escala del 6 a 10 siendo 10 el mayor nivel de conocimientos, y, la 5 pregunta hace referencia a que programas informáticos son los que comúnmente usa el encuestado.

La segunda, consta de 8 preguntas de cuestiones sobre videojuegos, donde, la pregunta 1 hace referencia a si el encuestado usa o no videojuegos, la pregunta 2, responde a la interrogante de a qué edad empezó a jugar videojuegos, las preguntas 3, 4, 5, 6 y 7 hacen referencia a cuántas horas a la semana juegan videojuegos, que días de la semana lo hacen, en qué dispositivos los juegan, en qué lugar juegan y dónde los consiguen, es decir, si los compran, juegan en línea, descargan, etc. La pregunta 8 se enfoca a saber que tipos de juegos usa habitualmente el encuestado.

La tercera, consta de 3 preguntas de cuestiones sobre videojuegos y el género, donde las 3 preguntas se enfocan en saber si los hombres o mujeres juegan más, quién es mejor jugando y si piensan que existe un tipo de juegos para hombres y otro tipo para mujeres.

La cuarta, consta de 3 preguntas que hacen referencia a preferencias sobre los videojuegos, donde la pregunta 1 es una interrogante que cuenta con 4 opciones y está enfocada a evaluar qué es lo más atractivo de un videojuego. La pregunta 2, responde a la interrogante de cuál es el videojuego favorito del encuestado, y, la pregunta 3 es una interrogante de 4 opciones que busca saber si el encuestado conoce algún tipo de videojuegos educativos.

La quinta, consta de 5 preguntas sobre videojuegos y la educación, la primera pregunta busca la opinión del encuestado en base a si cree o no que los videojuegos tienen utilidad en la enseñanza. Las preguntas 2 y 3 están enfocadas en saber si los videojuegos han sido utilizados en un aula de clase por algún maestro y cómo valora la experiencia de haber utilizado videojuegos como método de enseñanza, esta última en una escala que va desde malo a excelente. Y, las preguntas 4 y 5 se enfocan en saber la opinión de la persona encuestada acerca de qué aspectos creen que potencian los videojuegos y que tipos de habilidades creen que mejoran los videojuegos.

Procesamiento y análisis

Los datos recopilados se analizaron mediante técnicas estadísticas apropiadas, como análisis descriptivo y análisis de correlación, para identificar las mejoras en habilidades clínicas asociadas al uso de videojuegos como herramienta de aprendizaje, mediante el programa estadístico SPSS. Versión 29. Aspectos éticos

Esta investigación tomó en cuenta aspectos éticos presentes en la declaración de Helsinki, para resguardar la confidencialidad de las personas participantes en la investigación, además de

proporcionar la información adecuada acerca de los objetivos y finalidades a los que se quiere llegar y así el individuo mediante su autonomía, pueda elegir ser o no participe de la investigación. Del mismo modo, se le entregó el consentimiento informado mediante el cual el sujeto puede retirarse de la investigación en el momento que desee sin problema alguno.

Aspectos legales

Según la ley orgánica de la salud, reforma 2022,

en los artículos 207, 208, manifiesta que la investigación científica en salud será controlada por la autoridad sanitaria, además que deberá regirse a los principios bioéticos, respetar la confidencialidad y socializar el consentimiento informado a los participantes. Y, del mismo modo, en el acuerdo ministerial No. 0066 del 2008, menciona que se hará un monitoreo y evaluación a los proyectos de investigación relacionados al área de salud (16).

Tabla 1. Cuestiones sobre informática

	Variable	Categoría	Recuento	95.0% CL inferior para % de N columnas
1	Uso del ordenador regularmente	Si	31	86.3%
		No	1	0.3%
2	Donde usa el ordenador el encuestado	Casa	24	58.3%
		Facultad	8	12.6%
		No lo uso	0	0%
3	Cuántas horas a la semana usa el ordenador el encuestado	10-20 horas	26	65.4%
		20-30 horas	5	6.2%
		Más de 30 horas	1	0.3%
4	Qué nota te pondrías en cuanto a conocimientos informáticos	6 a 8	26	65.4%
		8 a 9	5	6.2%
		10	1	0.3%
5	Que tipos de programas informáticos usa	Office	13	25.0%
		Dibujo	3	2.7%
		Hojas de cálculo	3	2.7%
		Internet	10	17.3%
		Diseño web	2	1.3%
		Diseño Gráfico	0	0%
		Editores de Videos	0	0.3%

Al respecto de cuestiones informáticas se pudo evidenciar que el 86,3% usa el ordenador regularmente, el 58,3% lo utiliza en su casa, el 65,4% lo hace entre 10 a 20 horas a la semana, con un 65.4% que considera que su nivel de conocimientos informáticos está en una calificación entre 6 a 8, y, el 25% manifiesta que office, es el programa informático más utilizado por los encuestados, lo cual, demuestra que existe gran demanda del uso de la tecnología, además, debido al tiempo que invierten en usarla, se puede demostrar que un gran porcentaje tiene un nivel de conocimientos informáticos bastante significativos, los cuales ayudan a los estudiantes a realizar sus actividades académicas de manera más rápida ya que tienen a su alcance herramientas que permiten crear textos, presentaciones, leer libros digitales, entre otros.

Tabla 2. Cuestiones sobre videojuegos

	Variable	Categoría	Recuento	95.0% CL inferior para % de N columnas
1	¿El encuestado utiliza videojuegos?	Si	24	58.3%
		No	8	12.6%
2	¿A qué edad comenzó a jugar con los videojuegos el encuestado?	Entre 8-12 años	11	19.8%
		Entre 12 - 16 años	8	12.6%
		Entre 16 - 20 años	10	17.3%
		Entre 20 - 24 años	3	2.7%
3	¿Cuántas horas juegas a la semana?	1 a 2 horas	13	25.0%
		2 a 3 horas	2	1.3%
		4 a 5 horas	4	4.4%
		Ninguno	13	25.0%
4	¿Cuándo utiliza videojuegos el encuestado?	Lunes	0	0%
		Martes	1	0.3%
		Miercoles	2	1.3%
		Jueves	1	0.3%
		Viernes	3	2.7%
		Sabado	12	22.4%
		Domingo	5	6.2%
		No juego	8	12,6%

5	¿Dónde usa videojuegos el encuestado?	Facultad	5	6.2%
		Casa	18	39.1%
		No lo uso	9	14.9%
6	¿En qué dispositivo juega el encuestado?	Computadora	6	8.2%
		Celular	16	33.3%
		Tablet	2	1.3%
		Videoconsolas	0	.
		En ninguno	8	12.6%
7	¿Cómo suele conseguir videojuegos el encuestado?	Comprado	1	0.3%
		Prestado	2	1.3%
		Pirateados	0	.
		Descargados	7	10.4%
		Juego online	12	22.4%
		No los suelo conseguir	10	17.3%
8	Tipos de juegos usados habitualmente por el encuestado	Arcades	2	1.3%
		Simulación	3	2.7%
		Estrategia	8	12.6%
		Mesa	1	0.3%
		Educativos	7	10.4%
		Serious Game	3	2.7%
		No juego	8	12.6%

En cuestiones sobre videojuegos, se reveló que el 58.3% de los encuestados utiliza videojuegos, donde un 19,8% empezó a jugarlos entre sus 12 a 16 años de edad, lo cual da a entender que la atracción por la tecnología se va desplegando desde muy temprana edad, por ende, tienden a desarrollar habilidades informáticas. Del mismo modo, al preguntarles cuantas horas juegan a la semana el 25% lo hace entre 1 a 2 horas los días sábados con un 22,4%, lo cual evidencia que los estudiantes buscan días libres para jugar sin que afecte a su rendimiento académico o interrumpa con sus tareas entre semana. Así mismo, al preguntar ¿Dónde utilizan los videojuegos?, un 39,1% lo hace en su casa, siendo el celular el dispositivo más utilizado para jugar con un

33.3% ya que este dispositivo es fácil de adquirir y está al alcance de la mayoría de los jóvenes hoy en día, por otro lado, el 22,4% demuestra que los juegos online son a los que más tienen acceso los encuestados ya que son fáciles de conseguir al navegar por internet, además son gratis y fáciles de acceder, y, finalmente el 12.6% menciona que los juegos de estrategia, son los tipos de videojuegos que habitualmente usan ya que buscan ganar desafíos.

Tabla 3. Cuestiones sobre videojuegos y el género

	Variable	Categoría	Recuento	95.0% CL inferior para % de N columnas
1	Quién juega más a los videojuegos	Hombres	27	69.1%
		Mujeres	2	1.3%
		No lo sé	3	2.7%
2	¿Quién crees que es mejor jugando a los videojuegos?	Hombres	16	33.3%
		Mujeres	8	12.6%
		No lo sé	8	12.6%
3	¿Piensas que existen videojuegos para chicas y otros para chicos?	Sí	19	42.2%
		No	6	8.2%
		No lo se	7	10.4%

En relación con los videojuegos y el género, un 69.1% manifestó que quien más juega a los videojuegos son hombres, esto a causa de que las mujeres buscan hacer otras actividades en sus tiempos de ocio. Dado que los hombres dedican más tiempo a estas actividades, desarrollando más habilidad y en cierto grado, adicción hacia los videojuegos evidenciando así que el 33.3% son mejores jugando en comparación a las mujeres. Así mismo, un 42.2% menciona que existen videojuegos solo para chicas y otros videojuegos solo para chicos, esto debido a que comúnmente los hombres son quienes más están relacionados con el tema de videojuegos, por ende, las industrias crean más videojuegos dirigidos a este grupo.

Tabla 4. Preferencias sobre los videojuegos

	Variable	Categoría	Recuento	95.0% CL inferior para % de N columnas
1	¿Qué es lo más atractivo de los videojuegos?	Superar las metas del juego	13	25.0%
		Vivir aventuras	9	14.9%
		Superar mi propio récord	6	8.2%
		Superar a mis amigos en el juego	4	4.4%
2	¿Cuál es el videojuego favorito del encuestado?	Duolingo	5	6.2%
		Atlas 3D	3	2.7%
		Quizz	5	6.2%
		Kahoot	5	6.2%
		Ninguno	14	27.7%
3	¿Qué video juegos de carácter educativo conoces?	Quizz	17	36.2%
		Kahoot	13	25.0%
		Google Forms	2	1.3%
		Trivinet	0	.

El estudio reveló que superar las metas del juego es lo más atractivo de los videojuegos con un 25%, lo cual puede dar a entender que quienes los utilizan tienden a desarrollar competitividad, por otro lado, al preguntar que videojuegos educativos conocen, un 36,2% está más relacionado con “Quizz” el cual permite jugar con acertijos, crear cuestionarios y responderlos de manera online, siendo de fácil acceso, así pues, en la interrogante cual es el videojuego educativo favorito del encuestado un 27,7% manifestó que ninguno, al relacionar este resultado con la tabla 2, es evidente que los estudiantes solo se enfocan en jugar juegos de estrategia más no educativos, esto puede ser debido a la falta de conocimiento de videojuegos educativos o porque prefieren utilizar los videojuegos netamente para entretenimiento más no para educación.

Tabla 5. Videojuegos y la educación

	Variable	Categoría	Recuento	95.0% CL inferior para % de N columnas
1	¿Los videojuegos tienen utilidad en la enseñanza?	Si	32	100%
		No	0	0%
2	¿Algún profesor ha utilizado videojuegos para trabajar?	Si	28	73.0%
		No	4	4.4%
3	¿Cómo valoras la experiencia?	Malo	1	0.3%
		Regular	4	4.4%
		Aceptable	13	25.0%
		Bueno	11	19.8%
		Excelente	3	2.7%
4	¿Qué aspectos crees que potencian los videojuegos?	Potencian agresividad	1	0.3%
		Potencian la competición	6	8.2%
		Crean adicción	2	1.3%
		Disminuye la creatividad	3	2.7%
		Desarrollan la inteligencia	18	39.1%
		Producen aislamiento	2	1.3%
5	¿Qué tipos de habilidades crees que mejoran los videojuegos?	Capacidad de atención	9	14.9%
		Habilidad de búsqueda de información	3	2.7%
		Habilidades organizativas	2	1.3%
		Agilidad mental	11	19.8%
		Desarrollo de la capacidad de análisis	3	2.7%
		Habilidades para la toma de decisiones	2	1.3%
		Habilidades para la resolución de problemas	2	1.3%

Se evidenció que, según los encuestados, los videojuegos pueden ser útiles en enseñanza con un 100%, así mismo, un 73%, menciona que, a lo largo de sus estudios universitarios, los docentes han utilizado videojuegos para trabajar en alguna asignatura, es por eso que, tomando información de la tabla 4, que mencionaba que los estudiantes están más relacionados con Quizz, ya que esta es la plataforma que más han utilizado en el ámbito educativo. Un 25% menciona que la experiencia de utilizar videojuegos en el aula ha sido aceptable, considerando que la mayoría no está acostumbrado a los juegos educativos, es un resultado favorable. El 39,1% de los encuestados manifiestan que, los videojuegos potencian el desarrollo de la inteligencia, esto debido a que motivan al jugador a buscar estrategias que los lleven a ganar y llegar a la meta, dando razón al 19,8% de los encuestados quienes manifiestan que los videojuegos ayudan a mejorar la agilidad mental de quienes los utilicen.

4. Discusión

En el estudio, el 86,3% de los encuestados utiliza el ordenador regularmente, en su casa, en un aproximado de 10 a 20 horas semanales, por ende, resulta ser una herramienta indispensable de uso común por los estudiantes, ya que por lo general son utilizados para la realización de tareas, en relación con Vega (17), que en su estudio menciona que el 93% de sus encuestados hace uso del ordenador de manera habitual, ya que menciona que estas tecnologías llegan a convertirse en una herramienta de apoyo tanto para estudiantes y maestros, además, facilitan el acceso a internet generando así diversos métodos de enseñanza-aprendizaje distintos al método tradicional.

Del mismo modo, el estudio reveló que el 58,3% de los encuestados utiliza videojuegos los fines de semana, lo que indica que los estudiantes buscan espacios de ocio y entretenimiento sin que estos interrumpen con sus actividades académicas a comparación con los estudios de Martínez (18), realizados a un grupo universitario de menos de 20 años de edad, destaca que los encuestados no son consumidores habituales de videojuegos,

solamente un 36% lo hacen esporádicamente, sin embargo, el 51,4% de este estudio prefieren jugar los fines de semana siendo los días en que más se dispone de tiempo libre además, en los estudios de Sánchez (19) y Casañ (20), el celular es el dispositivo más utilizado a la hora de jugar dado que es de fácil manejo, cuenta con acceso a internet y está al alcance de todos, así, se da a entender que lo que hace que los estudiantes consuman videojuegos se base en disponer de tiempo y un dispositivo electrónico de uso común.

En relación a los videojuegos y el género, un 69.1% manifestó que quien más juega a los videojuegos son hombres, al igual que en el estudio de Andrade (21), en el que los hombres tienden a ser quienes más los utilicen, ya sea relacionados al deporte, carreras, lucha, etc., con el propósito de exponer sus habilidades, imaginación y competitividad. Así mismo, en los estudios realizados por Noda (22). y Caride (23), se tienen resultados del 24% y 51%, donde se menciona a los hombres como los que más tiempo les dedican a los videojuegos respectivamente. Sumando a estos resultados, que el mundo de los videojuegos es considerado socialmente como un sector masculino, es que

crean más dirigidos a esta población. Al igual que González (24) , menciona en su estudio que el 45,3% de los hombres son los que más juegan y esto es debido a que la cultura de videojuegos está conformada por un conjunto de clichés como los tipos de juegos y como son consumidos solo por un tipo de jugadores.

Así mismo, el estudio reveló que superar las metas del juego es lo más atractivo de los videojuegos con un 25%, lo cual puede dar a entender que quienes los utilizan tienden a ser competitivos. Para Martínez (25), su estudio reflejó que el 64,7% manifiesta que los videojuegos de carácter educativos motivan y entretienen, además de que los aspectos que son más llamativos según su criterio es que tienen la oportunidad de resolver misterios de forma inmersiva y activa, sin embargo, menciona que, pese a esto, aún se está lejos de desarrollar pensamiento científico y habilidades educativas puesto que los diseños de los juegos aún tienen que mejorar ciertos aspectos concordando con el estudio de Oceja (26), donde se menciona que los videojuegos educativos no han tenido tanto éxito porque la parte educativa es muy evidente. Así pues, se puede asumir que los videojuegos son actividades que se realizan comúnmente, sin embargo, los de carácter educativo, son conocidos, pero no son consumidos de manera habitual.

Se evidenció que, según los encuestados, los videojuegos pueden ser útiles en enseñanza con un 100% a favor concordando con el estudio de Barrios (27), el cual tras realizar su investigación concluye que aplicar videojuegos, como apoyo didáctico desarrolla la competencia, mejora el desempeño académico e incrementa la motivación en los estudiantes. Al igual que Sierra (28), quien señala

que hay preferencia y disposición de los estudiantes por esta metodología de enseñanza-aprendizaje y que también favorece a la motivación, compromiso y mejora de las habilidades académicas de los alumnos. De la misma forma, Pisabarro (29) describe que la gamificación en la educación resulta ser una herramienta que ayuda también a los docentes a trabajar en el aula, aprovechando la participación de los estudiantes recalando que es posible aprender ya que jugar es divertido y atractivo para ellos.

5. Conclusiones

El estudio pone a disposición información relevante sobre el uso de los videojuegos serios o educativos como herramienta de aprendizaje y como estos ayudan a los estudiantes de enfermería a mejorar sus habilidades prácticas y conocimientos teóricos. Los resultados sugieren que a pesar de que tener conocimiento sobre la existencia de ciertos videojuegos, aun no existe la cultura de consumirlos, puesto que, en su mayoría los estudiantes prefieren utilizar videojuegos de estrategia. Sin embargo, hay docentes que utilizan esta herramienta en sus aulas de clase, teniendo como resultados alumnos que están satisfechos con este tipo de enseñanza ya que sugieren que fomentan la agilidad mental y desarrollan su inteligencia puesto que los videojuegos serios tienen la característica de además de educar son desafiantes e interactivos y al finalizar dan un feedback que los ayuda a verificar en que punto cometieron errores para así mejorarlos.

6. Referencias bibliográficas

1. Juca Maldonado F, García Saltos M, Burgo Bencomo O. Los juegos serios y su influencia en el uso responsable de energía y cuidado del medio ambiente. Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos [Internet]. 2018;9(1):129–36. Available from: <http://rus.ucf.edu.cu/>
2. Ghoman SK, Patel SD, Cutumisu M, Von Hauff P, Jeffery T, Brown MRC, et al. Serious games, a game changer in teaching neonatal resuscitation? A review. Vol. 105, Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition. BMJ Publishing Group; 2020. p. 98–107.
3. Camargo Baquero N, Castro Castro J, Cortez Bastidas L. “Other virus”: una experiencia virtual gamificada como herramienta de aprendizaje para la prevención de la COVID-19 [Internet] [2021]. UNITEC. [Bogotá]: UNITEC; 2021 [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://repositorio.unitec.edu.co/handle/20.500.12962/1602>
4. Molina J, Marqués V. Gamificación en estudiantes de enfermería para la adquisición de competencias en soporte vital básico y avanzado [Internet]. [Almería]: Universidad de Almería; 2022 [cited 2023 Nov 25]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=308520>
5. Castillo Rodríguez JM. Juegos serios en emergencias: Una herramienta formativa sanitaria. Garnata 91 Resvista de Enfermería [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 3];24(e212414):1–10. Available from: <https://ciberindex.com/index.php/g91/article/view/e212414/e212414>
6. Panamá Mazhenda K, Bravo Buri S, Robles Bykbaev Y, Robles Bykbaev V. Un juego serio para apoyar el aprendizaje del autocuidado de la salud y la educación sexual en niños con discapacidad intelectual. Revista Ibérica de Sistemas y Tecnologías de Información [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 23];57(4):358–70. Available from: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85162818044&origin=inward&txGid=344b1a47ef9add38d1eef15dao18f57a>
7. Muñiz Granoble GJ, García Martínez MA, Lucia C, Orozco R, Sánchez Hernández CA, Beatriz L, et al. Competences for Being and Do in nursing: Systematic review and empirical analysis. Vol. 35, Revista Cubana de Enfermería. Guayaquil; 2019 May.
8. Do Nascimento KG, Ferreira MBG, Dos Santos Felix MM, Nascimento J da SG, Chavaglia SRR, Barbosa MH. Effectiveness of the serious game for learning in nursing: systematic review. Vol. 42, Revista Gaucha de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educacao; 2021.
9. Polivio A, Loyola H, Patricia M, Zamora A. Juegos serios como método innovador del proceso de aprendizaje de los estudiantes de la carrera técnico superior en enfermería [Internet] [2021]. [Riobamba]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2021 [cited 2023 Jul 18]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8317/1/5.-TESIS%20Angel%20Polivio%20Huilca%20Loyola-DP-EDU-TEI.pdf>
10. Tavares Chiavone FB, Bezerril MS, Pavia RM, de Oliveira PTC, de Andrade FB, Pereira Santos VE. Serious games in nursing teaching: a scoping review. Enfermeria Global. 2020 Oct 1;19(4):593–601.
11. Idrissi WEM El, EL Kababi Ghizlane Chemsí K, Radid M. The Impact of Serious Game on the Nursing

Students' Learning, Behavioral Engagement and Motivation. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*. 2022;17(1):18–35.

12. García Dunia, Arcos María, Alemán María. Simulación clínica, una herramienta eficaz para el aprendizaje en ciencias de la salud. *Revista Publicando*. 2018;4:225.

13. Ladino-Cañas PK, Caicedo-Eraso JC. Use of Serious Video Games in Health Sciences. Vol. 37, *Salud Uninorte*. Universidad del Norte; 2021. p. 779–800.

14. Calik A, Cakmak B, Kapucu S, Inkaya B. The effectiveness of serious games designed for infection prevention and promotion of safe behaviors of senior nursing students during the COVID-19 pandemic. *Am J Infect Control*. 2022 Dec 1;50(12):1360–7.

15. Jiménez Palacios R, Cuenca López J. El uso didáctico de los videojuegos. *Concepciones e ideas de futuros docentes de ciencias sociales*. CLIO History and History teaching [Internet]. 2015 [cited 2023 Nov 21];41(1):1–44. Available from: https://www.researchgate.net/publication/299392691_El_uso_didactico_de_los_videojuegos_Concepciones_e_ideas_de_futuros_docentes_de_ciencias_sociales

16. LEY ORGANICA DE SALUD [Internet]. Available from: www.lexis.com.ec

17. Vega Granda RA. El uso de dispositivos electrónicos en el ámbito educativo. *Revista Social Fronteriza*. 2023;3(2):129–50.

18. Esteve Faubel J María. Género, redes sociales y consumo de videojuegos en la Educación Universitaria en el COVID. In: *Transformando la educación a través del conocimiento* [Internet]. Octaedro; 2022 [cited 2023 Nov 21]. p. 805–

23. Available from: <https://rua.ua.es/dspace/>

bitstream/10045/129584/1/Martinez-Verdu_Transformando-la-educacion-a-traves-del-conocimiento.pdf

19. Rodríguez S, Alfageme González PA, Serrano MBY, Antonio Sánchez Rodríguez P, Begoña M, González A, et al. Aspectos sociales de los videojuegos. *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa* [Internet]. 2010;9(1):43–52. Available from: <http://campusvirtual.unex.es/cala/editio/><http://campusvirtual.unex.es/cala/editio43>

20. Casañ Pitarch R. Integrando el uso de los Smartphone en la enseñanza de lenguas extranjeras a través de videojuegos serios en educación universitaria. *Revista académica liLETRAd* [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 21];4(1):135–44. Available from: https://www.researchgate.net/publication/329058581_Integrando_el_uso_de_los_Smartphone_en_la_ensenanza_de_lenguas_extranjeras_a_traves_de_videojuegos_serios_en_educacion_universitaria

21. Andrade LI, Carbonell X, López Guerra VM. Socio-demographic variables and problematic use of video games in Ecuadorian teenagers. *Health and Addictions / Salud y Drogas*. 2019;19(1):1–10.

22. Afonso Noda S, Aguilera Ávila L. Desigualdades en el mundo de los videojuegos desde la perspectiva de los jugadores y las jugadoras. *Investigaciones Feministas*. 2021 Jun 18;12(2):677–89.

23. Iglesias-Carid G, Domínguez-Alonso J, González-Rodríguez R. Gender, and age influence on adolescents' video games use. *Psychology, Society and Education*. 2022;14(2):11–9.

24. Zambrano Acosta J, Amauris Laurencio L, Milán Licea M. La virtualidad como alternativa de formación universitaria. *Revista Didascalía: D&E* [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 21];9(2):159–78.

Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6596592>

25.Manuel J, Soto M, Vivancos AE, Ferrer LA. Evaluación de un videojuego educativo de contenido histórico. La opinión de los estudiantes. Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa [Internet]. 2018;17(1):62–75. Available from: <http://orcid.org/0000-0002-0936-7736alexegea@um.es><http://orcid.org/0000-0002-6047-2670larias@um.es><http://orcid.org/>

26.Oceja J, Fernández NG. University students and video games: Perceptions, use, and preferences according to gender. Educ Policy Anal Arch. 2020;28(66):1–19.

27.Palacios Barrios Y, Guerrero Ávila ZE, Defilippi Albán MT, Marín Ube SE. La gamificación como estrategia de enseñanza-aprendizaje en la educación superior. Revista Universidad y Sociedad [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 21];14(6):47–55. Available from: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/3432>

28.Sierra Daza MC, Fernández-Sánchez MR. Gamificando el aula universitaria. Análisis de una experiencia de Escape Room en educación superior. Revista de Estudios y Experiencias en Educación [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2023 Nov 27];18(36):105–15. Available from: [10.21703/rexe.20191836sierra15](https://doi.org/10.21703/rexe.20191836sierra15)

29.Pisarro Marrón AM, Vivaracho Pascual CE. Gamificación en el aula: gincana de programación. Actas de las Jenui [Internet]. 2017 [cited 2023 Nov 21];2(1):39–46. Available from: <http://hdl.handle.net/10045/125482>

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS EN EL CUIDADO DE PACIENTES COVID-19, EN UN HOSPITAL RURAL

SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND ATTITUDES OF NURSES IN THE CARE OF COVID-19 PATIENTS IN A RURAL HOSPITAL

Celina Elizabeth Rodríguez Miñano¹, Rocío Taboada Pilco²

Citar como:

Rodríguez C, Taboada R. Factores sociodemográficos y actitudes de enfermeras en el cuidado de pacientes COVID-19, en un hospital rural. Rev. Recien. 2024; 13(1)

Correspondencia:
Rocío Taboada Pilco
rtaboadapilco@gmail.com

Recibido: 11 / 12 / 2023
Aprobado: 19 / 02 / 2024
En línea:

Resumen

La presente investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, correlacional de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores sociodemográficos: edad, estado civil, religión, tiempo de servicio, especialidad y las actitudes de enfermeras en el cuidado de pacientes COVID-19 del Hospital Nivel II-1. El universo muestral estuvo constituido por 40 enfermeras, a quienes se le aplicó dos instrumentos: encuesta de factores sociodemográficos y cuestionario de actitudes de enfermeras en el cuidado de pacientes COVID-19. Los datos recolectados fueron procesados en programas estadísticos SPSS versión 25, conforme a los objetivos. Para el análisis de relación de las variables se realizó mediante la prueba estadística de correlación Chi Cuadrado con un nivel de $p < 0,05$. Los resultados muestran que los factores sociodemográficos: edad ($p=0,000$), tiempo de servicio ($p=0,000$) y especialidad ($p=0,000$), lo cual expresa y se evidencia la relación significativa con las actitudes de enfermeras en el cuidado de paciente COVID – 19.

Palabras clave: Actitudes, Cuidado en COVID-19, Factores sociodemográficos.

¹ Universidad Nacional de Trujillo. Escuela académica profesional de Enfermería, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4666-0496>

² Universidad Nacional de Trujillo. Escuela académica profesional de Enfermería, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0226-9735>

Abstract

The objective of this quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional research was to determine the relationship between sociodemographic factors: age, marital status, religion, length of service, specialty, and the attitudes of nurses in the care of COVID-19 patients at the Level II-1 Hospital. The sample universe consisted of 40 nurses, to whom two instruments were applied: a survey of sociodemographic factors and a questionnaire on nurses' attitudes in the care of COVID-19 patients. The collected data were processed in SPSS version 25 statistical programs, according to the objectives. For the analysis of the relationship of the variables, the Chi-square correlation statistical test was performed with a level of $p < 0.05$. The results show that the sociodemographic factors: age ($p=0.000$), length of service ($p=0.000$) and specialty ($p=0.000$), which expresses and evidences the significant relationship with the attitudes of nurses in the care of COVID-19 patients.

Keywords: Attitudes, COVID-19 care, Sociodemographic factors.

1. Introducción

La aparición de COVID-19 ha provocado una pandemia sanitaria mundial. Este virus SARS-CoV-2 causó complicaciones respiratorias que conducen a las tasas de mortalidad más altas. Además, su alta tasa de morbilidad y su rápida transmisión hacen que el personal de salud se ha visto bajo una intensa presión para usar equipo de protección debido a la incertidumbre de si en algún momento se contagiará y el futuro incierto de poder padecer la enfermedad. A partir de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró una pandemia de salud pública.

Al 16 de diciembre de 2022 hay aproximadamente 651,8 millones de casos de coronavirus (SARS-CoV-2) en todo el mundo. Más 6,7 millones de personas fallecidas, de las cuales 5,226 ocurrieron en China. Sin embargo, el país asiático ya no es la región donde la COVID-19 ha cobrado más vidas. A la fecha, Estados Unidos lidera la lista con más de 1 millón de muertes, seguido de Brasil, India, Rusia, México y Perú con 217. 782 (1).

Según GERESA La Libertad, desde el inicio de la pandemia hasta el 13 de diciembre se registraron 177.378 casos positivos en la región, con una tasa de positividad del 13,4 %, de los cuales 10.947 fallecieron por COVID-19. La provincia de Sánchez Carrión registró 5.160 casos positivos y 200 defunciones (2).

En este contexto, el recurso humano más valioso en la primera línea de la lucha contra esta enfermedad son los trabajadores de la salud, incluidos enfermeros y médicos, que atienden a los pacientes críticos con COVID-19. En el caso de las enfermeras,

se enfrentan a situaciones que las ponen en riesgo emocional porque están en contacto con los pacientes las 24 horas del día. Sumándose a ello, jornadas de intenso trabajo, incertidumbre por las limitaciones del sistema de salud, infraestructura no adecuada y otras condiciones (3).

Toda la población, sin distinción se ha visto afectada pero los trabajadores de la salud tuvieron que enfrentarse a su cara más negativa. Según el Consejo Internacional de Enfermeras, cerca de 90.000 se han contagiado y estima que la muerte por este virus podría superar las 20 000 en todo el mundo. En el Perú, hasta el 24 de agosto de 2020, se reportó el fallecimiento de 71 enfermeras. Además de las muertes, las consecuencias también son visibles en los problemas de salud mental causados por la pandemia debido a las experiencias adversas y las condiciones de trabajo de las enfermeras por lo que los organismos internacionales de enfermería requieren actividades de información para estos profesionales, enfatizando cómo actuar en diferentes escenarios (4).

En una situación normal, una enfermera trabaja en entornos exigentes. Pero la pandemia tornó más hostil este entorno, generando diversas actitudes que alteran su estabilidad mental a pesar de tener muchos años de experiencia, conocimiento científico, humanísticos y habilidades técnicas lo cual impide un trato digno en el cuidado al paciente y su recuperación (5). Incluso se ha demostrado que una enfermera tiene especialidad, pero a veces carece de sensibilidad para cuidar a una persona enferma. La actitud de una enfermera se refiere al comportamiento de cuidado de una persona. Sería erróneo afirmar que una enfermera brinda un cuidado adecuado a un paciente sin un

conocimiento previo y una actitud positiva, además de otros factores personales y profesionales (6).

En un artículo en España: "Actitud humana ante la muerte provocada por el COVID-19 donde se espera una actitud positiva y alentadora, pero el cuidador muchas veces desarrolla sentimientos de miedo, ansiedad y temor lo que se refleja en problemas actitudinales. Pero es importante que los cuidados a las personas contagiadas por el coronavirus deben ser brindados en base a todos los aspectos humanos, que la actitud del personal de salud debe ser optimista a pesar de la extensión de la pandemia que afecta a todo el mundo (7).

Teniendo en cuenta lo anterior donde la enfermera se constituye en el único cuidador permanente en el proceso asistencial COVID-19, está expuesto a factores que lo convierten en un recurso vulnerable que puede aumentar o disminuir su capacidad para adaptarse satisfactoriamente y experimentar ciertas circunstancias que afecta directamente en el proceso de cuidar. Las actitudes ante la pandemia se expresan a través de la incertidumbre, el miedo y las restricciones. De igual forma, existen evidencias científicas relacionadas a características sociodemográficas que se asocian como la edad, estado civil, religión, tiempo de servicio y especialidad que condicionan la actitud de la enfermera.

En la presente investigación se tuvo en cuenta los conceptos sobre la variable actitud: cognitiva, afectiva y conductual en el cuidado de enfermería al paciente COVID-19, así como los conceptos de los factores sociodemográficos: edad, religión, tiempo de servicio, estado civil y especialidad.

Actitud según Allport, explica que la actitud es una habilidad neurológica y experiencial que afecta

la forma en que un individuo reacciona a todas las situaciones y objetos. También influye en la comprensión intelectual del mundo del individuo. Así mismo, Casilleros define a las actitudes como una disposición o tendencia general para actuar de cierta manera o realizar acciones específicas (8). Se pueden cambiar a través del entrenamiento o la exposición a un estímulo específico. Por ejemplo, las actitudes se pueden cambiar asociando una acción con un refuerzo positivo o negativo. Esto se debe a que las actitudes están determinadas por las creencias y los valores que las personas tienen a lo largo del tiempo.

A su vez, Quispe, señala que las actitudes tienen componentes; incluido el cognitivo, que son las creencias, la información y las percepciones sobre un evento. Los valores son nuestras prioridades que decidimos a lo largo de nuestra vida. Se expresan a través de afirmaciones sin fundamento científico. La honestidad, la alegría, el amor y el respeto son todos ejemplos de un valor. Este componente se refiere al factor psicológico de la actitud del enfermero, los cambios repentinos por la pandemia a través de las políticas de salud, que también afectan las creencias y la tecnología. Los componentes cognitivos y afectivos de las actitudes influyen en el comportamiento del personal de enfermería (9).

La percepción afectiva: implica el sentimiento positivo o negativo de algo y puede variar de neutral a positivo cuando algo es positivo o negativo cuando algo es negativo. Las personas crean estos sentimientos al abordar las situaciones de una manera sana, segura y disciplinada, también pueden crear sentimientos que son aversivos al maximizar la sensación de incomodidad y

minimizar el valor. Para medir los indicadores de personalidad, la sensibilidad analiza su estado emocional y cómo trata a los demás. Las personas con apatía no sienten nada y no tienen una respuesta emocional a nada de lo que sucede a su alrededor. Comprender tanto la apatía como la sensibilidad es clave para ayudar a las personas a progresar para el mejoramiento de todos los que los rodean. Cuando experimenta ansiedad, uno se siente preocupado por una amenaza específica o una muerte inminente (10).

La percepción Conductual, define la actitud como la forma activa de sus componentes, denominadas tendencias, intenciones y disposiciones, que se manifiestan como una reacción hacia algo. Estos indicadores establecen el componente activo de la actitud, que es la conveniencia; crea sentimientos de comodidad, tranquilidad y disfrute en el sujeto. Su contrapartida es la responsabilidad, que hace consciente al sujeto de sus actos antes de realizarlos que incluye la meditación, la orientación y la valoración moral de los resultados de cada acto. La palabra vocación proviene del latín *vocatio*, que significa "llamar". Se refiere a la inclinación natural a realizar una determinada acción en el transcurso de la vida cotidiana. La vocación es voluntaria y necesaria para la evolución humana. La negación o aceptación de algo es la firmeza de la actitud de uno hacia lo que sea que lo produce.

El Cuidado según Jean Watson es holístico en el aspecto más importante de la enfermería, si se descuida un área, la salud general del paciente puede verse perjudicada, por ello las enfermeras deben brindar atención holística a todas las dimensiones de un paciente y debe estar centrado en la relación entre una enfermera y su paciente,

ella cree que un equilibrio saludable del cuerpo, mente y alma da como resultado la armonía entre los dos, es decir que ella ha desarrollado sus ideas dentro de un marco espiritual y ético que incluía un sentido de moralidad y ética en la enfermería, aunado a ello la filosofía de Watson considera que el acto de cuidar es el reconocimiento del valor humano, enfatiza la importancia de tratar a los pacientes con respeto y conectarse con ellos como un individuo singular y resulta vital para la práctica de enfermería. (11).

La actitud de la enfermera se fundamenta en el cuidado profesional realizado con fortaleza mental, responsabilidad y eficiencia, así como en los diversos campos de la enfermería, fundamentado en conocimientos científicos y habilidades técnicas; cuando las personas, familias y comunidades lo requieran para mejorar o restaurar su salud. Cabe señalar que la actitud es una reacción sentimental e intelectual frente a la cual se encuentra el equipo multidisciplinario de salud, y es la enfermera quien experimenta en su práctica diaria las situaciones que atraviesa el paciente durante su hospitalización e incluso hasta el momento de la muerte y lo relacionado con aspectos culturales, religiosos y su experiencia laboral (10).

Por lo tanto, el estado actual de miedo, estrés y ansiedad provocado por la pandemia tiene importantes efectos negativos en la salud mental. Esto incluye la depresión, el estrés y los trastornos de ansiedad. La importancia de tratar estas afecciones es crucial. Es imperativo que cada persona escuche a su cuerpo y trate sus síntomas a medida que se presenten. Hacerlo no solo mejorará su propia salud, sino también la de su familia, amigos y comunidad (12). Cabe señalar que, independientemente de

este contexto, es claro que las actitudes negativas afectan la calidad de la atención al paciente (13).

En cuanto a los factores sociodemográficos, son muchos los aspectos que se tienen en cuenta a la hora de determinar la clasificación de una situación, como su ubicación y lo que está sucediendo. Además, estas personas influyen en las relaciones entre las tendencias sociales y demográficas que se dan en la zona. Esto les permite brindar atención que apoya o dificulta el progreso general del área. Los aspectos del estudio actual tienen en cuenta la edad, la religión, el estado civil y la especialidad.

a. La edad de una persona es el tiempo que ha pasado desde su nacimiento hasta el momento en que se le da una referencia.

b. La religión se compone de costumbres y creencias sobre asuntos relacionados con lo sobrenatural, el más allá y la moralidad. La creencia de las personas en la religión puede afectar su estado de salud, al igual que el estrés causado por la vida moderna. El vínculo espiritual que los creyentes tienen entre sí puede mitigar los síntomas de dolencias físicas relacionadas con la depresión y el estrés.

c. Las especialidades definen el área de estudio de los profesionales con problemas específicos que están capacitados para resolverlos (5).

d. Las relaciones en el matrimonio, la familia y el parentesco tienen importancia en un contexto social. Es por esto que el estado civil es un factor importante en el cuidado de enfermería. Es porque las personas casadas o que viven en pareja tienen mayores responsabilidades en el hogar que las personas solteras. Esto incluye a los padres solteros que cuidan a sus hijos. Las personas con una vida

familiar estructurada y estable tienen una visión muy positiva de los cuidados. Son diferentes de las personas que no están conectadas con su familia, o las personas que no están casadas o en una relación, que muestran puntos de vista apáticos o negativos sobre el cuidado.

La realidad problemática de la pandemia COVID.19 plantea un desafío para las enfermeras a pesar de que son pioneras en el desarrollo de las mejores prácticas, conocimientos científicos, humanísticos y tecnológicos aún existen temores comunes, impactos emocionales que ha dado origen a diversas reacciones y la probabilidad de alterar el trato hacia el paciente. Para enfermería es consecuencia de diferentes factores por lo que es importante abordarlo estratégicamente.

Por lo anteriormente se justifica el estudio a nivel teórico porque permitirá estudiar la relación entre factores sociodemográficos y las actitudes de las enfermeras, a fin de tomar decisiones frente a los resultados que se obtenga, es decir generando sensibilización hacia una actitud positiva con aspectos más humanos y contribuir a la salud mental de las enfermeras.

Asimismo, a nivel práctico si se confirma que existe relación entre las variables de estudio se adoptará medidas preventivas, para evitar actitudes negativas que están afectando el cuidado de pacientes en este contexto de pandemia.

Por todo lo expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos: edad, religión, estado civil, tiempo de servicio y especialidad con la actitud de la enfermera en el cuidado de pacientes COVID-19, Hospital Nivel II-1? Con el objetivo de: Determinar

la relación entre los factores sociodemográficos: edad, estado civil, religión, tiempo de servicio y especialidad con la actitud de la enfermera en el cuidado de pacientes COVID-19, Hospital Nivel II-1.

2. Metodología

Este estudio es descriptivo porque registra un evento específico en un momento. Se enfoca en explicar detalles importantes sobre el momento estudiado, como, por ejemplo, cómo interpretar los resultados. El estudio también se enfoca en vincular múltiples conceptos usando métodos estadísticos y evaluando una relación entre variables. Esto se debe a que el estudio relaciona datos recopilados en un momento con otros datos recopilados en otro momento. Además, el estudio cruza categorías, variables o personas mediante la recopilación de datos sobre aspectos de cada uno. El universo muestral estuvo constituido por 40 enfermeras que laboran en el área asistencial del Hospital Leoncio Prado.

Se utilizaron dos herramientas de medición para el presente estudio.

Instrumento N° 1: Cuestionario de factores sociodemográficos de las enfermeras en el cuidado de pacientes COVID-19 (Anexo 04) fue realizado por las autoras. Consta de 5 ítems con los datos informativos: edad, religión, estado civil, especialidad, tiempo de servicio.

Instrumento N° 2: Cuestionario de las Actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado a pacientes COVID-19 (Anexo 05) fue tomado de (Flores, 2018), modificado por las autoras. Consta de 20 ítems distribuidos en tres componentes: cognitivo (7), afectivo (6) y conductual (7). Con

cinco opciones de respuesta: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= indiferente, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo.

Con el apoyo del director de la Red Sánchez Carrión, este equipo de investigación pudo asegurar rápidamente los recursos necesarios para realizar su investigación. A continuación, reclutaron a la población objetivo de acuerdo con criterios de inclusión específicos. Luego, educaron a los participantes sobre sus objetivos y explicaron cómo completarían cada segmento del estudio en 20 minutos. En todo momento, se adhirieron a los estándares éticos aplicables de libre participación y consentimiento informado de los encuestados.

Para analizar la relación entre los aspectos sociodemográficos de los pacientes y sus actitudes hacia la enfermera, se utilizó un nivel de significación de $p < 0,05$ con la prueba de chi-cuadrado. SPSS Versión 25 es un programa informático que se utilizó para analizar datos de instrumentos que registraron información demográfica. Además, se calcularon cifras y porcentajes para los resultados.

3. Resultados

Tabla 1. Factores Sociodemográficos: Edad, Estado Civil, Religión, Tiempo de Servicio, Especialidad de las Enfermeras en el Cuidado de Pacientes COVID-19

Datos	Categoría	N°	%
Edad	20-39 años	29	72.0
	40-59 años	11	28.0
Total		40	100
Estado Civil	Soltera	20	50.0
	Casada	8	20.0
	Conviviente	8	20.0
	Separada	4	10.0
Total		40	100
Religión	Católico	28	70.0
	Evangélico	3	7.0
	Otros	9	23.0
Total		40	100
Tiempo de servicio	0-2 años	10	26.0
	3-5 años	14	36.0
	6 a más años	16	38.0
Total		40	100
Especialidad	Si	14	65.0
	No	26	35.0
Total		40	100

Nota: El instrumento fue aplicado a Enfermeras en el cuidado de pacientes COVID-19.

En la presente investigación según factores sociodemográficos (Tabla 01) se encontró que el mayor porcentaje (72.0%) de las enfermeras tienen entre los 20- 39 años, el 28% de 40-59 años. Acerca del estado civil el 50% son solteras y el 20%, casadas con un conviviente 20% y separada 10%. Con respecto a la religión, el 70% es católico, el 7% evangélico y el 23% de otras religiones. De acuerdo con el tiempo de servicio el 26% tenía entre 0-2 años, el 36% de 3-5 años y el 38% de 6 a más años. Según el grado de especialidad, el 65% tienen especialidad y el 35% no tienen

Tabla 2. Actitudes: Cognitiva, Afectiva y Conductual de las Enfermeras en el Cuidado de Pacientes COVID-19

Dimensiones						
Calificación	Actitud Cognitiva		Actitud Afectiva		Actitud Conductual	
	N	%	N	%	N	%
Positiva	29	72.5	13	32.5	26	65.0
Negativa	11	27.5	27	67.5	14	35.0
Total	40	100	40	100	40	100

Nota: El instrumento fue aplicado a Enfermeras en el cuidado de pacientes COVID-19.

En la tabla 02, sobre la actitud de la enfermera en los componentes del cuidado al paciente COVID-19, se observa: En el componente cognitivo, el 72,5% tienen una actitud positiva y el 27,5% negativa. Según el componente afectivo el 67,5% actitud negativa y el 32,5% positiva. Finalmente, en el componente conductual, el 65% muestran una actitud positiva y el 35% negativa.

Tabla 3. Relación entre los factores sociodemográficos: Edad, Estado Civil, Religión, Tiempo de Servicio y Especialidad con la Actitud de la Enfermera en el Cuidado de Pacientes COVID-19

Actitud de las enfermeras								
Factores Sociodemográficos		Positiva		Negativa		Total		Chi Cuadrado/ Significancia p
		N°	%	N°	%	N	%	
Edad	20-39 años	21	52.0	8	20.0	29	72.0	X ² /p= 41,229 p= 0,000 p< 0,05 Significativo
	40-59 años	5	13.0	6	15.0	11	28.0	
Total		26	65	14	35	40	100	
Estado Civil	Soltera	14	35.0	6	15.0	20	50.0	X ² /p= 1,758 p= 0,624 p> 0,05 No significativo
	Casada	6	15.0	2	5.0	8	20.0	
	Conviviente	4	10.0	4	10.0	8	20.0	
	Separada	2	5.0	2	5.0	4	10.0	
Total		26	65	14	35	40	100	
Religión	Católico	17	42.0	11	28.0	28	70.0	X ² /p= ,876 p= 0,645 p> 0,05 No significativo
	Evangélico	2	5.0	1	2.0	3	7.0	
	Otros	7	18.0	2	5.0	9	23.0	
Total		26	65	14	35	40	100	
Tiempo de Servicio	0-2 años	7	18.0	3	8.0	10	26.0	X ² /p= 37,926 p= 0,000 p< 0,05 Significativo
	3-5 años	11	28.0	3	8.0	14	36.0	
	6 a más años	8	19.0	8	19.0	16	38.0	
Total		26	65	14	35	40	100	
Especialidad	Si	18	45.0	8	20.0	26	65.0	X ² /p= 54,245 p= 0,000 p< 0,05 Significativo
	No	8	20.0	6	15.0	14	35.0	
Total		26	65	14	35	40	100	

En la tabla 03, según relación entre los factores sociodemográficos y la actitud de la enfermera en el cuidado de pacientes COVID-19, se encuentra que el grupo de enfermera con actitud positiva en su mayoría son las adultas jóvenes de 20 a 39 (52.0%), asimismo las solteras (35.0%), también las católicas (42.0%) y las que tienen un tiempo de servicio de 3 a 5 años (28.0%), con especialidad (45.0%). En el caso de las Enfermeras con actitud negativa se encuentra de 40-59 años (15.0%); son solteras (15.0%); católicas (28.0%); el tiempo de servicio de 6 a más años (19.0%) y con la especialidad (20.0%). Estos resultados al ser sometidos a la prueba estadística de Chi cuadrado se encuentran que son significativas, siendo: edad ($X^2/p= 41,229$; $p= 0,000$), tiempo de servicio ($X^2/p= 37,926$; $p= 0,000$) y la especialidad ($X^2/p= 54,245$; $p= 0,000$). Y no significativas: estado civil ($X^2/p= 1,758$; $p= 0,624$) y religión ($X^2/p=,876$; $p= 0,645$).

4. Discusión

La enfermería es una profesión muy valiosa cuya tarea principal es brindar cuidado al paciente de acuerdo con los mejores estándares de calidad y seguridad sanitaria. En este contexto, la actitud juega un papel importante, porque la actitud es una habilidad intelectual y neurológica basada en la experiencia que influye, dirige o dinamiza las reacciones de un individuo a todos los objetos y todas las situaciones. Por otro lado, en la actualidad la pandemia ha provocado impacto dentro de la salud, donde es inevitable que la enfermera presente inquietud o temor, sensación de impotencia, dolor, tristeza ya que, se ven expuesta a múltiples riesgos que comprometen su salud. Asimismo, existen factores sociodemográficos que influyen en la actitud de la enfermera frente al cuidado.

En la presente investigación según factores sociodemográficos, los resultados evidencian que la gran mayoría de las enfermeras son adultas jóvenes y solteras ya que durante la pandemia hizo que la mayor parte del personal de salud se retirara del trabajo presencial. Cuando la pandemia empezó a ejercer presión sobre el sistema de salud

rápidamente se emitieron convocatorias diversas para contratar a jóvenes enfermeras que quisieran trabajar en el servicio de COVID-19 (15). La religión católica fue mayor debido a que enfermería recibe una influencia del cristianismo y valores como solidaridad, respeto a la vida, el amor y la vocación de ayudar al prójimo, así como aliviar el dolor (16). También se observa el tiempo laboral de 6 a más años y con especialidad es decir que las profesionales de enfermería con más años de experiencia y capacitación promueven prácticas eficientes y eficaces, desarrollando nuevas habilidades y competencias, brindando cuidados especializados, individualizados y humanizados para la recuperación del paciente.

Al contrastar los resultados de la presente investigación son similares al estudio realizado por Condori, que reporta un 48,0% se encuentran de 31 a 40 años, 44,0% tiene más de un año en el servicio, el 56% con especialidad (17). Por otro lado, también se coincide con Castellares y Castro, que reporta que el personal de enfermería se encuentra entre las edades de: 26- 30 y 31 – 35 años, 56.5% solteros, 87.0% creyentes, acerca de los años de experiencias el 30.4% con 5 – 10 años (18).

Asimismo, los resultados de Cadenas y Castro se

encontraron que el 62% están entre las edades de 20 a 30 años y el 29% de 31 a 40 años, el 71% son solteros. Entre las creencias religiosas prevalece el 86% de religión católica. Sin embargo, sobre la experiencia laboral difiere por estar entre 1 a 5 años con un 64% y 6 a 10 años un 27% (5).

Respecto a la actitud de la enfermera en los componentes del cuidado al paciente COVID-19, se observa: En el componente cognitivo, el 72,5% tienen una actitud positiva y el 27,5% negativa. Según el componente afectivo el 67,5% actitud negativa y el 32,5% positiva. Finalmente, en el componente conductual, el 65% muestran una actitud positiva y el 35% negativa, Los resultados del presente estudio muestran que la actitud en el componente cognitivo es positiva, lo que resulta que el enfermero al tener una buena formación académica, creencias y las percepciones sobre un evento es más sensible, humano y participa en capacitaciones, talleres y está en búsqueda constante de nuevos métodos para el alivio del dolor, apoyo psicológico y espiritual del paciente.

En el componente afectivo el mayor porcentaje de la actitud es negativa, esto expresa que aún falta la atención humanizada en el personal de enfermería, ya que la actitud es regulada por las emociones y la pandemia ha generado un gran impacto en la salud mental del personal afectado en el cuidado del paciente por miedo, temor y preocupación a contagiarse o contagiar a su familia. En el componente conductual la actitud con mayor porcentaje es positiva lo que indica que las enfermeras afrontan la situación de manera positiva con responsabilidad durante su trabajo, brindado apoyo psicológico, escucha activa,

consuelo, tranquilizando y actúan con sensibilidad ante el paciente y familia.

Los hallazgos de la presente investigación, es similar con Flores, quien encontró que en el componente cognoscitivo hay una actitud favorable con un 84% por parte de la enfermera y 16% con actitud desfavorable, en el componente afectivo, el 64% (n=36) presentan una actitud negativa y 36% (n=20) conservan una actitud positiva. En el componente conductual donde el 55% (n=31) tienen una actitud favorable y el 45% (n=25) demuestran una actitud desfavorable (10).

De igual forma es similar, Castellares y Castro (18), cuyos resultados evidencian que en relación con el componente cognitivo el 87,0% del personal de enfermería presenta una actitud favorable y el 13,0% una actitud indiferente. En el componente afectivo un 82,6% presenta actitud indiferente y un 17,4% una actitud favorable. En mención a la actitud conductual se aprecia un porcentaje total del 100,0% que presenta una actitud favorable frente a la muerte del paciente.

Por otro lado, según Champlin (19) menciona que la enfermera al ser joven tiene todo el potencial y la energía para trabajar, caracterizándose por ser comprometidas y proactivas, abarcando el cuidado humanizado, autónomo y holístico. Durante la pandemia ellas ven una oportunidad y un reto de adquirir habilidades y aplicarlas, enfocándose en el alivio y el beneficio del paciente; reflejando una actitud positiva en el cuidado humano. Sin embargo, las enfermeras adultas maduras tuvieron actitudes negativas; debido a que este grupo de edad se encuentra experimentando el pico de ansiedad en parte por la expectativa y cambio en el

sistema de atención. A esto se puede agregar la alta demanda dado por el aumento de casos COVID-19, generando complicaciones como el agotamiento físico, preocupación y miedo al contagio, puede repercutir en la actitud y percepciones frente al cuidado.

Con relación al tiempo de servicio profesional, se confirma que la experiencia profesional, especialmente con pacientes críticos en un proceso difícil, ayuda a desarrollar nuevas estrategias para afrontar su respuesta emocional, lo que permite adquirir actitudes o creencias positivas sobre el cuidado. Pese a ello, la enfermera toma una actitud negativa, por la realidad problemática que fue un desafío para ellas a pesar que son pioneras en el desarrollo de las mejores prácticas, conocimientos científicos, humanísticos y tecnológicos, todavía existen miedos generalizados, influencias emocionales que han provocado diferentes reacciones, como la comunicación apática con el paciente y la familia, dejando de lado los sentimientos y solo proporcionando el cuidado físico, olvidando los principios bioéticos de la profesión (20).

Asimismo, en el estudio destacaron las enfermeras especialistas por presentar actitudes positivas, el aumento de competencias y de conocimientos son elementos que promueven comportamientos positivos de manera continua en los cuidados que prestan, generando nuevas estrategias. Pero el conocimiento por sí solo no ayuda significativamente, sino también es necesario adquirir actitudes y habilidades solidarias para trabajar en situaciones emocionalmente difíciles. Por otro lado, los resultados muestran una actitud

negativa con un porcentaje menor, lo que se debe a la división social del trabajo, y el acelerado desarrollo científico y técnico de la atención a la salud ha modificado los protocolos y normas de realización de las tareas de enfermería como rutinas previamente establecidas que dificultan las relaciones interpersonales entre enfermera y paciente (21).

En la religión no se observaron diferencias significativas en las actitudes, pero se resalta un alto porcentaje de actitud positiva de las enfermeras que profesan religión católica. Arriaga y Obregón (6) mencionan que la religión está relacionada con la espiritualidad, los valores de cada enfermero, el propósito de vida, la experiencia religiosa, el confort laboral, entre otras dimensiones de trascendencia, por lo que la competencia espiritual es un requisito ético para saber comprender, escuchar y ayudar a los pacientes con una actitud positiva. El interés por la salud de los demás también está relacionado con la fe que practican, donde como miembros de la congregación promueven el apoyo personal y el estímulo mutuo. Desafortunadamente, las situaciones precarias que vive el personal de enfermería influyen en el cuidado del paciente a través de actitudes negativas como miedo, temor y estrés, e incluso perjudicando el trabajo en equipo de manera que no pueden brindar apoyo y esperanza de vida al paciente, familia y entorno.

En el estado civil se encontró un gran porcentaje de actitud positiva por ser enfermeras solteras ya que pueden tomarse el tiempo necesario para brindar el cuidado adecuado al paciente sin tener preocupación alguna de ser un vehículo transmisor con la enfermedad para los familiares. Además de

poseer más lesividad para trabajar turnos inusuales y estar más disponible en su lugar de trabajo (22). Cabe señalar que también hay actitudes negativas debido a que convivir con una persona que tiene un factor de riesgo, es la causa principal de preocupación al contagiar a sus familiares, contribuyendo de manera negativa al brindar el cuidado eficiente y eficaz al paciente.

Estos resultados al ser contrastados con otras investigaciones son similares al estudio realizado por Arriaga y Obregón (6), se observa que, de los 80 enfermeros, la edad fue 38 años. En cuanto a la religión la mayoría fue católico con un 76.2%. Donde el 50.82% de enfermeros que son católicos tienen una actitud positiva sobre el cuidado humanizado y el 100.00% de aquellos que no pertenecen a ninguna religión tienen una actitud negativa.

Por otro lado, encontramos investigaciones que no se asemejan a los resultados esperados como la investigación realizada por Cadenas y Castro (5), quienes como resultados se evidencian, que en la edad de 20 a 30 años predomina una actitud indiferente. Además, refiere que el 71% son solteros, el 28% son casados, de religión católica el 86% y el 64% tiene de 1 - 5 años de servicio en todos los factores mencionados predomina una actitud indiferente.

Asimismo, en el estudio realizado por Espinoza et al. (23), indica que la muestra final estuvo constituida por 308 profesionales de Enfermería. En su análisis inferencial de relación de FATCOD con las variables sociodemográficos indica que la edad de los profesionales de enfermería es una variable que se relaciona directa y significativamente con FATCOD (pearson=0.223; $p < 0,001$), lo que significa

que, a mayor edad, la actitud se hace más favorable. En cuanto a la influencia de creencia religiosa y espiritual no se relacionó con FATCOD ($F=0,89$; $gI=2$; $p=0,40$), coincidiendo con los resultados presentados en el presente estudio donde la religión no tiene una relación significativa con la variable de actitudes.

5. Conclusión

Los factores sociodemográficos según edad se encontraron que el mayor porcentaje (72.0%) de las enfermeras tienen entre los 20- 39 años, el (28%) de 40-59 años. Acerca del estado civil el (50%) son solteras, el (20%) casadas, convivientes (20%) y separadas (10%). Con respecto a la religión, el (70%) es católico, el (7%) evangélico y el (23%) de otras religiones. De acuerdo con los años de servicio el (26%) tenía entre 0-2 años, el (36%) de 3-5 años y el (38%) de 6 a más años. Según el grado de especialidad, el (65%) tienen especialidad y el (35%) no tienen.

Las actitudes según componentes tenemos en lo cognitivo, el 72,5% tienen una actitud positiva y el 27,5% negativa. Según el componente afectivo el 67,5% actitud negativa y el 32,5% positiva. Finalmente, en el componente conductual, el 65% muestran una actitud positiva y el 35% negativa.

Al relacionar las variables de factores: la edad, tiempo de servicio y especialidad con las actitudes de enfermeras en el cuidado de pacientes COVID 19 si existe una asociación significativa ($p < 0.05$) y en la relación estado civil y religión no existe una asociación significativa ($p > 0.05$).

y cómo nos definen. *Psicología y Mente*. 2021. <https://psicologiaymente.com/psicologia/tipos-de-actitudes>

9. Quispe, K. . Actitudes hacia la investigación en los estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. 2019. https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2455/TEZZ_To3o_75607862_T%20%20%20QUISPE%20RUIZ%20KATTY%20MILAGROS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Flores, T. Actitud del Profesional de Enfermería Frente al Paciente Terminal del Hospital Nacional Sergio Bernales, Comas – 2018. [Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Cesar Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/18136/Flores_CTM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Anchante, L. Actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un instituto especializado de Lima, 2019. [Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales]. Universidad Peruana Unión. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2900/Lidia_Trabajo_Especialidad_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Valero, N., Vélez, M., Duran, Á. y Torres, M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 5(3), 63-70. 2020 <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913/858>
13. Espinoza, B. Calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de medicina del hospital Santa Rosa, 2019. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”. 2020. <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4250/ESPINOZA%20ROJAS%20BR%C3%8DGIDA%20CLEOPATRA%20%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Zarate. R. Entrevista. Enfermería en tiempos de Covid - 19: el aplauso no es suficiente. <https://amiif.org/wp-content/uploads/2021/03/08-entrevista-enfermeria-en-tiempos-de-covid-19.pdf>
15. Alegre, A. ¿Cómo se relacionan la Enfermería y la religión? 2018. *Diario Independiente de Contenido Enfermero*. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/como-se-relacionan-la-enfermeria-y-la-religion-ddimport-056223/>
16. Zarate, R. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Cielo Analytics*. 1(13), 44 - 45. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
17. Condori, E. (2018). La actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en los servicios de medicina y cuidados intensivos del Hospital Hipólito Unanue Tacna. 2016. [Para optar el Título de Segunda Especialidad en: Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con Mención en Adulto]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Archivo digital. http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3400/74_2018_condori_nina_e_facenfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Castellares, D. y Castro, B. (2018). "Actitud frente a la muerte del paciente en el personal de enfermería del Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica – 2018. [Para optar el título profesional de: licenciada en enfermería]. Universidad Nacional de Huancavelica. Archivo digital. https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2156/28.%20T051_48104483_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Champlin, E. (2021). El COVID-19 lleva a los jóvenes a optar por la enfermería. <https://www.latimes.com/espanol/eeuu/articulo/2021-10-14/el-covid-19-lleva-a-los-jovenes-a-optar-por-la-enfermeria>
20. Mundaca, K. (2018). Actitud del enfermero(a) hacia la muerte y la condición del paciente terminal en Hospitalización y Emergencia del Hospital Regional Lambayeque 2018. [Para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería]. Universidad Señor de Sipán. Facultad de Ciencias de la Salud. Archivo digital. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5029/Mundaca%20Bravo%20De%20Quintana,%20Katherine%20Eliana.pdf?sequence=1>
21. Limo, J. (2022). Actitudes hacia el adulto mayor en docentes universitarios de carreras de ciencias de la salud de una Universidad Privada de Chiclayo. [Tesis para optar el Grado de Maestro en Medicina]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad. Archivo digital. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11828/Actitudes_LimoLiza_Jorge.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Passos, M.; Ferreira, M.; Trindade, L.; Pimenta, O. y Faria, E (2021). La pandemia por COVID-19 y las actitudes de los enfermeros frente a la muerte. Rev.Latino-Am. Enfermagem, 2021;29:e3448. [https://www.scielo.br/jjrlae/a/8wkzmmppmrmXtYnCXNRRP3wx/?lang=es&format=pdf#:~:text=Durante%20el%20per%3%ADodo%20cr%3%ADtico%20de,significativas%20\(p%3Do%2C004\).a/8wkzmmppmrmXtYnCXNRRP3wx/?lang=es&format=pdf#:~:text=Durante%20el%20per%3%ADodo%20cr%3%ADtico%20de,significativas%20\(p%3Do%2C004\).](https://www.scielo.br/jjrlae/a/8wkzmmppmrmXtYnCXNRRP3wx/?lang=es&format=pdf#:~:text=Durante%20el%20per%3%ADodo%20cr%3%ADtico%20de,significativas%20(p%3Do%2C004).a/8wkzmmppmrmXtYnCXNRRP3wx/?lang=es&format=pdf#:~:text=Durante%20el%20per%3%ADodo%20cr%3%ADtico%20de,significativas%20(p%3Do%2C004).)
23. Espinoza, B. (2020). Calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de medicina del hospital Santa Rosa, 2019. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Medicina "Hipólito Unanue". Archivo digital. <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4250/ESPINOZA%20ROJAS%20BR%3%8DGIDA%20CLEOPATRA%20%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

DESARROLLO DEL PENSAMIENTO CRÍTICO: UNA NECESIDAD EDUCATIVA EN ENFERMERÍA
CRITICAL THINKING DEVELOPMENT: AN EDUCATIONAL REQUIREMENT IN NURSING

Miguel Mogollón Almidón 1

Citar como:

Mogollón M. Desarrollo del pensamiento crítico: una necesidad educativa en enfermería. Rev. Recien. 2023; 12(3)

Correspondencia:

Miguel Mogollón
Almidón miguel.
mogollon@upn.edu.pe

Recibido: 14/11/2023

Aprobado: 11/12/2023

En línea:

Señora Directora:

En el número recientemente publicado de la revista se ha presentado el artículo “La simulación como herramienta en la formación de profesionales de enfermería”(1), en el cual se cita la utilidad de esta herramienta pedagógica en favor del desarrollo del pensamiento crítico. Al respecto, me permito reflexionar sobre algunos aspectos trascendentales en nuestra labor docente.

Un modelo vigente en educación superior universitaria es el de enseñanza-aprendizaje basado en competencias, a través del cual se busca el desarrollo y logro de un aprendizaje significativo para el estudiante tomando en consideración su contexto y demandas sociales. Una de las competencias del siglo XXI con prospección a futuro comprende al pensamiento crítico (2).

Si bien el desarrollo del pensamiento crítico como competencia ha sido instaurado en diversas latitudes, ha dado paso a documentos oficiales y diversas estrategias didácticas, aun a la fecha tenemos notables brechas en su cumplimiento. Esta es una problemática generalizada en las diferentes carreras universitarias que viene siendo reforzada por prácticas pedagógicas tradicionales inadecuadas y las brechas educativas con las que llegan los estudiantes a nuestras casas de estudio (3).

Es ineludible que una de las funciones de la educación universitaria es la formación de profesionales empleables y que se desempeñen en diversos ámbitos o posiciones; en este sentido, el pensamiento crítico representa para los empleadores

¹ Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Privada del Norte, Lima – Perú. ORCID: 0000-0001-5252-156x

una competencia esencial pero la más difícil de encontrar en sus colaboradores.

Esta necesidad ha sido remarcada por un informe del World Economic Forum, el cual considera al pensamiento crítico como un proceso básico y prioritario en el marco de la cuarta revolución industrial (4).

La educación universitaria en enfermería se orienta a la formación de profesionales competentes capaces de brindar cuidado de calidad, lo cual demanda la capacidad de pensar de forma crítica con el objetivo de: ofrecer mayor proactividad y seguridad en su quehacer, asegurar la calidad del cuidado, una adecuada toma de decisiones, y promover un constante perfeccionamiento. En este sentido, es necesaria la implementación de estrategias educativas que fomenten el pensamiento crítico dentro del currículo universitario. Algunas de estas estrategias precisamente es la simulación, así como el aprendizaje basado en problemas, estudio de casos, pedagogía de proyectos, entre otros (5).

En conclusión, el desarrollo del pensamiento crítico durante la formación de los futuros enfermeros es una necesidad imperante en favor de un futuro ejercicio profesional de calidad. Esta tarea demanda un compromiso por parte del docente pues es quien tiene el rol de guiar, estimular y orientar la construcción del aprendizaje mediante la implementación de estrategias didácticas para el desarrollo de competencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jara I, Huaman-Carhuas L, Reyes F, Cancho H, Chumpitaz M y Ramón J. La simulación como herramienta en la formación de profesionales de enfermería. Rev. Recien. 2023; 12(2).
2. López Mendoza M, Moreno Moreno EM, Uyaguari Flores JF, Barrera Mendoza MP. El desarrollo del pensamiento crítico en el aula: testimonios de docentes ecuatorianos de excelencia. Areté 2022; 8(15): 161-180. Disponible en: <https://doi.org/10.55560/arete.2022.15.8.8>
3. García-Duque CE. Formación para el análisis, el pensamiento crítico y la solución de problemas en las universidades regionales. Rev Guillermo de Ockham 2020; 18(2): 127-136. Disponible en: <https://doi.org/10.21500/22563202.4830>
4. Bezanilla-Albisua MJ, Poblete-Ruiz M, Fernández-Nogueira D, Arranz-Turnes S, Campo-Carrasco L. El Pensamiento Crítico desde la Perspectiva de los Docentes Universitarios. Estud pedagóg. 2018; 44(1): 89-113. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052018000100089>
5. Westerdahl F, Carlson E, Wennick A, Borglin G. Bachelor nursing students' and their educators' experiences of teaching strategies targeting critical thinking: A scoping review. Nurse Educ Pract; 2022; 63: 103409. Disponible en: [10.1016/j.nepr.2022.103409](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103409)