



La U INVESTIGA

REVISTA CIENTÍFICA
Volumen 8 - Nº1
2021

**FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD - FCCSS**

ISSN 1390-910X EDICIÓN IMPRESA
ISSN 2773-756X EDICIÓN DIGITAL



La U INVESTIGA

REVISTA CIENTÍFICA
Volumen 8 N° 1
2021



LA U INVESTIGA REVISTA CIENTÍFICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Volumen 8. Número 1 Enero – Junio 2021. Revista Semestral de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte – Ibarra- Ecuador. Publicación dedicada a estudios de las ciencias afines a la salud.

Las ideas y expresiones utilizadas en las colaboraciones son de exclusiva responsabilidad de los autores y coautores.

CONSEJO EDITORIAL

Dra. Alicia Salomé Gordillo Alarcón
DIRECTORA GENERAL - UTN
MSc. Rocío Elizabeth Castillo Andrade
EDITOR DE SECCIÓN - UTN
MSc. Viviana Espinel Jara
EDITOR ACADÉMICO - UTN
Ing. Cristina Fernanda Vaca Orellana
EDITOR TÉCNICO - UTN
MSc. Grace Andrea Huaca Guevara
Dra. Adriana Edith Miniet Castillo
Ing. Alejandra Gómez Gordillo
EDITORES DE ESTILO - UTN
Dr. Juan Sebastián Echeverría
EDITOR ASOCIADO - IESS

CONSEJO EDITORIAL INTERNO

Dr. Jorge Luís Anaya González
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
MSc. Claudia Velásquez
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
MSc. Amparo Paola Tito Pineda
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
MSc. Katherine Esparza
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

COMITÉ CIENTÍFICO EXTERNO

Dr. Eduardo Adrian Alasino
Universidad Nacional de la Plata
Dr. Hugo Vilchis Licón
Fundación para la Salud Portland, OR - USA
Dra. Annemie Spooren
Universidad de Hasselt – Bélgica
Dr. Francisco David Carbonell Yonfá
Fundación MERIDIES - Italia
Dr. Luís Herrera
Hospital General IESS Ibarra
Dr. Bayron Albuja
Hospital San Luís de Otavalo – Líder de Docencia e Investigación

COPYRIGHT: La U Investiga Revista Científica Facultad Ciencias de la Salud 2021, Universidad Técnica del Norte. Se permite la reproducción total o parcial de esta revista citando la fuente.

ISSN 1390-910X edición impresa
ISSN 2773-756X edición digital
Doi: <https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1>

LA U INVESTIGA
REVISTA CIENTÍFICA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Volumen 8. Número 1 Enero – Junio 2021
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



AUTORIDADES

Dr.C. Marcelo Cevallos V. Ph.D
RECTOR

Dr. Miguel Naranjo Toro. Ph.D
VICERRECTOR ACADÉMICO

Dr. José Revelo Ruiz
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MSc. Rocío Castillo Andrade
DECANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Jorge Luís Anaya
SUBDECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EDITORA GENERAL - UTN

Dra. Alicia Salomé Gordillo Alarcón
Teléfono: +593 (6) 2997800 Extensión: 7709
Email: lauinvestiga@utn.edu.ec

DIAGRAMACIÓN

DEPARTAMENTO DE RELACIONES PÚBLICAS UTN

TIRAJE

500 Ejemplares

PERIODICIDAD

Semestral

ISSN 1390-910X edición impresa
ISSN 2773-756X edición digital
Enero – Junio 2021 ©
Editorial Universidad Técnica del Norte
Av. 17 de Julio 5-21
Ciudadela Universitaria
Barrio El Olivo
Ibarra-Ecuador
Telf: +593 (6) 2997800
www.utn.edu.ec

1. **ESTADO NUTRICIONAL Y FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE EN ANCIANOS DE LA POBLACIÓN EL JUNCAL, ECUADOR.** (9)
NUTRITIONAL STATUS AND RISK FACTORS FOR CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASE IN THE ELDERLY OF THE POPULATION EL JUNCAL, ECUADOR.
BARAHONA MENESES AMPARITO, CONCEPCIÓN ESPÍN CAPELO, VELÁSQUEZ CALDERÓN CLAUDIA, POZO BENAVIDES JACQUELINE, PÉREZ KARINA.

2. **DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO.** (21)
DESIGN OF AN INSTRUMENT TO IDENTIFY NURSING INTERVENTIONS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD.
MARÍA FERNANDA VALLE DÁVILA, JAQUELINE GUADALUPE GUERRERO CEH, ROCÍO ELIZABETH CASTILLO ANDRADE, SILVIA LORENA ACOSTA BALSECA, GLADYS EDELMIRA MOREJÓN JÁCOME

3. **DIMENSIONES DEL CONFORT EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.** (31)
DIMENSIONS OF COMFORT IN HOSPITALIZED PATIENTS.
MARÍA FERNANDA VALLE DÁVILA, EMY DONATELLA YAPUD VIZCAINO, SILVIA LORENA ACOSTA BALSECA.

4. **COMPONENTES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INCIDEN EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.** (46)
SOCIODEMOGRAPHIC COMPONENTS THAT AFFECT EXCLUSIVE BREASTFEEDING.
DARWIN JARAMILLO VILLARRUEL, JOSÉ HIDROBO GUZMÁN, TATIANA VÁSQUEZ FIGUEROA, YU LING REASCOS PAREDES.

5. **NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN ANTE EL COVID-19 EN EL CENTRO DE SALUD MARTÍNEZ.** (65)
LEVEL OF SATISFACTION OF THE USERS IN THE PROCESS OF ATTENTION BEFORE THE COVID-19 IN THE MARTINEZ HEALTH CENTER.
EVELYN ESPERANZA NÚÑEZ BUSTAMANTE, ANA LUCIA JIMÉNEZ PERALTA.

6. **BRIEFING Y DEBRIEFING Y SU UTILIDAD COMO HERRAMIENTA EN SIMULACIÓN CLÍNICA PARA ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD.** (79)
BRIEFING AND DEBRIEFING AND ITS USEFULNESS AS A TOOL IN CLINICAL SIMULATION FOR HEALTH SCIENCES STUDENTS.

DORIS EMPERATRIZ CAJAMARCA CHILLAGANA, EVELIN FERNANDA VELASCO ACURIO.

7. **ELABORACIÓN DE MEDIOS DE CULTIVO ALTERNATIVOS Y VIABLES PARA EL CRECIMIENTO MICROBIANO DEL BACILLUS SUBTILIS.**

92

DEVELOPMENT OF ALTERNATIVE AND VIABLE CULTURE MEDIA FOR THE MICROBIAL GROWTH OF BACILLUS SUBTILIS.

RODRÍGUEZ CERVANTES EDISON GEOVANNY, GÓMEZ GORDILLO ALEJANDRA MARIBEL, ANAYA GONZÁLEZ JORGE LUIS, MINNIET CASTILLO ADRIANA EDIT, VELÁSQUEZ CALDERÓN CLAUDIA AMPARO.

8. **ESTADO GENERAL DE SALUD MENTAL EN PANDEMIA COVID-19, EN CHOFERES DE LA COOPERATIVA SUPERTAXIS JULIO ANDRADE.**

103

GENERAL STATE OF MENTAL HEALTH IN A COVID-19 PANDEMIC, IN DRIVERS OF THE SUPERTAXIS COOPERATIVE JULIO ANDRADE.

ANA ELIZABETH ESCOBAR CHAPUÉS, DARWIN RAÚL NOROÑA SALCEDO, LUCAS GARCÍA OROZCO, JULIO RODRIGO MORILLO CANO, MILAGROS ESCALONA RABAZA, GABRIELA GARCÍA BOYX, SALOMÓN PROAÑO RAMÓN, SEGUNDO WILFRIDO CARGUA JANETA.

9. **LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES POR COVID-19 DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA.**

112

DEPRESSION IN OLDER ADULTS BY COVID-19 DURING THE HEALTH EMERGENCY.

VERÓNICA ALEXANDRA SAILEMA SAILEMA, DIEGO JAVIER MAYORGA ORTIZ.

10. **PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL GENERAL AMBATO IESS.**

121

QUALITY OF LIFE PERSPECTIVE IN THE ELDERLY WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE UNDERGOING HEMODIALYSIS TREATMENT AT HOSPITAL GENERAL AMBATO IESS.

ASHQUI MOREIRA PAOLA ALEXANDRA, RAMÍREZ LÓPEZ DIEGO IVAN.

La Revista La U Investiga presenta su volumen 8 N° 1 en el mismo se ha considerado elementos indispensables para el cumplimiento de parámetros internacionales de publicación, así como para la próxima propuesta de indexación. Continuamos en la línea de difusión de trabajos científicos de elevada calidad que nacen de la investigación de campo de docentes, profesionales de la salud que se interesan en temas relacionados a la Salud y Bienestar.

Dra. Alicia Salomé Gordillo Alarcón
EDITORA GENERAL - UTN

DEFINICIÓN DE LA REVISTA

La U investiga, fundada en el año 2014, es única publicación semestral de contenido científico que se edita en La Universidad Técnica del Norte Ibarra – Ecuador. Son características fundamentales de esta publicación el rigor científico y metodológico de sus artículos y la actualidad de los temas.

Los contenidos de la revista abarcan: artículos originales, artículos cortos, reflexiones bibliográficas sistémicas, artículos de reflexión, reporte o estudios de casos y cartas al editor. Los trabajos de investigación son rigurosamente seleccionados atendiendo a su calidad, originalidad e interés. La U investiga cuenta con información científica de reconocida calidad, como demuestra su inclusión en un prestigioso índice bibliográfico de Latinoamérica como es Latindex.

SISTEMA DE ARBITRAJE

Los artículos recibidos para la publicación serán revisados inicialmente por el Comité Editorial para verificar el cumplimiento de los criterios solicitados por la revista. En el caso de no cumplir se le informara inmediatamente al autor/es.

Una vez revisados los documentos, los artículos se someterán a la revisión de pares externos especialistas en el tema. Esta revisión se llevará a cabo en el original completo a través de una revisión ciega de contenidos. Los pares evaluadores externos responderán en un plazo máximo de 2 semanas con una evaluación del trabajo, que incluye sugerencias sobre cómo mejorarlo. Esto recibe el grupo de editores. Como resultado de dichos procesos, se le enviará al autor un documento único en el que quedarán explícitos los aspectos que necesitan ser subsanados. La publicación del original no se realizará hasta que ambos procesos tengan una valoración positiva. Las evaluaciones normalmente incluyen una recomendación explícita sobre lo que debe hacerse con la propuesta de investigación.

Las opciones propuestas son las siguientes:

- Aceptación incondicional del trabajo,
- Aceptación sujeta a las mejoras propuestas por el evaluador,
- Rechazo, animando a los autores a revisar el documento y someterlo a revisión nuevamente
- Rechazo incondicional.

De esta manera se tendrá la certeza que los artículos que se publican en la revista de la Facultad Ciencias de la Salud de la UTN, contribuyen satisfactoriamente en la investigación, el desarrollo científico y tecnológico; y a su vez al avance en el conocimiento y fortalecimiento del área de salud.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero – Junio 2021

ISSN 1390-910X edición impresa

ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 06/ene/2021 - Fecha aprobación 23/feb/2021

**ESTADO NUTRICIONAL Y FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD
CRÓNICA NO TRANSMISIBLE EN ANCIANOS DE LA POBLACIÓN EL
JUNCAL, ECUADOR.**

**(NUTRITIONAL STATUS AND RISK FACTORS FOR CHRONIC
NONCOMMUNICABLE DISEASE IN THE ELDERLY OF THE POPULATION
EL JUNCAL, ECUADOR.)**

Barahona Meneses Amparito¹, Concepción Espín Capelo², Velásquez Calderón
Claudia³, Pozo Benavides Jacqueline⁴, Pérez Karina⁵.

Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador, Código Postal. 100150

¹*adbarahona@utn.edu.ec, Orcid: orcid.org/0000-0003-2128-6928*

²*cmespin@utn.edu.ec*

³*cavelasquez@utn.edu.ec, Orcid: orcid.org/0000-0003-4173-6818*

⁴*japozo@utn.edu.ec, Orcid: orcid.org/0000-0001-8999-2402*

⁵*krina9529@gmail.com*

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.358>

RESUMEN:

Introducción: Los adultos mayores por cambios en su composición corporal e inactividad física, son vulnerables a enfermedades crónicas no transmisibles. **Objetivo:** Identificar el estado nutricional y factores de riesgo para enfermedad crónica no transmisible en ancianos de la población de El Juncal. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. La población de estudio estuvo conformada por 50 adultos mayores de 65 años, a quienes se valoró el estado nutricional mediante indicadores antropométricos y bioquímicos, según criterios del MSP, también se valoró la dieta. **Resultados:** El IMC identificó al 28% de la población con obesidad y 32% sobrepeso. Según el perímetro de la cintura el 40% presenta riesgo cardiometabólico, de ellos, más del 20% tiene perfil lipídico alto; 10% niveles elevados de glicemia, 46% presión arterial elevada, el 100% dice realizar actividad física de leve intensidad, más del 50% tiene un bajo consumo de frutas y verduras, el 98% dicen tener un consumo moderado de dulces concentrados. **Conclusión:** esta población afrodescendiente presenta factores de riesgo para enfermedad crónica no transmisible por sus características antropométricas e hipertensión.

Palabras clave: Anciano, hipertensión, obesidad, alimentación. (fuente: DeCS, Bireme).

ABSTRACT:

Introduction: Older adults due to changes in their body composition and physical inactivity are vulnerable to chronic noncommunicable diseases. **Objective:** To identify the nutritional status and risk factors for chronic noncommunicable disease in the elderly of the population of El Juncal. **Materials and methods:** Quantitative, descriptive, cross-sectional study. The study population consisted of 50 adults over 65 years of age, whose nutritional status was assessed using anthropometric and biochemical indicators, according to MSP criteria, the diet was also assessed. **Results:** The BMI identified 28% of the population with obesity and 32% overweight. According to the waist circumference, 40% have a cardiometabolic risk, of which more than 20% have a high lipid profile; 10% high blood sugar levels, 46% high blood pressure, 100% say they perform physical activity of mild intensity, more than 50% have a low consumption of fruits and vegetables, 98% say they have a moderate consumption of concentrated sweets. **Conclusion:** This Afro-descendant population presents risk factors for chronic non-communicable disease due to its anthropometric characteristics and hypertension.

Keywords: Old man/woman, hypertension, obesity, feeding. (Source: DeCS, Bireme).

1. INTRODUCCIÓN

Tener una buena salud y un buen estado nutricional, ayuda a los adultos mayores a asegurar su independencia, seguridad y productividad continua a lo largo de su vida. Sin embargo los cambios en la composición corporal que se presentan en el envejecimiento, caracterizado por pérdida de la masa magra, reubicación e incremento relativo de la masa grasa en la zona central del cuerpo, alteran su estado nutricional y ubica al adulto mayor en riesgo alto de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y la diabetes. América Latina y el Caribe es una región que está envejeciendo rápidamente, para el 2020, las Américas tendrán unos 200 millones de adultos mayores, casi el doble de lo que tenía en 2006, y más de la mitad estarán viviendo en América Latina y el Caribe¹. En el Ecuador según las proyecciones del INEC la expectativa de vida para el 2020 será para las mujeres 80 años y para los hombres los 74 años. La población de América ha ganado 16 años de vida, en promedio, en los últimos 45 años. Pero aún los males cardiovasculares, respiratorios crónicos, cáncer y diabetes siguen provocando muertes²

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un serio problema de salud por su elevada prevalencia y mortalidad. Estas enfermedades representaron la causa principal de mortalidad en la mayoría de los países, con un estimado mundial de 63 % en 2015³. En la actualidad, el incremento en la prevalencia de estas enfermedades en todo el mundo, altera la calidad de vida y causa la muerte del 60% de los adultos mayores, llegando a estimarse que 41 millones de personas morirían a causa de las enfermedades crónicas en todo el mundo en los próximos años, si no se realizan acciones efectivas para su prevención y tratamiento.⁴

La diabetes mellitus, la dislipidemia y la hipertensión arterial constituyen los padecimientos crónicos no transmisibles que registran la mayor cantidad de enfermos alrededor del mundo. En Ecuador estas enfermedades aportan con la mayor cantidad de consultas y egresos hospitalarios desde hace más de dos décadas (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013)⁵

La encuesta SABE (Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento) realizada en el Ecuador en el 2010, planteó que uno de cada tres adultos mayores presentan algún tipo de enfermedad crónica no transmisible, y las enfermedades detectadas con mayor frecuencia de edad son: hipertensión (46%), problemas en el corazón (26,1%), la diabetes mellitus (13,3%), enfermedad pulmonar (15,5%) y el cáncer en un 2,7% de la población⁶. Según la Agenda de igualdad de adultos mayores 2012-2013, indicó que aproximadamente el 70% de todas las muertes de los adultos mayores son causadas por enfermedades crónicas, representando casi el 75% de las muertes que se producen en los países de ingresos bajos y medios.⁷

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones, 17.5 millones cada año, seguidas del cáncer 8.2 millones, las enfermedades respiratorias 4 millones, y la diabetes 1.5 millones. Estas enfermedades han provocado en América Latina alrededor de 82% de las muertes en adultos mayores.⁸ En el Ecuador, las

principales enfermedades crónicas no transmisibles registradas son: la Diabetes Mellitus Tipo 2, Enfermedades Cardiovasculares y el Cáncer, constituyéndose en causa principal de muerte prematura. La inactividad física, la comida no sana, el consumo de sustancias como alcohol y tabaco aumentan el riesgo de padecerlas, provocando cambios fisiológicos o metabólicos, que también favorecen la aparición de estas enfermedades.⁹

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos en el Ecuador, hay 1'229.089 adultos mayores, es decir, personas de más de 60 años, la mayor parte vive en la Sierra (596.429) seguida de la Costa (589.431). Las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%). En este país, la primera causa de mortalidad en los adultos mayores hombres con enfermedades crónicas no transmisibles, son las enfermedades isquémicas del corazón, por cada mil habitantes se producen 437,5 muertes y por cada mil mujeres, hay 386 muertes por enfermedades cerebrovasculares, estas patologías son las que más afectan a los adultos mayores.¹⁰

En Imbabura, 2.663 adultos mayores presentan enfermedades cardiovasculares, como hipertensión arterial. Las enfermedades metabólicas están presentes en el 7,2% de los adultos mayores, siendo la diabetes mellitus la enfermedad crónica no transmisible con mayor prevalencia en la provincia, seguido por factores de riesgo como la obesidad y las dislipidemias que están presentes en la población mayor de 65 años¹¹. Según la encuesta ENSANUT-ECU, la población afro-ecuatoriana es el grupo étnico con las más altas prevalencias de diabetes (3.1%) en relación con las otras etnias: mestiza 2,9%, indígena 0,9%.¹²

Por todo lo anterior se plantea como objetivo Identificar el estado nutricional y los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores de la población de El Juncal, Imbabura-Ecuador.

2. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal. Población: la unidad de estudio estuvo conformada por todos los adultos mayores de 65 años entre hombres y mujeres, de la comunidad de El Juncal, perteneciente a la provincia de Imbabura- Ecuador. Se excluyeron de este estudio a quienes presentaron enfermedades crónicas no trasmisibles, discapacidad física y mental, quedando un total de 50 adultos mayores, quienes fueron evaluados antropométricamente para conocer su estado nutricional, a través del índice de masa corporal (IMC), cociente entre el peso en kg sobre la estatura en metros al cuadrado. Los pacientes se clasificaron en: peso normal (19–24,9), sobrepeso (25–29,9) y obeso (≥ 30)¹³.

El riesgo de presentar enfermedades crónicas no transmisibles se valoró a través de la medición de la circunferencia de la cintura, ya que el exceso de grasa intra-abdominal incrementa el riesgo de complicaciones cardiometabólicas¹⁴. Se determinó a nivel de la línea axilar media y el borde superior de la cresta iliaca. Se consideró

obesidad abdominal cuando ≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres, según los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF)¹⁵. Estos criterios ayudaron a clasificar a la población que presentaba riesgo, a la cual se valoró el perfil lipídico (nivel de triglicéridos, colesterol total, c. LDL, c. HDL), y la glicemia. La sangre venosa se tomó después de un ayuno nocturno de 12-14 horas, se utilizaron los puntos de corte de: elevado, normal y bajo, establecidos por el laboratorio donde se realizaron estas pruebas, considerando los siguientes valores de referencia:

Glucosa basa: 70 – 100 mg/dl
Colesterol total: < 200 mg/dl
Triglicéridos: < 150 mg/dl
HDL – colesterol: >45(mujer) >35(hombres)
LDL – colesterol: <170 mg/dl

La presión arterial se midió a toda la población de adultos mayores: para la determinación de la presión arterial se siguieron las “Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores del Ministerio de Salud Pública del Ecuador” (MSP)¹⁶:

Presión arterial óptima: <120/80 mmHg
Presión arterial normal: 120-129/80-84 mm Hg
Presión arterial alta: 130-139/85-89 mmHg

Hábito de fumar. Se consideró como variable dicotómica independientemente del número de cigarrillos o tabacos fumados y el tiempo de consumo. Consumo de alcohol (sí, no, consumo ocasional), práctica de actividad física (sí y no) y frecuencia de actividad física, también se preguntó las horas de sueño y antecedentes familiares de enfermedad crónica no transmisible.

Se evaluó la alimentación del adulto mayor a través del cuestionario frecuencia de consumo de alimentos (FCA), que consiste en una lista predeterminada de grupos de alimentos, número de veces que el individuo consume cada alimento en un período de tiempo dado, cuantos tiempos de comida realiza al día y el lugar de su consumo. Se valoró el consumo en alto (diario-semanal), moderado (quincenal) y bajo (mensual). Se eligió este método dado que es frecuentemente usado en estudios epidemiológicos cuando se desea identificar la ingesta de determinados nutrientes con el riesgo de ciertas patologías de la población¹⁷.

Análisis de datos: Se utilizó el programa SPSS versión 24.0. Se realizó análisis univariado, los datos se presentaron en gráficos y tablas de contingencia.

Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, quien revisó que los procedimientos de la investigación siguieran las consideraciones éticas de la declaración de Helsinki¹⁸. Además, los participantes firmaron el consentimiento informado.

3. RESULTADOS

La población adulta mayor de la zona de El Juncal en su mayoría (96%) son afrodescendientes, con un alto porcentaje de mujeres (72%), el 44% de esta población tienen edades entre 65 y 75 años, aunque también se encontró un grupo considerable con edades entre 75 a 85 años (38%); en cuanto al nivel de educación la población en su mayoría tuvo estudios de primaria incompleta (76%) y tan solo el 24% terminaron la primaria, según su estado civil son casados en su mayoría (74%), se observó también adultos mayores viudos (22%) (Gráfico 1).

La evaluación del estado nutricional a través del IMC, evidenció claramente los estados de mal nutrición ya sea por déficit o por exceso, identificando al 60 % de la población con un IMC elevado (28% obesidad y 32% sobrepeso). También se encontró estados de bajo peso (16%) y desnutrición (12%) (Gráfico 2). El 40% de esta población (20 ancianos) presentó riesgo cardiovascular valorado a través del perímetro de la cintura y utilizando los criterios de la IDF (≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres), presentándose más en los hombre que en las mujeres (gráfico 3).

Al valorar la presión arterial, el 46% estuvo por encima de los valores recomendados ($<120/80$ mmHg). Los 20 adultos mayores que presentaron riesgo cardiovascular detectado a través del perímetro de la cintura, al valorar su perfil lipídico y glicemia en ayuno, el 25% tenía niveles altos de colesterol total, el 35% niveles altos de colesterol LDL, el 20% triglicéridos altos. Sin embargo el colesterol HDL estuvo normal en el 40% y elevado en el 20% de esta población, lo cual resulta favorable por su efecto cardioprotector¹⁹. (tabla 1).

El 100% de esta población no tiene el hábito de fumar y el 12% tiene un consumo ocasional de bebidas alcohólicas. Con respecto a la práctica de actividad física, todos los adultos mayores de este estudio (100%) respondieron realizar caminatas de 3 a 4 veces por semana, con una duración de 30 a 60 minutos. Además tienen horas de sueño que va de 5 a 6 horas (46%) y de 6 a 8 horas (40%). Todos consumen en sus hogares los 3 principales tiempos de comida (desayuno, almuerzo y merienda), tienen un consumo moderado (de forma quincenal) de lácteos, cárnicos y huevos (64%, 76% y 92% respectivamente). Así mismo dicen consumir de forma moderada alimentos del grupo de las leguminosas, cereales y tubérculos (38%, 66% y 48% respectivamente). No consumen diariamente frutas y vegetales, lo hacen de 3 a 4 veces por semana. El 30% de esta población consumen diariamente grasas, y el 16% lo consume de forma moderada, sin embargo el 54% dice que no añaden grasas a sus comidas. Casi la totalidad de la población (98%) manifiesta consumir moderadamente dulces y golosinas. No consumen embutidos (jamón, salchichas, mortadela) ni productos enlatados y procesados. Como se puede observar los adultos mayores de esta población, en su mayoría tienen estilos de vida saludable.

Gráfico 1. Caracterización sociodemográfica de los adultos mayores de la población de El Juncal, Imbabura, Ecuador.

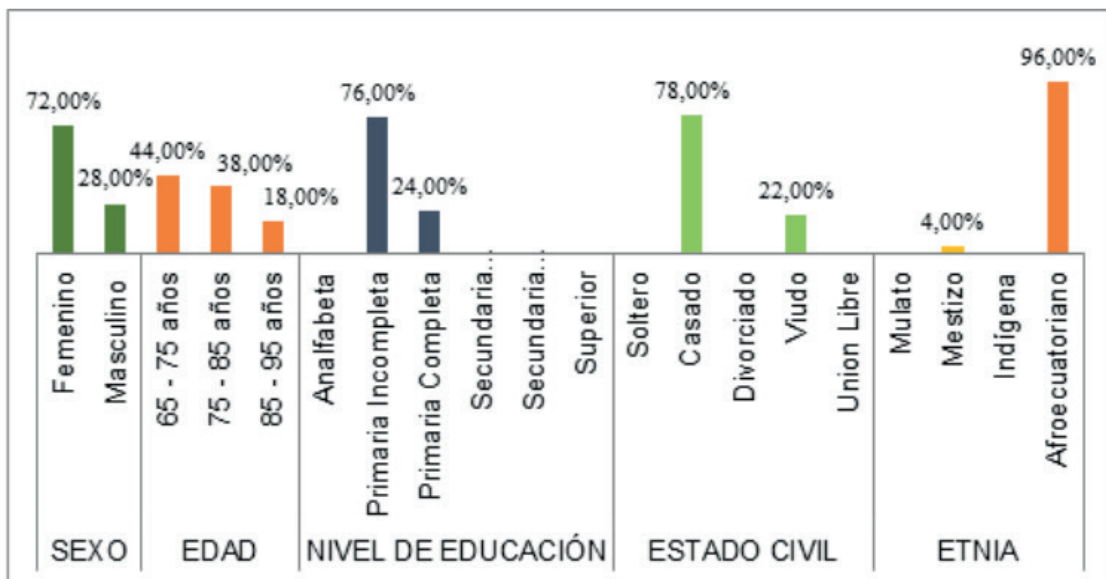
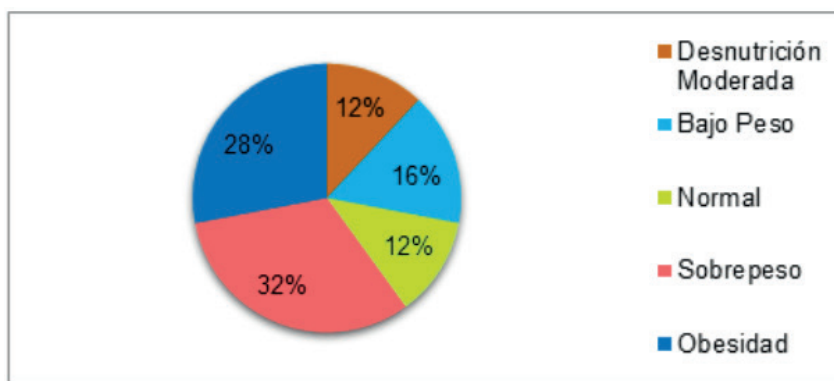


Gráfico 2. Caracterización nutricional según el IMC de los adultos mayores.



IMC: Índice de masa corporal.

Gráfico 3. Riesgo cardiovascular según perímetro de la cintura de los adultos mayores.

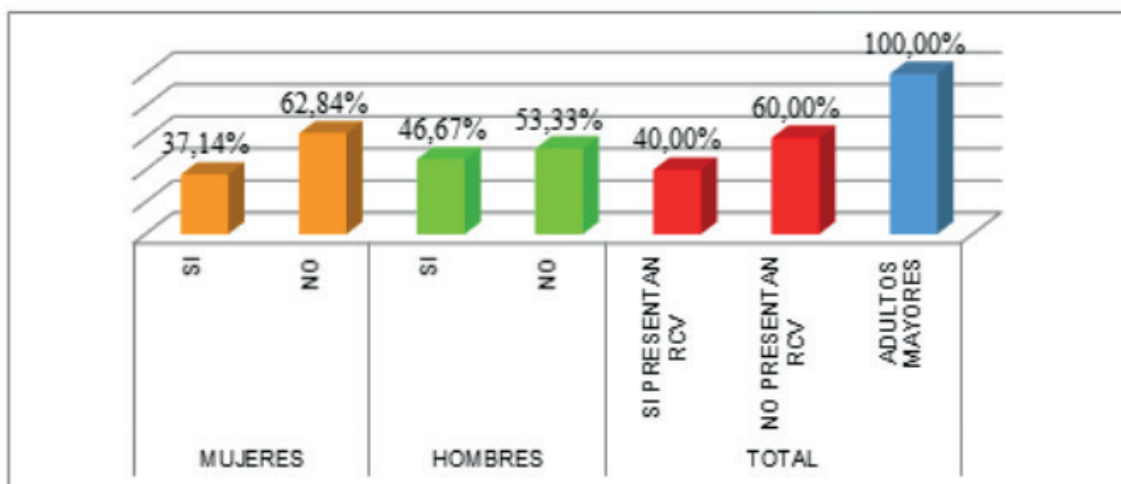


Tabla 1. Nivel perfil lipídico y glucosa en ayunas de los adultos mayores de El Juncal.

n=20 (40%)

Escala	Colesterol total		C. LDL		C. HDL		Triglicéridos		glucosa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin Información	7	35	7	35	7	35	7	35	7	35
Bajo					1	5				
Normal	8	40	6	30	8	40	9	45	11	55
Alto	5	25	7	35	4	20	4	20	2	10

4. DISCUSIÓN

Casi la totalidad de los adultos mayores de este estudio son afro-descendientes (96%), y de sexo femenino en su mayoría (72%). La evaluación antropométrica a través del IMC identificó al 60% con sobrepeso y obesidad, dato muy cercano a los resultados encontrados en la “Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento-2010” donde el 59% de los adultos mayores de 60 años presentaron estos estados de malnutrición⁶. El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo para problemas cardiovasculares, como coronariopatías y accidente cerebrovascular, el riesgo de diabetes mellitus de tipo 2 aumenta proporcionalmente con la elevación del IMC²⁰. El 40% de esta población presentó riesgo cardiovascular valorado a través del perímetro de la cintura, siendo más en los hombre que en las mujeres. Diferentes a los resultados encontrados en un estudio realizado el Lima Perú para averiguar la frecuencia de síndrome metabólico en adultos mayores del Distrito de San Martín de Porres, donde la obesidad abdominal fue mayor en las mujeres (32,1% y 59,3% en hombres y mujeres, respectivamente)²¹. La definición de la IDF por sus valores inferiores sobrestima la presencia de obesidad abdominal en este grupo etario. Es necesario tomar en cuenta que el envejecimiento en el ser humano lleva consigo numerosos cambios, entre los que se encuentra la composición corporal, disminuye la masa muscular y ósea, destacando el incremento y redistribución de la masa grasa ubicándose de preferencia en la zona central del cuerpo, aumentando el riesgo cardiovascular²². El documento de Normas y Protocolos de Atención Integral de salud de las y los adultos mayores del MSP del Ecuador¹⁶, utiliza los valores de circunferencia de cintura como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular: mujer > 85 cm, Hombre > 95 cm. Estos valores serían los elegidos para futuros estudios en este grupo etario.

El 46% de esta población presentó una presión arterial por encima de los valores recomendados (<120/80 mmHg). Estos resultados son similares a los obtenidos en la encuesta SABE (Ecuador-2010)⁶. En Cuenca se realizó un estudio para identificar hipertensión arterial en adultos mayores en la zona urbana, la frecuencia de hipertensión arterial fue del 52,5%²³. En un estudio para determinar el comportamiento de la hipertensión arterial en los ancianos de un área de salud de Manzanillo (Cuba)²⁴ encontró una prevalencia de 69.6 por cada 100 habitantes. La investigación realizada en Argentina “Registro Nacional de Hipertensión Arterial - Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial”²⁵, la prevalencia de HTA fue del 33,5%. La prevalencia

aumentó con la edad del 11,1% en < 35 años al 68,5% en ≥ 65 años. En Ecuador (INEC, 2011) del total nacional de hipertensos el 58,14% fueron hombres y 41,86% mujeres²⁶. Según investigaciones científicas, un nivel elevado de presión arterial es común en individuos negros que viven en sociedades urbanas en comparación con otros grupos étnicos²⁷. En Estados Unidos, el Caribe y África occidental se encontró una gran prevalencia de HTA en poblaciones negras genéticamente relacionadas²⁸. En el reporte de Cooper y colaboradores²⁹, cuando se tomó como punto de corte para HTA la cifra de >140/90 mmHg, el 50% de los afroamericanos fueron diagnosticados como hipertensos en este grupo etario. Estudios explican la relación entre la raza negra y la hipertensión, manifestando que ciertos individuos responden a la sobrecarga de sal (sensibilidad a la sal) con incremento de la presión arterial, mientras que otros no tienen la misma respuesta (sal resistentes). Se ha establecido que este comportamiento psicológico tiene rasgos genéticos, con mayor prevalencia en la población negra³⁰. Los individuos afrodescendientes presentan hipertensión con actividad suprimida de la renina y angiotensina II asociada a mayor sensibilidad a la sal, con retención de sodio y volumen extracelular corregido, resultando en una excreción más lenta de sodio³¹. Esto explica el gran porcentaje (46%) casi la mitad de esta población con hipertensión arterial.

Los adultos mayores de este estudio que presentaron riesgo cardiovascular (20 individuos) detectados a través del perímetro de la cintura, el 25% tenía niveles altos de colesterol total, el 35% niveles altos de colesterol LDL, el 20% triglicéridos altos. Sin embargo el colesterol HDL estuvo normal en el 40% y elevado en el 20% de esta población, lo cual resulta favorable por su efecto cardioprotector. Un estudio realizado en Cuenca sobre “dislipidemia y estado nutricional en adultos mayores urbanos de la sierra ecuatoriana”³², en la mayoría de los componentes del perfil lipídico se evidenciaron valores deseables, el colesterol se encontró normal en 72,9%, triglicéridos en 61,2%, lipoproteínas de baja densidad se encontraron en valores óptimos y bajos en 68,4% y lipoproteínas de alta densidad estuvieron en niveles normales y altos en 46,8%; la prevalencia global de dislipidemias en este grupo fue de 90.2%. Otro estudio realizado en un centro médico de Cuba, sobre “Frecuencia de dislipidemias e hipertensos en personas mayores de 60 años”, en 321 personas, el 50,2% presentó dislipidemia mixta, el 34,6% hipercolesterolemia y 15,3% hipertrigliceridemia. La frecuencia de dislipidemias en mujeres en esta investigación fue de 68,75% y hombres 31,25%³³. Investigaciones han encontrado que la población de raza negra presenta perfiles lipídicos favorables (niveles bajos de triglicéridos con niveles elevados de HDL) a pesar de tener un mayor riesgo de obesidad e hipertensión, y presentan mayores niveles de HDL que sus contrapartes caucásicas³⁴. El tamaño de las LDL es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular: a menor tamaño mayor riesgo ateroesclerótico, el equipo de Haffner en el estudio de aterosclerosis e insulinoresistencia, estudió el tamaño de las partículas de LDL en afrodescendientes e hispanicos, concluyendo que las LDL eran más grandes en el grupo afro, por lo que las partículas son menos aterogénicas, manifiestan que la diferencia de tamaño se relaciona con los fenotipos y actividades de la lipasa hepática, presentándose comúnmente los fenotipos de baja actividad de la enzima en la población negra³⁵. Los resultados de nuestra investigación corroboran estos hallazgos científicos, donde el 60% de esta población de origen afrodescendiente presentaron sobrepeso y obesidad, y 40% presentó obesidad

abdominal, sin embargo el análisis bioquímico (perfil lipídico) identificó una baja población con triglicéridos elevados (20%), mientras que los niveles de HDL estaban normales y elevados en algunos casos (60%), lo cual llama la atención considerando la edad de los participantes en el estudio.

Con respecto a la actividad física, el 100% de esta población se mantiene activa, realizan caminatas de 30 a 60 minutos, también realizan actividades ocupacionales como tareas domésticas. Se observa que este grupo cumple con lo recomendado por la OMS de que los adultos mayores de 65 años en adelante dediquen 150 minutos semanales a la práctica de actividad física para disminuir el riesgo de ECNT³⁶. Un estudio realizado en Chile para averiguar los hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores, se obtuvieron resultados similares en la que la mayoría manifestó realizar actividad física (93%) como la caminata.³⁷

Este grupo de estudio refiere no consumir alcohol, ni fumar y tienen un buen hábito de sueño que va de 5 a 6 horas (46%) y de 6 a 8 horas (40%). En relación al consumo de alimentos, se encontró que el 100% realiza los 3 tiempos de comida y lo hacen en sus hogares, consumen moderadamente lácteos, cárnicos y huevos (64%, 76% y 92% respectivamente). También consumen moderadamente leguminosas, cereales y tubérculos (38%, 66% y 48% respectivamente), Estas son conocidas como buena fuente de proteína vegetal y carbohidratos, buen aporte de fibra, vitaminas del complejo B especialmente B3 y ácido fólico y minerales como hierro, calcio y fósforo³⁸. Tienen un bajo consumo de frutas y vegetales, lo hacen de 3 a 4 veces por semana, cuando la OMS recomienda consumir más de 400 gramos al día para mejorar la salud general y reducir el riesgo de determinadas enfermedades no transmisibles³⁹. Así mismo manifiestan consumir moderadamente dulces y golosinas (98%), prefieren no consumir productos industrializados como embutidos y enlatados. El consumo de grasas en esta población es diario, es importante destacar que la baja ingesta de lácteos podría restringir el aporte de calcio al organismo, lo cual puede generar pérdida mineral ósea y un mayor riesgo de fracturas, ya que el calcio y la vitamina D protegen contra la osteoporosis y reducen la tasa de pérdida ósea en los últimos años de vida.⁴⁰

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Por los altos porcentajes de sobrepeso y obesidad esta población presenta características antropométricas que la hacen propensa a las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Población con un alto porcentaje de hipertensos, característica común en individuos de raza negra por la alta sensibilidad a la sal, manifestándose con incremento de la presión arterial.
- La presencia de factores de riesgo para enfermedad crónica no transmisible en esta población, hace necesaria la participación intersectorial y de la comunidad para la creación de estrategias eficientes, que se traduzcan en verdaderos cambios que incidan en la población sobre la importancia de una buena alimentación y la práctica de actividad física.

6. RECONOCIMIENTO

Se agradece la participación de los estudiantes y docentes de la carrera de Nutrición de la Universidad Técnica del Norte de la ciudad de Ibarra. Un especial agradecimiento a los habitantes y autoridades de la comunidad de El Juncal.

REFERENCIAS

1. Informe Día Mundial de la Salud. Envejecimiento Saludable y Enfermedades No Transmisibles. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Fact-Sheet-Seniors-NCDs-Spanish.pdf>
2. Expectativa de vida en Ecuador. 2018. Diario El Comercio.. Available from: <https://www.elcomercio.com/actualidad/expectativa-vida-adultos-mayores-proyecciones.html%20%20%20%20.%20ElComercio.com>
3. Soca Pedro, E. Sarmiento Teruel, Y. Mariño Soler, A. Llorente, Y. Rodríguez Graña, T. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. Rev Finlay. 2017; 7(3):155-167.
4. Caballero Uribe, C. Alonso Palacio, L. Enfermedades crónicas no transmisibles. Es tiempo de pensar en ellas. Salud Uninorte. (Col.) 2010; 26 (2).
5. Freire, w. Aproximación a enfermedades crónicas cardiometabólicas no transmisibles. En: Tomo 1. Pag:85. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT-ECU 2011-2013.
6. Freire, w. Prevalencia de Enfermedades crónicas específicas por grupos de edad y sexo. Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE). (Ecu) 2010 p:23-24
7. Soliz Carrión, D. Agenda de igualdad para adultos mayores. Ecuador.2012. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).
8. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Organización Mundial de la Salud (OMS): Resumen de orientación. OMS, 2011.
9. La nueva situación epidemiológica del Ecuador – Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Ecuador. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Revista Informativa, 2014.. Ed:32, p:14
10. Población Adulto Mayor estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Ecuador.2011. Pag: 12.
11. Ministerio de Salud Pública (MSP). Dirección Nacional de Estadística y Análisis de información de salud DNEAIS. [Online].; 2016 [cited 2017 Septiembre 21. Available from: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbididadambulatoria2016/Men?publish=yes>.
12. Freire, W. Aproximación a enfermedades crónicas no transmisibles cardiometabólicas. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT-ECU 2012. Tomo 1.
13. Álvarez Yáñez, P. Martínez Padilla, D. Guías clínicas gerontogerítricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. P:29. 2018
14. Josep Franch, N. : Obesidad intraabdominal y riesgo cardiometabólico. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Aten Primaria. 2008;40(4):199-204

15. Zimmeta, Paul. George, M. Serrano Ríosc, M. Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58(12):1371-6.
16. Álvarez Yáñez, P. Pazmiño Figueroa, L. Villalobos A. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. p:31. Ministerio de Salud Pública: Dirección de Normatización del SNS. Ecu. 2010.
17. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Métodos usuales para estudiar el consumo de alimentos. P:15—17
18. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. P:1-4. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.
19. Méndez Óscar, P. Lipoproteínas de alta densidad (HDL). ¿Un objetivo terapéutico en la prevención de la aterosclerosis?. *Archivos de cardiología de México.* 2004; 74 (1) p:53-67.
20. Malo Serrano, M. Castillo, M. Pajita Daniel, D. La obesidad en el mundo. *An Fac med. Perú* 2017; 78(2):173-178.
21. Aliaga Elizabeth. Tello Tania. Varela Luis. Seclén Segundo. Ortiz Pedro. Chávez Helver. Frecuencia de síndrome metabólico en adultos mayores del Distrito de San Martín de Porres de Lima, Perú según los criterios de ATP III y de la IDF. *Rev Med Hered.* 2014; 25:142-148.
22. Gómez Cabello, A. Vicente Rodríguez, G. Vila Maldonado, S. Casajús, J. Ara I. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Rev. Nutr Hosp.* 2012;27(1):22-30
23. Encalada Torres, L. Álvarez Tapia, K. Paul, A. Barbecho, S. Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. *Revista Latinoamericana de Hipertensión.* 2018; 13(3):183-87
24. Acosta Rodríguez, L. Molero Segrera, M. Caracterización de la hipertensión arterial en los ancianos de un área de salud de Manzanillo. *Hospital Clínico Quirúrgico Granma.* 2001 [citado el 22 de mayo del 2015]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/caracterizacionde la hipertensión arterial en los ancianos de un área de salud de manzanillo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/caracterizacionde%20la%20hipertension%20arterial%20en%20los%20ancianos%20de%20un%20area%20de%20salud%20de%20manzanillo.pdf)
25. Marcos Renata, J. Fábreguesmtsac, G. Rodríguez, P †, Díaz, M. Páez, Olga. Alfie, J. Caruso, G, Pantalena, P. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. ARGENTINA-2011. Available from: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/rac/article/viewFile/1043/pdf>
26. INEC. Población y demografía base de datos de censo 2010. [citado 23 febrero 2015]. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-2010 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232004000200001&lang=pt
27. Cappuccio, F. Cook, D. et al. “Prevalence, detection and management of cardiovascular risk factors in different ethnic groups in south London”. *Heart* 1997;78:555-563.
28. Cooper R, Rotimi CN. “Hypertension in populations of West African origin: is there a genetic predisposition”. *J Hypertens.* 1994;12:215-227.
29. Cooper R, Rotini C. “Hypertension in blacks”. *Am J Hypertens* 1997;10:804-812.

30. Sullivan J. "Salt sensitivity: definition, conception, methodology and long term issues". *Hypertension* 1991;17:61-68.
31. Brier, M. Luft, F. Sodium kinetics in white and black normotensives subjects: possible relevance to salt-sensitive hypertension. *Am J Med Sci* 1994;307:s38-s42.
32. Encalada Torres, E. Arias Maldonado, A. Yupa Tenelema, M. Paute Matute, P. Wong, S. Dislipidemia y estado nutricional en adultos mayores urbanos de la sierra ecuatoriana. *Rev. Med Ateneo*. 2019; 21 (1): 13 – 30
33. Gómez Nario, O. Fernández, B. Rodríguez, J. Ferrer Arrocha, M. Núñez García, M. Meneau Peña, T. Gómez López, A. et al. Frecuencia de dislipidémicos e hipertensos en personas mayores de 60 años de 3 consultorios. *Rev Cuba Med Gen Integral*. septiembre de 2009; 25(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252009000200005&script=sci_arttext.
34. Brown, S. Hutchinson, J. et al. Plasma lipid, lipoprotein cholesterol and apoproteins distribution in selected US communities. The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1993;13:1139-1158.
35. Haffner, S. D'Agostino, R. et al. LDL size in African Americans, Hispanics and non Hispanics whites. The Insulin Resistance Atherosclerosis study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1999;19:2234-2240.
36. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud "La actividad física en los adultos mayores" OMS-2019.
37. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. OMS
38. Salazar, A. Nutrition in the Older Adult, in: *Nutrition in the Life Cycle*. Cornejo V. Cruchet S. Ed. Mediterráneo. pp 137-8, 2014.
39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles" 2019. Available from: https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/es/
40. González Solanellas, M. Romagosa Pérez. Portabella, A. Zabaleta-del-Olmo E, Grau-Carod M, Casellas-Montagut C, Lancho-Lancho S. et al. Prevalence Study of Eating Habits and Nutritional Status of Adult Population Treated in Primary Care. *Nutr Hosp*. 2011; 26(2):337-44.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero – Junio 2021

ISSN 1390-910X edición impresa

ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 06/ene/2021 - Fecha aprobación 15/abr/2021

**DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LAS
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO.**

**(DESIGN OF AN INSTRUMENT TO IDENTIFY NURSING INTERVENTIONS
IN THE POSTOPERATIVE PERIOD.)**

María Fernanda Valle Dávila^{1,2}, Jaqueline Guadalupe Guerrero Ceh^{3,4}, Rocío Elizabeth Castillo Andrade¹ Silvia Lorena Acosta Balseca¹, Gladys Edelmira Morejón Jácome¹

¹Docente Carrera de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Código postal 100102, Ibarra, Ecuador

mfvalle@utn.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9078-9620>

recastillo@utn.edu.ec

slacosta@utn.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4381-7091>

gemorejon@utn.edu.ec

² Doctoranda en Proyectos Línea de Investigación en Salud, Universidad Iberoamericana Internacional, Campeche, Código postal 24560, México.

³ Docente Tutora Doctorado en Proyectos Línea de Investigación en Salud, Universidad Iberoamericana Internacional, Campeche, Código postal 24560, México.

jgguerrero@uacam.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4381-7091>

⁴ Docente Universidad Autónoma de Campeche, Campeche, Código postal 24560, México.

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.431>

RESUMEN:

Se describe la construcción y validación inicial de un instrumento para identificar las intervenciones de enfermería en el cuidado del paciente postoperatorio inmediato. Consta de 37 ítems agrupados en 8 dimensiones con una escala likert.

El estudio contó con el aval de tres hospitales de la provincia de Imbabura: Hospital General San Vicente de Paúl, Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ibarra y Hospital San Luis de Otavalo. La metodología estuvo enmarcada en el diseño cuantitativo de tipo psicométrico. La muestra estuvo conformada por 29 profesionales de enfermería. La validación del instrumento se realizó a través de juicio de expertos y se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach. Se observó que el alfa es igual a 0,8443, por lo cual la consistencia es alta. Eliminar cualquiera de los ítems de la escala no incrementa el alfa, por lo que se concluye que tanto la pertinencia, como la claridad conceptual, redacción y codificación son muy importantes para mantener la consistencia interna del instrumento.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, postoperatorio inmediato, instrumento

ABSTRACT:

This paper describes the initial construction and validation of an instrument used to identify nursing interventions in the care of the immediate postoperative. The instrument consists of 37 items grouped in 8 dimensions with a Likert scale.

The study was endorsed by three hospitals in the province of Imbabura: Hospital General San Vicente de Paúl, Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ibarra and Hospital San Luis de Otavalo. The methodology was framed in the quantitative design of a psychometric type. The sample consisted of 29 nursing professionals. The validation of the instrument was carried out through expert judgment and the Cronbach's alpha coefficient was calculated. It was observed that the alpha is equal to 0.8443, therefore the consistency is high. Eliminating any of the items on the scale does not increase the alpha, which is why it is concluded that both relevance, conceptual clarity, writing and coding are very important to maintain the internal consistency of the instrument.

Keywords: Nursing care, immediate postoperative, instrument.

1. INTRODUCCIÓN

En el postoperatorio inmediato la enfermería desempeña un rol importante, debe tratar y diagnosticar oportunamente todas las complicaciones posibles en el paciente. Las actividades que realiza el profesional están enfocadas en preservar la permeabilidad de la vía aérea, estabilizar las constantes vitales, garantizar la seguridad del paciente, disipar la anestesia residual, disminuir la ansiedad, emocionalmente tranquilizar al enfermo y proporcionar alivio del dolor (1).

En el período postoperatorio, diferentes alteraciones orgánicas afectan a los pacientes, debido a la exposición de los efectos de la cirugía en el tejido. El dolor, shock, sangrado, infección en la herida, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, problemas pulmonares, retención urinaria, reacción a la anestesia, entre otras son manifestaciones principales, y se consideran un determinante del estado clínico impuesto por el procedimiento quirúrgico (2).

En el cuidado de la salud participan diversos profesionales, entre ellos: médicos, enfermeras, terapeutas físicos, por mencionar algunos. Cada disciplina de la salud aporta su conocimiento para brindar atención. Los profesionales de enfermería poseen una visión holística y una mayor interacción con el paciente, cuentan con un amplio conocimiento científico, técnico y humanístico que les permite desarrollar un proceso de atención específico denominado PAE .

La valoración del paciente constituye la primera fase en el proceso de atención de enfermería, de su eficacia dependen las fases restantes de este proceso. Sin la realización de una acertada valoración, no existe un diagnóstico de enfermería adecuado para el paciente y por consiguiente sin un diagnóstico adecuado no existen intervenciones basadas en evidencia. En este sentido el profesional de enfermería debe evaluar al paciente desde la perspectiva de la disciplina, para diagnosticar con precisión y proporcionar una atención eficaz (3).

Se cuenta con herramientas denominadas escalas que se basan en datos obtenidos para cuantificarlos, los mismos que poseen relevancia en la valoración ya que están basados y sustentados en la evidencia. Las escalas aplicadas como Bromage y Aldrete han tenido su proceso de validación para aceptación de la comunidad científica dentro de diferentes ámbitos disciplinarios de las ciencias de la salud. En este sentido la disciplina de enfermería carece de instrumentos propios que le permitan a los profesionales de enfermería, guiar su proceso de valoración desde el cuidado holístico del paciente.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ha incluido algunas escalas estandarizadas de valoración como Braden y Norton para la predicción de úlceras por presión, la escala visual análoga para valorar el dolor denominada: Escala Visual Analógica (EVA). Existen escalas como Bromage y Aldrete caracterizadas para evaluar la recuperación post anestésica del paciente aplicadas en la unidad de recuperación post anestésica denominada URPA. Según el resultado de esta valoración el paciente es dado de alta de estas unidades y trasladado al piso de hospitalización (3).

El instrumento que se ha diseñado es una escala dirigida a a los profesionales de enfermería con el objetivo de identificar las intervenciones ejecutadas durante el cuidado del paciente postoperatorio. El profesional que labora en la unidad de hospitalización del área de cirugía debe poseer un amplio conocimiento de los cambios fisiológicos inducidos por el acto quirúrgico y ser capaz de detectar cambios tempranos que puedan comprometer la recuperación del paciente.

Los esfuerzos de enfermería en estos últimos años se han centrado en buscar la autonomía y conseguir la independencia de la profesión, tanto en el ejercicio laboral como en el desarrollo científico, por cuanto ha facilitado su apertura a otros campos del conocimiento, como es la investigativa a través de la enfermería basada en la evidencia (4).

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de abordaje cuantitativo, con un alcance psicométrico para desarrollar el diseño y posterior validación de contenido de un instrumento, sustentado en el proceso de validación de escalas para ciencias de la salud propuesto por Streiner y Norman, quienes proponen: la definición del constructo que se va a medir, la construcción de ítems del instrumento, la validez de contenido por parte de expertos, la determinación de indicadores de confiabilidad (5).

El estudio constó de dos fases:

- Diseño de la herramienta: Este enfoque permitió a evaluar críticamente los datos de la investigación en la fase de diagnóstico, las guías clínicas, y otros recursos de información. El diseño de la herramienta se sustentó a través de una cuidadosa integración del mejor conocimiento científico disponible en los diferentes niveles de evidencia.
- Fase Validación de la herramienta: a través de juicio de expertos, validez de contenido y constructo mediante un formato de validación y consistencia interna inicial.

Muestra: 29 Enfermeras tituladas que laboran en los servicios de cirugía de los hospitales San Vicente de Paúl, San Luis de Otavalo y Hospital Regional IESS en la provincia de Imbabura durante el primer trimestre del año 2020.

El estudio fue sometido a la aprobación del comité de Ética del Hospital Regional IESS Ibarra. Para la validación de la escala participaron 17 expertos, constituidos por profesionales de enfermería nacionales e internacionales.

El procesamiento de datos y su posterior análisis se llevaron a cabo de forma simultánea con los programas Microsoft Excel 2016, IBM SPSS V25 y el software libre Epidat en su versión 4.2. Se codificó previamente los datos obtenidos, asignando siglas y valores numéricos a los datos recolectados de pacientes, personal de enfermería y la evaluación de expertos. Posteriormente se realizó la validación de contenido y constructo, así como su confiabilidad mediante el coeficiente de alfa de Cronbach .

3. RESULTADOS

Para el diseño de la escala, y la elaboración del constructo para su medición a través de las diferentes dimensiones se realizó una revisión bibliográfica de los diferentes niveles de evidencia científica como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Revisión de artículos referenciales para el diseño de la escala.

Palabras Clave	Base de datos	Número de artículos encontrados	Número de artículos referenciales para la escala.
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Postoperatorio inmediato • Valoración • Intervenciones • Enfermería 	Bvs	2	2
	Lilacs	1	0
	Proquest	6	2
	Scielo	9	3
	Springer	5	2
	Francis y Taylor	1	0
	Cochrane	3	1
	Total	27	10

A fin de visualizar de forma gráfica un panorama general sobre los resultados obtenidos en la evaluación de expertos, se realiza un diagrama compuesto de barras para las variables V4-V7 correspondiente a la pertinencia, claridad conceptual, redacción y codificación de los ítems de la escala. El resultado se muestra en la Figura 1, donde se evidencia que, entre el 80% y 90% de los expertos calificaron como excelentes los criterios de pertinencia y claridad conceptual. Alrededor del 90% de ellos evaluaron la redacción como excelente y, más del 90% establecieron que la codificación es excelente. El indicador regular fue utilizado para evaluar los criterios como máximo en el 15% de los casos y, el indicador inaceptable no supera el 5% en ninguno de los escenarios generales.

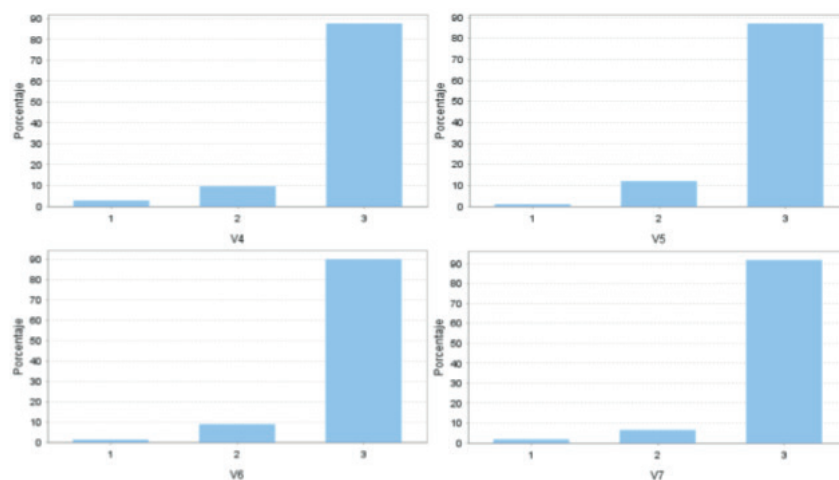


Figura 1: Criterio Juicio de Expertos. Figura 1A, V4: pertinencia. Figura 1B, V5: claridad conceptual. Figura 1C, V6: redacción. Figura 1D, V7: codificación.

En relación a la validación de expertos, se calcula el alfa de Cronbach para el instrumento. Los resultados se muestran en la Figura 2. Se observa que el alfa es igual a 0,8443, por lo cual la consistencia es buena.

[7] Alfa de Cronbach:

Entrada automática:

Tabla: EVALUACIÓN_EXPERTOS

Variables:

Items: V4, V5, V6, V7

Datos:

Número de ítems: 4
Número de observaciones: 510

Resultados:

Alfa de Cronbach: 0,8443
Covarianza media: 0,0823

Figura 2: Alfa de Cronbach: validación de expertos

De acuerdo a la información de la Tabla 5, eliminar cualquiera de los ítems no incrementa el alfa, por lo que se concluye que tanto la pertinencia, como la claridad conceptual, redacción y codificación son muy importantes para mantener la consistencia del instrumento.

Tabla 5. Alfa de Cronbach por criterio validación expertos

Criterio	Alfa de Cronbach:
Pertinencia	0,8385
Claridad Conceptual	0,7765
Redacción	0,7823
Codificación	0,8140

4. DISCUSIÓN

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes palabras clave: paciente postoperatorio inmediato, valoración e intervenciones de enfermería en los idiomas de inglés y español con el apoyo de operadores booleanos. Las bases de datos revisadas fueron Bvs, Lilacs, Scielo, Springer, Francis y Taylor y Cochrane como se muestra en la *Tabla 1*. Se encontraron 27 artículos relacionados con el postoperatorio inmediato. Utilizando una ficha de revisión bibliográfica, se tomó como criterios de referencia las intervenciones de enfermería durante el postoperatorio inmediato y se seleccionaron un número de 10 artículos.

El avance en el conocimiento es la base sobre la que se desarrollan las nuevas investigaciones mediante un proceso de refutación, confirmación o la exploración de nuevas formulaciones que contribuyan a la explicación de los fenómenos de estudio (6). En nuestro caso el fenómeno a estudiar es el postoperatorio inmediato, y en base a este fenómeno se ha diseñado esta escala.

Para el diseño de la escala se llevó a cabo una búsqueda completa de la literatura a través de diversas bases de datos electrónicas y posteriormente complementándola con una búsqueda manual. Una vez que se localizaron una o más escalas relacionadas con el fenómeno a evaluar, se tomó la decisión de si es posible utilizar el instrumento elegido o es necesario diseñar un nuevo instrumento. Esta decisión debe ser analizada con cuidado para emitir juicios apropiados en la selección de los ítems de la escala y por esta razón es importante tener en cuenta una valoración crítica adecuada de la evidencia que apoye el instrumento (7).

Ítems del instrumento:
Escala Likert.

Q1-Q7 Sistema neurológico

- Q1: valora el estado de conciencia del paciente cuando recibe a un paciente postoperatorio.
- Q2: ejecuta cuidados en el paciente según el tipo de anestesia: general o regional.
- Q3: aplica cuidados específicos según el tipo de cirugía realizada.
- Q4: valora la escala visual análoga del dolor en el paciente.
- Q5: preparación y administración de analgésicos según prescripción médica.
- Q6: revalora el dolor después de la administración de analgésicos.
- Q7: valora la capacidad para conciliar el sueño y descansar en el paciente durante la noche.

Q8-Q14 Estado emocional

- Q8: se identifica con su nombre completo y cargo cuando recibe a un paciente post operado.
- Q9: considera que trata con amabilidad y paciencia a sus pacientes.
- Q10: orienta de forma general sobre los cuidados postoperatorios al paciente.
- Q11: respeta las creencias o costumbres del paciente durante el postoperatorio inmediato.
- Q12: aplica medidas de confort cuando ingresa a un paciente postquirúrgico.
- Q13: indaga a su paciente sobre sus preocupaciones o dudas en algún aspecto durante su postoperatorio inmediato.
- Q14: indaga a su paciente sobre sentimientos de angustia, miedo y ansiedad durante su recuperación en las primeras 24 horas.

Q15-Q19 Sistema cardiovascular

- Q15: valora constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración y pulso al momento del ingreso del paciente.
- Q16: aplica medidas de termorregulación en el paciente.

Q17: verifica y utiliza medidas para prevenir trombosis pulmonar o venosa como: el uso de dispositivos de compresión secuencial como medidas antiembólicas o vendas durante el postoperatorio inmediato.

Q18: administra según prescripción médica fármacos antitrombóticos.

Q19: administra hemoderivados según prescripción médica en caso de que amerite en el paciente post operado.

Q20-Q22 Sistema respiratorio

Q20: verifica permeabilidad de las vías respiratorias y valora frecuencia respiratoria, pulsioximetría, profundidad de la respiración y ruidos respiratorios.

Q21: valora oxigenación tisular mediante: color de la piel, labios, medición de temperatura y humedad en mucosas bucales; color de lecho ungueal y llenado de capilar; pulsos periféricos: presencia y fortaleza.

Q22: valora estado respiratorio y administra oxígeno dependiendo de la saturación del paciente, sea por cánula nasal o mascarilla de oxígeno.

Q23-Q28 Sistema gastrointestinal

Q23: indaga la presencia de náusea o vómitos en el paciente.

Q24: administra fármacos como: antieméticos, antiácidos, antiespasmódicos.

Q25: valora signos de distensión abdominal y ruidos hidroaéreos.

Q26: descarta signos de hemorragia digestiva, como presencia de: melena, hematemesis y pirosis.

Q27: valora tolerancia gástrica de líquidos claros en el paciente en el transcurso de 6 a 8 horas posteriores a la intervención quirúrgica.

Q28: verifica el funcionamiento, características y volumen del contenido de dispositivos para el vaciado gástrico, como: drenajes quirúrgicos, sondas, ostomías.

Q29-Q32 Sistema renal

Q29: valora signos de deshidratación, observando: mucosas orales, piel, volumen de diuresis y sed excesiva en las primeras 24 horas.

Q30: verifica funcionalidad de la sonda vesical, valora características y volumen de diuresis.

Q31: valora signos de edema mediante la palpación de miembros superiores e inferiores en el paciente.

Q32: realiza control de ingesta y excreta del paciente.

Q33-Q34 Sistema tegumentario

Q33: valora integridad de la piel del paciente.

Q34: inspecciona el estado del apósito que cubre la herida quirúrgica del paciente.

Q35-Q36 Sistema músculo esquelético

Q35: aplica escalas específicas como Norton y Braden para valorar el deterioro de la integridad cutánea en caso de que el paciente presente úlceras por decúbito.

Q36: valora a través de escalas específicas como Morseo Downton para determinar el riesgo de caídas, así como Barthel para evaluar el grado de independencia del paciente.

Para las preguntas Q1-Q36, la codificación de respuestas es la siguiente:

- 1: siempre.
- 2: casi siempre.
- 3: a veces.
- 4: nunca.

Q37 ¿Cuáles son los factores que considera usted como limitantes para realizar todas las intervenciones?

- 1: demanda de pacientes.
- 2: falta de recursos.
- 3: falta de tiempo para cuidado directo.
- 4: exceso de registros.

El sustento científico de los diferentes ítems así como de las dimensiones del instrumento, se encuentra basado en las intervenciones de enfermería dirigidas al paciente postoperatorio inmediato descrito por Brunner y Suddarth (8).

Como se aprecia en la *Figura 1*, el juicio por expertos se evaluó por cuatro criterios: pertinencia, claridad conceptual, redacción y codificación. Los expertos calificaron cada ítem en función a una escala donde 0 representó inaceptable, 1 aceptable y 2 excelente a través de un instrumento de validación para este propósito. El indicador inaceptable no supera el 5% en ninguno de los escenarios generales por cuanto se considera que la escala cumple significativamente con los criterios evaluados.

El juicio de expertos es una metodología que permite determinar la validez del instrumento por medio de un panel de jueces expertos para cada una de las áreas curriculares a considerar en el instrumento de evaluación, quienes deben analizar como mínimo la coherencia de los ítems con los objetivos de las dimensiones, la complejidad de los ítems y su codificación (8).

En relación a la validación de expertos, se calcula el alfa de Cronbach para el instrumento. Los resultados se muestran en la *Figura 2*. Se observa que el alfa es igual a 0,8443, por lo cual la consistencia es alta. De acuerdo a la información de la Tabla 5, eliminar cualquiera de los ítems no incrementa el alfa, por lo que se concluye que tanto la pertinencia, como la claridad conceptual, redacción y codificación son muy importantes para mantener la consistencia del instrumento.

Por los resultados obtenidos en el análisis de datos de la validación de expertos y el análisis de consistencia, se establece que la escala de valoración es consistente y además, según el criterio de expertos, las preguntas son excelentes en pertinencia, claridad conceptual, redacción y codificación

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El cuestionario diseñado quedó constituido por 37 ítems, con una escala de medida tipo Likert, distribuidos en 8 dimensiones: sistema neurológico, estado emocional, sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, renal, tegumentario y músculo

esquelético con el objetivo de identificar intervenciones de valoración de enfermería durante el postoperatorio inmediato.

En relación a la validación de expertos, se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach, es igual a 0,8443, por lo cual la consistencia es alta. Eliminar cualquiera de los ítems de la escala no incrementa el alfa, por lo que se concluye que tanto la pertinencia, como la claridad conceptual, redacción y codificación son muy importantes para mantener la consistencia del instrumento.

Ante la necesidad de contar con instrumentos desde nuestra disciplina es fundamental escalas que permitan evaluar las intervenciones de enfermería en las múltiples áreas. Es recomendable trabajar en la cualificación de este instrumento, con el fin de continuar con el sustento conceptual para evaluar nuevamente su consistencia interna en una muestra más amplia

Este instrumento se convierte en una herramienta de gran utilidad para los profesionales de enfermería, con el fin de identificar las intervenciones realizadas al paciente postoperatorio inmediato.. Al ejecutar de una forma oportuna y adecuada las intervenciones a los pacientes, los profesionales satisfecerán de mejor manera las necesidades y las expectativas del cuidado que requieren los pacientes postoperatorios.

6. RECONOCIMIENTO

A las autoridades de los hospitales San Vicente de Paúl, IESS Ibarra, San Luis de Otavalo por autorizar la realización de este estudio y el acercamiento con los participantes.

REFERENCIAS

1. Alves MA, Ferreira F, de Oliveira A, Andrade CA, Freire J. Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato: estudio transversal. Online Brazilian J Nurs [Internet]. 2015;14(2):161–7. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/5082/pdf_521
2. Chen T, Crozier JA. Endovascular repair of thoracic aortic pathologies: Postoperative nursing implications. J Vasc Nurs [Internet]. 2014;32(2):63–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvn.2013.07.001>
3. Heather T. Diagnosticos de Enfermería NANDA. Sao Paulo; 2018.
4. Ileana L, Hernández M, Rodríguez VM, María E, Ramírez VP. - El rol de la enfermera en un departamento de Cirugía Experimental (The nurse role in an experimental surgery laboratory. Redvet. 2006;VII(7).
5. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. J Psychosom Res [Internet]. 2010;68(4):319–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>
6. Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 28];9(2):0–0. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Jaramillo JL. Conceptos Básicos de Validación de Escalas en Salud Mental. CES

med. 2002;16(3):31–9.

8. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, Suddarth BY, Smeltzer SC. Enfermería medicoquirúrgica. 2018.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero – Junio 2021
ISSN 1390-910X edición impresa
ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 06/ene/2021 - Fecha aprobación 25/abr/2021

DIMENSIONES DEL CONFORT EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

(DIMENSIONS OF COMFORT IN HOSPITALIZED PATIENTS.)

María Fernanda Valle Dávila¹, Emy Donatella Yapud Vizcaino², Silvia Lorena Acosta Balseca³

^{1,2} *Docente Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Código postal 100102, Ibarra, Ecuador*
mfvalle@utn.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9078-9620>
slacosta@utn.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4381-7091>

³ *Enfermera Rural Ministerio de Salud Pública, Código postal 040101, Tulcán, Ecuador*
edyapudv@utn.edu.ec

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.435>

RESUMEN:

Los preceptos teóricos de Kolcaba reafirman que el enfoque de las intervenciones del confort no suele ser únicamente técnico además complementan la asistencia clínica y contribuyen a satisfacer las necesidades básicas del paciente. En este sentido, la disciplina enfermera tiene un rol relevante.

El objetivo de este estudio fue categorizar las dimensiones del confort enfocadas en la teoría de Kolcaba en pacientes hospitalizados. Diseño de abordaje cuantitativo, de alcance descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 86 pacientes del área de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl, se aplicó el instrumento denominado S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish, diseñado por Kolcaba. En relación a la dimensión física se observó que los pacientes presentan dificultad para soportar el dolor y carecen de acompañamiento familiar para realizar la deambulaci3n. En la dimensi3n psicoespiritual, la fe y creencias promueven un estado de paz y tranquilidad en el paciente. La falta de tiempo y entrenamiento por parte de los profesionales impide ejecutar las intervenciones que se requiere en esta dimensi3n. En la dimensi3n ambiental los pacientes no tienen suficiente intimidad debido a la falta de biombos o cortinas en cada cubículo. El profesional de enfermería debe sustentar el cuidado en los preceptos enunciados por Kolcaba para brindar una atenci3n holística al paciente.

Palabras clave: Confort, atenci3n de enfermería, intervenciones, Kolcaba.

ABSTRACT:

The Kolcaba's theoretical precepts reaffirm that the approach to comfort interventions is not usually only technical, they complement clinical care and help to satisfy the basic human needs of the patient. In this sense, the nursing discipline has a relevant role.

The objective of this study was to categorize the dimensions of comfort focused on Kolcaba's theory in hospitalized patients. Design of a quantitative approach, with a descriptive and transversal scope. The sample was made up of 86 patients from the Internal Medicine area of the San Vicente de Paúl Hospital, the instrument called S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish, designed by Kolcaba, was applied. In relation to the physical dimension, it was observed that the patients have difficulty withstanding pain and lack family support to walk. In the psychospiritual dimension, faith and beliefs promote a state of peace and tranquility in the patient. The lack of time and training on the part of the professionals prevents executing the interventions that are required in this dimension. In the environmental dimension, patients do not have enough privacy due to the lack of screens or curtains in each cubicle. The nursing professional must support the care in the precepts enunciated by Kolcaba to provide holistic care to the patient.

Keywords: Comfort, nursing care, interventions, Kolcaba

1. INTRODUCCIÓN

Kolcaba define la comodidad como un estado que experimentan los pacientes de las medidas que les proporciona bienestar. La aplicación en la práctica plantea un reto profesional de una gran dimensión, por cuanto permitirá profundizar en las estrategias necesarias para incorporar cuidados terapéuticos de comodidad, que alivien las incertidumbres producidas por la incomodidad que genera la inmovilidad del paciente. Katharine Kolcaba en su teoría define tres tipos de confort: alivio, tranquilidad y trascendencia además de cuatro dimensiones en el que se produce el confort físico psicoespiritual, ambiental, social. Las mismas que se yuxtaponen y crean una matriz la cual contribuyó a construir el instrumento S-GCQ *General Comfort Questionnaire Spanish* (1).

La teoría del confort tiene gran relevancia desde la práctica en la disciplina de enfermería ya que guía a los profesionales de enfermería en la planificación de los cuidados y proporciona una forma de validar la mejoría del confort después de aplicar las intervenciones. Por lo tanto las medidas de comodidad van orientadas a proporcionar un entorno tranquilo y agradable para satisfacer las necesidades de descanso, sueño, nutrición, eliminación e higiene así como las necesidades mentales que pudieran verse perturbadas por la aparición de la enfermedad (2).

Es un estudio de enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo y de corte transversal. Pretende aportar al campo epistemológico de la disciplina, no se ha encontrado evidencias de la aplicación de la escala S-GCQ *General Comfort Questionnaire Spanish* en nuestro contexto. En el área de medicina interna del Hospital San Vicente de Paúl los pacientes requieren varios días de hospitalización, en los cuales se brindan cuidados especiales que requieren la aplicación de intervenciones del confort por parte de los profesionales de enfermería (3).

El proceso de hospitalización genera alteraciones en el confort relacionadas directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada. El confort traspasa la dimensión física y afecta el aspecto, psicoespiritual, ambiental y social. La hospitalización origina en la persona un gran estrés, además del ya existente por causa de la enfermedad, que también se extiende a los miembros de la familia (4). En este sentido el paciente encuentra limitada su capacidad para adaptarse a la nueva situación realizando los cambios en su estilo de vida que puedan necesitarse.

El objetivo propuesto fue categorizar las dimensiones del confort enfocadas en la teoría de Kolcaba en pacientes encamados, tomando en consideración que en el Servicio de Medicina Interna se atiende a pacientes encamados ya sea por un tiempo prolongado o corto por lo cual requieren la aplicación de medidas de confort en sus diferentes dimensiones para satisfacer sus necesidades básicas así como evitar problemas adyacentes que puedan desencadenar complicaciones tales como úlceras por presión, atrofia y debilidad muscular, riesgo de trombosis, retención de secreciones, riesgo de infecciones por incontinencia urinaria y predisposición a infecciones respiratorias.

2. METODOLOGÍA

Estudio de enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo y de corte transversal, desarrollado en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra en el segundo semestre del año 2019.

La muestra constituida de 86 pacientes del área de Medicina Interna, dentro de los criterios de inclusión se tomó en consideración a los pacientes encamados, es decir mayor a tres días de hospitalización. Otro criterio fue la valoración de Glasgow de 15/15.

El estudio cumplió con los parámetros éticos enunciados por la Unidad Académica del Hospital San Vicente de Paúl, por cuanto previo consentimiento informado a los participantes se aplicó el cuestionario.

El S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish desarrollado por la doctora Katharina Kolcaba, consta de 48 ítems con una escala de likert de 1 a 4. Este instrumento resume los diferentes tipos de confort: alivio tranquilidad y trascendencia, además de cuatro dimensiones en el que se produce el confort: físico psicoespiritual, ambiental, social (4). El procesamiento de datos y su posterior análisis se llevaron a cabo de forma simultánea con los programas Microsoft Excel 2017, e IBM SPSS V25.

3. RESULTADOS

Se muestra en la tabla 1, en relación a la dimensión física en la que se produce el confort se destaca que 52% presenta dificultad para soportar el dolor, El 44% de los pacientes encamados sienten que su cuerpo no está relajado. En relación a la actividad, en el hospital se recomienda la deambulacion, no obstante el 40% manifiesta no realizar este tipo de ejercicio en el área hospitalaria, mientras el restante realiza actividad no rigurosa recomendada. El 41% de los pacientes encamados se siente lo suficientemente bien para caminar. El 100% de los participantes sienten la necesidad de encontrarse bien nuevamente.

Tabla1. Dimensión física del confort en pacientes encamados

Dimensión Física	Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Relajación del cuerpo	8%	40%	44%	8%
Actividad y ejercicio	12%	36%	40%	12%
Dificultad para tolerar el dolor.	-	52%	36%	12%
Intención de hacer lo mejor.	-	-	36%	64%
Sentirse sano.	7%	4%	36%	53%
Superación del dolor.	3%	12%	45%	40%
Sentirse suficientemente bien para caminar.	40%	41%	16%	3%
Necesidad de encontrarse bien de nuevo.	100%	-	-	-

La tabla 2 nos muestra los datos en relación a la dimensión psicoespiritual. El 61% de los pacientes encamados no se sienten útiles, el 52% no se siente confiado, mientras que el 67% manifiesta que la fe le ayuda a no sentir miedo. El 40% de los encuestados anímicamente no se sienten contentos, a la vez que el 61% manifiesta que la las creencias le hacen sentirse en paz consigo mismo; además el 40% de la población refiere que se encuentra deprimida.

Tabla 2. Dimensión psicoespiritual del confort en pacientes encamados

Dimensión Psicoespiritual	Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Sentirse útil	-	24%	61%	15%
Sentirse confiado.	3%	12%	52%	33%
La fe ayuda a no tener miedo.	67%	16%	16%	1%
Sentirse contento.	12%	16%	32%	40%
Las creencias hacen sentirse en paz consigo mismo.	61%	12%	24%	3%
Sentirse deprimido	40%	28%	27%	5%

En cuanto a la dimensión ambiental tabla 3. Se obtuvo que el 48 % del grupo de estudio manifiesta desacuerdo en no tener suficiente intimidad, el 56% de la población de estudio manifiesta que el lugar no es placentero, al 41% manifiesta que no le gusta estar ahí, el 40% manifiesta que la temperatura de la habitación no es la adecuada mientras el 41% piensa q las vistas desde la habitación no son agradables, el 44% de los encuestados manifiesta que la atmósfera que le rodea no le anima, además el 44% refiere que sus cosas no están ahí por cuanto no hay suficiente espacio, y el 33% en el área se sienten fuera de lugar.

Tabla 3. Dimensión ambiental del confort en pacientes encamados

Dimensión Ambiental	Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Intimidad	3%	36%	48%	13%
Lo que le rodea es placentero.		8%	56%	36%
No le gusta estar aquí.	19%	4%	41%	36%
La temperatura de la habitación es la adecuada.	-	28%	40%	32%
La atmósfera que le rodea le anima.	-	20%	44%	36%
Las vistas desde la habitación son agradables.	12%	23%	41%	24%
Las cosas del paciente no están aquí.	8%	25%	44%	23%
Aquí se siente fuera de lugar.	11%	28%	33%	28%

Los datos obtenidos que se muestran en la tabla 4 con respecto a la dimensión social. En relación al apoyo social el 32% de los pacientes encamados no dependen de otros, el 36% manifiesta que el sentirse querido no le da fuerzas. El 40% de los pacientes estudiados sienten que nadie les comprende; el 54% no tiene una persona en concreto de su familia que le cuide y el 36% no recibe cartas ni llamadas telefónicas de sus amigos; mientras el 40% de ellos manifiesta que al estar solo se siente infeliz.

Tabla 4. Dimensión social del confort en pacientes encamados

Dimensión Social	Totalmente de acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Dependencia de otros.	12%	28%	28%	32%
El sentirme querido le da fuerzas.	16%	34%	36%	14%
Sentir que nadie le comprende.	40%	28%	24%	8%
Hay una persona, en concreto, que le cuida.	3%	3%	40%	54%
Sus amigos le escriben cartas y le hacen llamadas telefónicas.		20%	44%	36%
Al estar solo no se siente infeliz	8%	36%	16%	40%

4. DISCUSIÓN

Dimensión física del confort

Según Díaz la relajación debe considerarse un estado natural que aporta fundamentalmente un profundo descanso, al mismo tiempo que ayuda a equilibrar el metabolismo, el ritmo cardíaco y la respiración, contribuyendo de forma directa en el confort del ser humano (5). La población estudiada como se muestra en la tabla 1, no presenta un adecuado estado de relajación debido a que existen varios factores; dolencias, limitación en el movimiento, el estrés por hospitalización. Un factor inherente a considerar en este factor es la falta de personal ya que el profesional de enfermería tiene una elevada asignación de pacientes, por ende necesita apoyo de la familia para brindar acompañamiento para la deambulación del paciente y se cumpla esta dimensión.

Según Ries dentro del área de hospitalización el profesional de enfermería promueve animar al paciente a la movilización fomentando la deambulación y realizando ejercicios en la cama del paciente. Estos movimientos son: darse vuelta a cualquiera de los lados, sesiones de flexión y extensión de las piernas, sentarse para tomar los alimentos, ejercicios repetidos de respiraciones profundas (6). Estas pequeñas prácticas es la mejor manera de mantener la capacidad funcional y evitar una gran cantidad de complicaciones como la aparición de escaras, complicaciones gastrointestinales, distensión abdominal, disminución de las complicaciones pulmonares y circulatorias,

menos debilidad general entre otras. La labor de enfermería es capacitar al paciente sobre las actividades que puede realizar en el área de hospitalización. El grupo de pacientes investigado pese a sentirse lo suficientemente bien para caminar no realiza actividad física como se muestra en la tabla 1, debido a limitaciones del movimiento y la falta de acompañamiento.

Es importante que el profesional de enfermería tenga suficientes conocimientos sobre manejo del dolor del paciente hospitalizado. En este sentido le permitirá al profesional realizar intervenciones de manera segura, basadas en evidencia y centradas en el paciente. Estas intervenciones son: la administración de medicación, ofrecer cuidados basados en comunicación y escucha de la evaluación del dolor mediante escalas que midan la intensidad del dolor como la escala visual análoga de EVA. Esta escala facilita la cuantificación de la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente y permite administrar medicación analgésica según prescripción médica de manera segura basada en evidencia y centrada en las necesidades del paciente (7).

Dimensión psicoespiritual del confort

Según Kolcaba la enfermería en los cuidados espirituales tiene una gran labor por cuanto ayuda al paciente a identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable. Dentro de los cuidados espirituales, el profesional de enfermería puede admitir el acceso a miembros del clero y optar por permitir que la familia traiga símbolos religiosos significativos para el paciente (8).

La falta de tiempo y de entrenamiento por parte de los profesionales de enfermería en relación a la ayuda espiritual impide brindar los cuidados que se requieren por cuanto la población mayoritariamente se afianza en la fe y a las creencias.

Cabe destacar que las intervenciones de enfermería deben basarse en aspectos físicos, emocionales y espirituales del individuo, que muchas veces no se cumple a cabalidad por la sobrecarga de trabajo del personal de enfermería. Este factor ha ocasionado que el profesional no se preocupe de los sentimientos y emociones del paciente. Existe también una sobrecarga de funciones no inherentes a la disciplina los profesionales reportan realizar actividades de camilleros, auxiliares de laboratorio, auxiliares de limpieza, auxiliares de farmacia, recepcionistas, secretarías, etc. Además el trabajo de enfermería se ve evidenciado a través de los formularios y registros más no en el cuidado directo (3).

Dimensión ambiental del confort

El profesional de enfermería debe orientar los cuidados desde un enfoque familiar, desde la perspectiva de la dimensión social del confort. Es importante una preparación rigurosa para el trabajo con familias y desarrollar un sentimiento de unidad, promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación familiar (10). El grupo encuestado como muestra en la tabla 4, es vulnerable por cuanto mayoritariamente no presenta

apoyo tanto a nivel familiar como social, por consecuencia dificulta el desarrollo de un plan de cuidados donde se trate a la familia como una unidad brindando cuidados en un marco holístico. Además se presentan otros problemas como falta de personal y alta carga laboral, estos factores contribuyen a que la atención en muchos casos sea insuficiente.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la dimensión física del confort los pacientes tienen dificultad para soportar el dolor, no poseen relajación de su cuerpo, manifiestan tener dificultad para realizar los ejercicios recomendados como la deambulacion ya que carecen de acompañamiento familiar y el personal de salud no dispone de tiempo para este tipo de actividades con el paciente.

Dentro de la dimensión psicoespiritual del confort, la fe y las creencias ayudan a los pacientes a no sentir miedo y a estar en paz consigo mismos. La falta de tiempo y entrenamiento por parte del profesional de enfermería en relación a la ayuda espiritual impide ejecutar las intervenciones que se requieren en esta dimensión.

En cuanto a la dimensión ambiental del confort, los usuarios refieren una fácil orientación en el lugar, pero no poseen suficiente intimidad debido a que no existe la infraestructura adecuada como la presencia de biombos o cortinas en cada cubículo. Los usuarios manifiestan que la habitación no es un lugar placentero debido al espacio limitado y falta de ventilación.

En la dimensión social del confort se evidenció que los pacientes no se sienten comprendidos, son vulnerables debido a su estado anímico y manifiestan que el sentirse solos afecta su felicidad ya que no existe un adecuado apoyo familiar.

Las intervenciones de confort abordan necesidades humanas básicas, centrando al paciente como un ser holístico, en este sentido el profesional de enfermería debe sustentar su cuidado en los preceptos enunciados por Kolkaba para brindar una atención de calidad al paciente.

6. RECONOCIMIENTO

Esta investigación se realizó gracias a la colaboración del servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl, ya que se contó con el apoyo y apertura necesaria por parte del personal para su realización.

REFERENCIAS

1. Smith M, Parker M. Nursing Theories & Nursing Practice. Cuarta ed. Philadelphia: Davis Company; 2015.
2. Cevallos P, Rojas A, Stiepovich J. La Gestión del Cuidado de Enfermería. [Online].; 2015 [cited 2020 10 01. Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/448/44839779007/html/index.html>.
3. Yapud E. Dimensiones del confort enfocadas en la teoría de Kolkaba en pacientes encamados. Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2019 [pregrado] , editor. Ibarra:

Universidad Técnica del Norte ; 2020.

4. Kolcaba K. A Comfort Unit: Outcomes Associated with Addressing Holistic Comfort Needs of Hospitalized Patients. [Online].; 2011 [cited 2020 10 01. Available from: https://20f11897-e1ef-4efb-a681-f00a83a5dc4f.filesusr.com/ugd/618179_6918b6644da04c3182e3f81e9069d1e9.
5. Diaz E. Qué es la relajación: Técnicas de relajación en el paciente. *Interpsiquis*. 2016 Abril; 1.
6. Arizmandis Y. Eficacia de la deambulacion temprana para la disminucion de complicaciones postoperatorias. Tesis. Lima: Universidad privada Norbert Wener , Facultad ciencias de la salud; 2017.
7. Campos L. Atencion de enfermeria al paciente con dolor. [pregrado]. España: Universidad de la Rioja , Escuela de enfermería; 2015.
8. kolcaba K. Necesidades de confort de los pacientes. [Online].; 1997-2019 [cited 2020 10 01. Available from: https://20f11897-e1ef-4efb-a681-f00a83a5dc4f.filesusr.com/ugd/618179_e5f2906ff211491c9065167008c3c0a9.pdf?index=true
9. Calero R, Rosio M. La intimidad del paciente, un reto para los cuidados enfermeros. *Evidentia*. 2016 Julio ; 14.
10. Pérez G. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. *Aquichan*. 2015 Junio; 1.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero – Junio 2021

ISSN 1390-910X edición impresa

ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 10/ene/2021 - Fecha aprobación 25/abr/20211

**COMPONENTES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INCIDEN EN LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA**

**(SOCIODEMOGRAPHIC COMPONENTS THAT AFFECT EXCLUSIVE
BREASTFEEDING.)**

Darwin Enrique Jaramillo Villarrue¹, José Fabian Hidrobo Guzmán², Tatiana Isabel
Vásquez Figueroa³ Yu Ling Reascos Paredes⁴

^{1,2,3,4} Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Código Postal 100102, Ibarra, Ecuador
dejaramillo@tn.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8204-9884>
jfhidrobo@utn.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1816-142X>
tivasquez@utn.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4061-3675>
ylreascos@utn.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2103-9233>

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.440>

RESUMEN:

Introducción: La lactancia materna exclusiva es necesaria para la alimentación, nutrición y el bienestar del niño. Desde hace décadas a nivel mundial se vive el abandono prematuro de esta práctica elemental que incide directamente en el crecimiento y desarrollo integral del niño. **Objetivo:** Identificar los componentes socio demográficos que inciden en la lactancia materna exclusiva. **Materiales y métodos:** El estudio tiene un diseño de tipo descriptivo, transversal, se aplicó una encuesta estructurada y validada a 419 madres utilizando muestreo probabilístico estratificado de una población total de 3000 madres lactantes de la Zona 1 de Ecuador calculado con el 95% de confianza y 5% de error; las variables son características sociodemográficas, que incluyeron edad, etnia, ocupación, relacionada al tiempo de lactancia exclusiva. **Resultados:** Predomina la etnia mestiza con 43,4%; en general alimentaron con LME hasta los seis meses un 41,5 % destacándose las indígenas con un 47,1% como la etnia que mantiene esta práctica, respecto a la edad, las madres mayores a 35 años que corresponde al 53,2% superan a las adolescentes y jóvenes en el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS, mientras el 42,2% de madres que no trabajan brindan lactancia materna. **Conclusiones y Recomendaciones:** La lactancia materna exclusiva ha sido afectada principalmente por la edad materna, mientras más joven es la madre más probable es el abandono, según la etnia, las indígenas dan más de lactar seguidas de las afrodescendientes y mestizas. La implementación de la relactación podría ser una estrategia para el desarrollo integral del niño. **Palabras clave:** Componente, socio demografía, lactancia materna exclusiva, etnia.

ABSTRACT:

Introduction: Exclusive breastfeeding is necessary for the feeding, nutrition and well-being of the child. For decades worldwide there has been the premature abandonment of this elementary practice that directly affects the growth and integral development of the child. **Objective:** To identify the socio-demographic components that affect exclusive breastfeeding. **Materials and methods:** The study has a descriptive, cross-sectional design, a structured and validated survey was applied to 419 mothers using stratified probability sampling of a total population of 3000 lactating mothers from Zone 1 of Ecuador calculated with 95% confidence and 5% error; the variables are sociodemographic characteristics, which included age, ethnicity, occupation, related to the time of exclusive breastfeeding. **Results:** The mestizo ethnic group predominates with 43.4%; In general, 41.5% fed EBF up to six months, with indigenous women standing out with 47.1% as the ethnic group that maintains this practice. Regarding age, mothers over 35 years of age, which corresponds to 53.2%, exceed adolescents and young women in compliance with WHO recommendations, while 42.2% of non-working mothers provide breastfeeding. **Conclusions and Recommendations:** Exclusive breastfeeding has been affected mainly by maternal age, the younger the mother, the more likely abandonment is, according to ethnicity, indigenous women give more breastfeeding followed by Afro-descendants and mestizos. The implementation of relactation could be a strategy for the integral development of the child. **Keywords:** Component, sociodemography, exclusive breastfeeding, ethnicity.

1. INTRODUCCIÓN

Durante la vida del ser humano, la lactancia materna constituye la forma de alimentación ideal y seguro para el crecimiento y desarrollo cognitivo y psicomotriz del niño, le protege de infecciones agudas y crónicas, siendo necesario la participación del personal de salud para fomentar y mantener esta buena práctica desde la primera hora de vida para reducir la mortalidad neonatal. (1) (2)

La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), determinan que la alimentación con leche humana exclusiva hasta los seis meses de vida y complementada hasta los dos años es la forma natural e ideal para la alimentación de los lactantes y niños pequeños (3).

Los niños al ser población dependiente de sus cuidadores, no cuentan con autonomía, existiendo condiciones étnicas culturales, sociales y económicas que pueden afectar su adecuado crecimiento y desarrollo. (4) En investigaciones existen resultados referentes a la nutrición óptima con niños de la misma raza, con crecimiento adecuado e incluso mayor que sus padres cuando han sido alimentados mediante lactancia materna. (5)

El restringir leche materna y sustituirlas con otros productos aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas, alergias, ya que esta aporta con anticuerpos que le protegen al niño, y le permiten tener 14 veces más posibilidades de sobrevivir con alimentación de leche materna durante sus primeros seis meses de vida. Organismos internacionales han impulsado la realización de políticas en los países para el fomento de alimentación adecuada de sus hijos lactantes (6).

La lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida no se logra en la mayoría de los niños, es necesario, por tanto, el diseño de acciones encaminadas a la identificación de los problemas que todavía gravitan en estos resultados. No siempre estas acciones están respaldadas por investigaciones científicas y por la consiguiente publicación de sus resultados.

El estudio tiene como objetivo identificar los factores sociodemográficos, de las madres mestizas, indígenas y afro descendientes que inciden en la permanencia o abandono de la lactancia materna exclusiva. La identificación de factores sociodemográficos más relevantes permitirá descubrir factores de vulnerabilidad para ser intervenidos en futuras investigaciones, permitiendo la sostenibilidad de esta práctica en beneficio de los lactantes hijos de madres pertenecientes a la zona 1 del Ecuador.

Según cálculos realizados por la UNICEF, en la actualidad en los países económicamente en desventaja, mueren aproximadamente un millón y medio de lactantes al año por falta de una adecuada lactancia materna, al haber recibido alimentación con productos sustitutos de la leche materna. Las tasas de mortalidad infantil varían de un país a otro. En general las naciones pobres tienen cifras mucho más altas que las desarrolladas. La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiestan por enfermedades diarreicas.

La encuesta ENSANUT - ECU - 2012 precisa que la lactancia materna permanente es mayor en el área rural (60%) y menor en la urbana (40%). Agrega que a medida que se incrementa el nivel de instrucción de las madres, la proporción de mujeres que amamantaron a sus hijos disminuye (7). El informe final de la Encuesta demográfica y de salud materna e Infantil (ENDEMAIN), realizada en 2012 indica que, en el Ecuador, el 43,8% de niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva; la meta al 2017 es llegar al 64%. De igual forma revela que en Ecuador la prevalencia de lactancia materna exclusiva es mayor en el área rural (53,9%) que en el área urbana (39,6%) y que 71,6% de madres indígenas amamantan a sus hijos, mientras que solamente el 34,5% de madres mestizas dan de lactar a sus hijos (8).

Se reporta además que, la práctica de lactancia materna en el Ecuador es prevalente en el 77% de las madres indígenas que cumplen con la lactancia exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida, es decir, aceptan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Le sigue las mujeres mestizas, con el 41,3%; las mujeres afrodescendientes con el 38,6%; y las mujeres del pueblo montubio con el 22,9% (ENSANUT).

Ningún país del mundo cumple al cien por cien las recomendaciones en lo que se refiere a la lactancia materna, según refleja un nuevo estudio de Unicef y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna, una nueva iniciativa para aumentar las tasas mundiales de amamantamiento. La Tarjeta de Puntuación Mundial para la Lactancia Materna, que ha evaluado las prácticas de lactancia materna en 194 naciones, ha puesto de manifiesto que sólo el 40% de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva (únicamente leche materna) y sólo 23 países registran índices exclusivos de lactancia materna por encima del 60%.

La lactancia materna es un fenómeno universal, presente en toda etnia, colectivo y estrato social; pero a su vez condicionado por la cultura, que juega un papel relevante en su implantación y desarrollo. Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna, sobre la que se han elaborado numerosas recomendaciones. La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta.

La leche materna es considerada el alimento ideal e insustituible para el recién nacido. Además de ser un alimento completo, contiene anticuerpos que ayudan a proteger al niño de las enfermedades propias de la infancia y sus beneficios se extienden a largo plazo. (9)

Estudios realizados en el Ecuador, demuestran que son las poblaciones afrodescendientes y montubias, las que menos dan de lactar a sus hijos, siendo mucho mayor en el área rural 53,9%, para las madres del quintil más bajo es del 50.7% y para los niños y niñas de madres que no trabajan del 39%. El porcentaje de niños y niñas que reciben lactancia es también mayor en la Sierra que en la Costa (52.9%

vs. 25.4%) y es más del doble para hijos de madres indígenas (71.6%) que para los de madres mestizas (34.5%) (10).

En las primeras etapas de la vida el establecimiento de la lactancia materna es un aspecto fundamental, pero su utilización se convierte en muchas ocasiones en un dilema, por cuanto, está determinada por deseos aptitudes y conocimientos, mediada por diferentes factores socioeconómicos y familiares. Se ha considerado por la OMS que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la no exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, provocan 1,4 millones de muertes y el 10 % de la “carga” de enfermedades entre los niños menores de 5 años (11).

Muchos son los factores que inciden en la declinación de la lactancia materna, se puede mencionar entre otros el crecimiento de las ciudades por la migración del campo a las urbes, los hogares disfuncionales y el aumento del empleo de la mujer fuera del hogar. Dichos factores hacen necesario la implementación y promoción de la lactancia materna a través de estrategias básicas para el control de la morbilidad y mortalidad infantil.

En los países latinoamericanos se presenta una gran comercialización y socialización de propaganda que promociona la alimentación artificial, centrada sobre todo en los intereses de grupos económicos que los producen, que son ampliamente criticados por los profesionales de salud al privar a los bebés de las ventajas nutricionales e inmunológicas de la lactancia materna, sumado al incremento de la malnutrición y al riesgo de enfermedades, obliga a que exista en la actualidad una tendencia a retornar a la lactancia materna.

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en madres lactantes de la Zona 1 de Ecuador que comprende las provincias de Imbabura, Carchi, Sucumbíos. la muestra constituyó 419 madres utilizando muestreo probabilístico estratificado que consistió en dividir una población total de 30000 madres lactantes en estratos y etnias de modo que un solo individuo puede pertenecer sólo a un estrato, las variables son características sociodemográficas, que incluyeron edad, etnia, ocupación, relacionada al tiempo de lactancia exclusiva, se establecen criterios de inclusión que corresponde a todas las madres lactantes que reciben atención en las Unidades de Salud tipo A, y que manifiesten por escrito su deseo voluntario de participar.

Se aplicó una encuesta estructurada y validada por expertos con la finalidad que su estructura recolecte las variables planteadas, para lo cual, se utilizó la herramienta en línea Rotator Survey, (aplicación profesional para modelar, procesar y analizar encuestas, diseñar cuestionarios y aplicarlos en el campo, empleando el celular en tiempo real), ello permitió el diseño, ejecución y la generación de una base de datos que fue tabulada y analizada en el paquete estadístico SPSS. A su vez ayudó a obtener resultados de carácter descriptivos de frecuencias, cruce de categorías y niveles de una o más características de la población.

Se efectúa un análisis que permite vincular y confrontar paradigmas culturales y posiciones epistemológicas de la lactancia materna en el estudio.

3. RESULTADOS

Los resultados de la Investigación que se presentan a continuación, fueron obtenidos a través de una encuesta con preguntas que permiten analizar las características sociodemográficas de la población en estudio y establecer como estas características inciden en la lactancia materna exclusiva en mujeres de la zona 1 del Ecuador, específicamente en las provincias de Imbabura, Esmeraldas, Carchi y Sucumbíos.

Tabla 1. Auto identificación étnica por provincia

	Mestiza	Indígena	Afroecuatorianos	Total
Carchi	58,20%		41,8%	100,00%
Imbabura	46,40%	46,40%	7,10%	100,00%
Esmeraldas	12,70%		87,30%	100,00%
Sucumbíos	91,40%	8,60%		100,00%
TOTAL	43,40%	16,70%	39,90%	100,00%

En el estudio realizado de las 419 madres lactantes que participaron el 43,4% pertenece a la etnia mestiza, seguida del 39,9 afrodescendiente y el 16,7% indígena. Es importante mencionar que en la provincia del Carchi y Esmeraldas no se cuenta con población indígena y en la provincia de Sucumbíos no hay afrodescendientes predominando la etnia mestiza. En el último censo realizado en el Ecuador en el 2010 se reporta que la población femenina del Ecuador se auto identifica como mestizos el 72,6%, concordando en porcentaje de predominio con la población investigada de la zona 1 del País. (12)

Tabla 2. Auto identificación étnica por rangos de edad

Edad	Mestiza	Indígena	Afrodescendiente	Total
12 a 18 años	38,20%	23,60%	38,20%	100%
19 a 35 años	43,00%	15,90%	41,00%	100%
>35 años	50,00%	14,50%	35,50%	100%
TOTAL	43,40%	16,70%	39,90%	100%

En la tabla 2 se observa que la mayoría de las madres se auto identifican como mestizas con un 43,4% y esta tendencia se mantiene en casi todos los rangos de edad a excepción de las madres adolescentes donde existe igualdad tanto en afrodescendientes como mestizas. La etnia afrodescendiente ocupa un segundo lugar con un 39,9% y el 16,7% corresponde a la indígena, en las madres jóvenes y añosas respectivamente. Según el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, el 50% de la población ecuatoriana es femenina, y de esta el 55,5% está en edad fértil. Estadísticas que permite establecer que a pesar de que existe una equidad de género

en el país, es en la mujer que recae la responsabilidad de la nutrición del niño/a en los primeros seis meses de vida. (13)

Tabla 3: tiempo de alimentación con leche materna exclusiva en relación con la autoidentificación étnica y edad de la madre

Edad de la Madre	Tiempo de alimentación con leche materna exclusiva	Autoidentificación étnica			Total
		Mestiza	Indígena	Afrodescendientes	
De 12 a 19 años: Adolescentes	< a 6 meses	66,70%	76,90%	75,00%	72,70%
	6 meses o más	33,30%	23,10%	25,00%	27,30%
De 20 a 35 años: Adultas	< a 6 meses	63,80%	47,90%	62,80%	58,30%
	6 meses o más	36,20%	52,10%	37,20%	41,70%
Más de 35 años: Añosas	< a 6 meses	58,10%	44,40%	35,00%	46,80%
	6 meses o más	41,90%	55,60%	65,00%	53,20%
Total	< a 6 meses	63,20%	52,90%	60,40%	58,50%
	6 meses o más	36,80%	47,10%	39,60%	41,50%
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

En la tabla 3, los datos recolectados determinan que de las 419 mujeres que participaron en este estudio el 41,51% brindan lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses a sus hijos, mientras que el resto de madres no lo hacen.

De acuerdo a los diferentes rangos de edad, el 72,70% de madres adolescentes de 12 a 19 años de edad abandonan la lactancia materna exclusiva, siendo mayor en las mujeres indígenas, seguido de las afrodescendientes y mestizas. Sin embargo cuando analizamos el grupo de edad y el cumplimiento de la lactancia, las madres indígenas de 20 a 35 años son las que mayor porcentaje de lactancia materna tienen en un 52,10%, seguido de afrodescendientes en el 37,20% y mestizas en 36,20%; del total de la mujeres de más de 35 años el 53,20% cumplen la lactancia materna exclusiva, siendo en este grupo de edad las mujeres afrodescendientes las más cumplen con la recomendación de lactancia exclusiva con el 65%, seguida de las madres indígenas 55,60% y mestizas 41,90%.

Estos datos permiten conocer que la edad materna es un factor determinante para el mantenimiento de la lactancia exclusiva, mientras el grupo de adolescentes abandona con mayor facilidad la lactancia, esta se sostiene en las mujeres adultas. Así también lo menciona María D. Ramiro González en su artículo, Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN, donde uno de los factores para el abandono de la lactancia materna exclusiva es la edad de la madre. (14)

Según el estudio de Crippa existen factores para el abandono de la lactancia materna entre estos: madres primíparas, no tener experiencia, edad joven, etnia. (15) En un estudio realizado en España se asocia el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva con la edad de la madre, siendo las mujeres de más de 35 años, con estatus económico medio o alto, y que haya tenido capacitación sobre lactancia. (14)

Tabla 4: Tiempo de lactancia exclusiva relacionada a ocupación

		Menor a 6 meses	6 meses o más	Total
Trabaja la madre	No	57,80%	42,20%	100,00%
	Si	59,70%	40,30%	100,00%
TOTAL		58,50%	41,50%	100,00%

Como se puede observar en la tabla 4, las madres que trabajan alimentaron a sus bebés por un tiempo menor a los 6 meses con leche materna el 42,2%, en relación al 40,3% que los alimentaron hasta los 6 meses. El trabajo en este grupo de estudio no fue un factor relevante para el abandono de la lactancia materna, teniendo una diferencia mínima. En un estudio realizado en Colombia, las amas de casa fueron quienes cumplieron la lactancia materna exclusiva de acuerdo a las recomendaciones de la OMS. (16)

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los factores sociodemográficos son determinantes para la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, la edad, ocupación y etnia han sido considerados para esta investigación, al ser el Ecuador un país multiétnico, y pluricultural, la etnia predominante en la zona 1 es la mestiza sin embargo en algunas provincias se destacan ciertas etnias más que otras, el caso de la provincia del Carchi y Esmeraldas no encontramos indígenas, y la provincia de Sucumbíos no hay afrodescendientes.

La práctica de la lactancia materna es sin duda un acto exclusivo, propio y único de la mujer, es por ello que se le atribuye la nutrición de los infantes dentro de los primeros seis meses de vida. La edad juega un papel importante, a menor edad de la madre lactante mayor abandono de la práctica, y esto se visualiza con mayor frecuencia en las indígenas adolescentes. Si nos referimos a la etnia identificamos que las mujeres mestizas de 20 a 35 años y más abandona LME antes de los seis meses, lo que no sucede en este rango de edad con las indígenas, mientras que las afrodescendientes solo el grupo de añosas sobrepasan el 50% de mantener la nutrición como recomienda la OMS.

Las mujeres mestizas adolescentes cumplen en mayor porcentaje la lactancia materna, las mujeres indígenas en el grupo de 20 a 35 años y en el grupo de mayor de 35 años las afrodescendientes.

La lactancia materna relacionada a la ocupación de la madre no constituyó un factor relevante para el abandono de la lactancia materna, un porcentaje mínimo supera el mantenimiento de esta práctica en madres que no trabajan.

La leche materna ha sido considerada el mejor alimento para el niño y más aún si es exclusiva hasta los seis meses, los datos reflejados nos inspiran a buscar estrategias de sostén de esta práctica por los múltiples beneficios que proporciona, uno de ellos podría ser la motivación a las madres a realizar la relactación con la finalidad de obtener mejor proceso de crecimiento y desarrollo del niño, además de crear un vínculo afectivo más estrecho con su hijo.

Este estudio permitirá realizar futuras investigaciones que posibilite una mejora en las prácticas maternas, clave del cuidado del niño y de su desarrollo que impactará en la población infantil de nuestro país.

REFERENCIAS

1. OMS. Sitio web mundial. [Online].; 2021 [cited 2021 marzo 8. Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
2. Raihan S, Dibley M, Rahman MM, Tahsina T, Siddique MAB, Rahman QS, et al. Inicio temprano de la lactancia materna y enfermedad grave en el período de recién nacido temprano: Un estudio observacional en las zonas rurales de Bangladesh. *PLoS Medicine*. 2019 Aug 30; 16(8).
3. WHO/UNICEF. World Health Organization. Infant and Young Child Nutrition. Global strategy for Infant and Young Child Feeding [Internet]. [Online].; 2013 [cited 2018 09 15. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf.
4. UNICEF - Universidad de Comillas. Vulnerabilidad y exclusión en la infancia hacia un sistema de información temprana sobre la infancia en exclusión Madrid: Huygens Editorial (Madrid, España); 2014.
5. Gorrita Pérez , Brito Linares , Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E. Edad y estado civil de las gestantes, ontogenia familiar y conocimientos sobre la lactancia materna. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2015 abril - junio; 31(2).
6. UNICEF. Analítica. [Online].: Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño; 2015 [cited 2021 abril. Available from: <https://www.analitica.com/entretenimiento/bienestar/unicef-lactancia-materna-es-la-primera-inmunizacion-del-bebe/>.
7. ENSANUT-ECU 2012. Encuesta nacional de salud y nutrición. Quito: INEC, MSP-Ecuador; 2012.
8. Campoverde Z, Maria C. Estrategia Educativa en Lactancia Materna para adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud Pumango. Cuenca;; 2014.
9. Ecuador MdSPd. Lactancia Materna-MSP. [Online].; 2021 [cited 2021 abril 12. Available from: <https://www.salud.gob.ec/lactancia-materna/>.
10. Ecuador MdSPd. Iniciativa mundial sobre tendencias de lactancia materna. Informe nacional. Quito: Ministerio de Salud Pública, Coordinación Nacional de Nutrición; 2012.

11. Gorrita Pérez RR, Ortiz Reyes , Alfonso Hernández. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Revista Cubana de Pediatría*. 2016 marzo; 88(1).
12. INEC. Estadísticas demográficas del INEC. [Online].; 2010 [cited 2021 abril. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador -Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021. 2017 Marzo;; p. 274.
14. Ramiro González MD, Ortiz Marrón , Cañedo-Argüelles CA, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico , Terol Claramonte , et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*. 2018 July; 89(1): p. 32-43.
15. Crippa B, Colombo L, Mornioli D, Consonni D, Spreafico I. ¿Do a few weeks matter? Late preterm infants and breastfeeding issues. *Nutrients*. 2019; 11(2): p. 1-9.
16. Orrego Celestino LM, Flórez-Salazar , Revelo-Moreno , Sánchez-Ortiz , Duque-Palacio , Montoya-Martínez JJ, et al. Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. *Revista Médica de Risaralda*. 2018 abril 04; 24(1): p. 29-33.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero – Junio 2021

ISSN 1390-910X edición impresa

ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 10/ene/2021 - Fecha aprobación 10/mar/2021

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN ANTE EL COVID-19 EN EL CENTRO DE SALUD MARTÍNEZ.

(LEVEL OF SATISFACTION OF THE USERS IN THE PROCESS OF ATTENTION BEFORE THE COVID-19 IN THE MARTINEZ HEALTH CENTER.)

Evelyn Esperanza Núñez Bustamante¹, Ana Lucia Jiménez Peralta²

¹ *Universidad Técnica de Ambato, Estudiante de la carrera de Enfermería, Casilla postal 180150, Ambato, Ecuador, enunez4962@uta.edu.ec, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2959-3180>*

² *Universidad Técnica de Ambato, Docente de la carrera de Enfermería, Magister en Salud Pública, Especialista en Gestión de Proyectos en Salud, Diploma Superior en Promoción y Prevención de la Salud, Licenciada en Enfermería, Casilla postal 170150, Quito, Ecuador, al.jimenezp@uta.edu.ec*

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.468>

RESUMEN:

Los Centros de Salud, dotan servicios de atención médica de primer nivel, cuya principal característica es la relación participativa con la población, garantizando un servicio de equidad, solidaridad social y efectividad, sin embargo, la emergencia sanitaria ha llevado a cambios drásticos en la atención médica de primer nivel, ocasionando una crisis. Por ende, la presente investigación determinó los niveles de satisfacción de los usuarios en el proceso de atención ante el Covid -19 en el Centro de Salud Martínez , empleando un enfoque cuantitativo y de campo de nivel descriptivo, que tomó como muestra a 84 casos de Covid-19 atendidos durante el periodo marzo – septiembre del 2020, a quienes se les aplicó una encuesta basada en el cuestionario SERVQUAL (Quality Service) que mide los niveles de satisfacción bajo las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y tangibles realizando una comparación entre las expectativas y percepciones. La cual ha permitido determinar una satisfacción del 45% en dimensión de fiabilidad, el 34% en la capacidad de respuesta, 70% en la seguridad, 70% en la empatía y 86% en la dimensión de tangibles. Por lo cual se concluye un alcance de un 61% de satisfacción en los usuarios atendidos ante el Covid-19 en el centro de Salud Martínez, dando como resultado un 39% de insatisfacción que se considera dentro de los rangos aceptables, estableciendo así aspectos a mejorar como la reducción del tiempo de espera, el respetar el orden de llegada para ser atendidos y el abastecimiento de la farmacia.

Palabras clave: Proceso de atención, Nivel de satisfacción, Covid-19, Usuario.

ABSTRACT:

Health Centres provide first level medical care services, whose main characteristic is the participative relationship with the population, guaranteeing a service of equity, social solidarity and effectiveness. However, the health emergency has led to drastic changes in first level medical care, causing a crisis. Therefore, the present investigation determined the levels of user satisfaction in the process of Covid-19 care at the Martínez Health Centre, using a quantitative and descriptive field approach, which took as a sample 84 Covid-19 cases attended during the period March - September 2020, to whom a survey was applied based on the SERVQUAL (Quality Service) questionnaire that measures the levels of satisfaction under the dimensions of reliability, responsiveness, safety, empathy and tangibles, making a comparison between expectations and perceptions. This has allowed us to determine a satisfaction level of 45% in the reliability dimension, 34% in responsiveness, 70% in safety, 70% in empathy and 86% in the tangibles dimension. The result is a 61% level of satisfaction among the users attended to by Covid-19 at the Martínez Health Centre, with a 39% level of dissatisfaction, which is considered to be within the acceptable range, thus establishing aspects to be improved, such as reducing waiting times, respecting the order of arrival to be attended to, and the supply of the pharmacy.

Keywords: Care process, level of satisfaction, Covid-19, User.

1. INTRODUCCIÓN

Acorde a la Organización Mundial de la Salud, dentro del Sistema Local de Salud (SILOS) incluye a los Centros de Salud (CS), definiéndolos como una estrategia de atención primaria pues estas organizaciones se hallan dentro del primer nivel de atención médica, cuya principal característica es la relación participativa que posee con la población de la cual es responsable de brindar su cobertura (1). De tal manera que los Centros de Salud, basa su funcionamiento en principios como la equidad, solidaridad social y efectividad en la atención de las necesidades sanitarias de los ciudadanos dejando entrever su responsabilidad y obligación de mantener una atención de seguridad y calidad a la población (2).

Como se evidencia el rol de los Centros de Salud se enmarca en estar dentro de la primera fuente de atención al paciente, de tal modo que la calidad del servicio debe ser plenamente satisfactoria, por ende uno de sus indicadores de evaluación corresponde a la máxima satisfacción del paciente, la cual alude al nivel de satisfacción entre la experiencia percibida de las aspiraciones y logros, que se derivan de un análisis comparativo entre las expectativas y el comportamiento del servicio, que en condiciones normales debe ser óptima para tener un sistema de salud primario eficiente(3).

Sin embargo, desde un contexto mundial aún existe una problemática evidente en cuanto a los servicios de atención médica primaria pues hasta antes del 2020, se estima que al menos la mitad de los 7300 millones de personas que habitan el planeta no cuentan con la cobertura de servicios sanitarios esenciales, donde el déficit de profesionales sanitarios del sistema de atención primaria alcanza los 18 millones(2).

En consecuencia, a partir del 2020 estas condiciones cambiaron bruscamente pues en la actualidad la sociedad se enfrenta a una pandemia generada por la aparición de un nuevo virus denominado Covid – 19 el cual puede causar enfermedades como un resfriado común o complicaciones más graves. Es así que ante esta amenaza la Organización Mundial de la Salud declaró el 11 de marzo del 2020 como una pandemia, de tal modo que el virus logró propagarse por varios países (4). Por ende, el sistema de salud mundial entro a emergencia debido al acelerado incremento de casos llegando a un colapso de los sistemas de salud.

Es así que desde el contexto internacional investigaciones previas revelan cómo ha sido el servicio de salud ante la emergencia sanitaria, tal es el caso de un estudio realizado en Cuba, donde se busca evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos por Covid- 19, dando como resultado que el 81.70% de los encuestados menciona estar satisfechos con la atención recibida, enmarcando características positivas como la experiencia profesional, habilidades y competencias profesionales que demostraron los médicos, sin embargo el 18.30% manifestó insatisfacción por el servicio(5). Resultados similares se han obtenido en una encuesta realizada a la población para determinar la satisfacción de los pacientes en Estados Unidos, donde se obtuvo como resultado que el 78% de los encuestados declaran estar satisfechos o muy satisfechos con los servicios hospitalarios durante la pandemia(6). Por lo contrario,

a estos estudios, es importante señalar la alarmante situación que reportaron varios medios de comunicación pues Estados Unidos alcanzó los 2.4 millones de contagios y superó los 122 000 muertos, que alude a una mortalidad del 25%. Por lo cual el sistema de salud fue fuertemente atacado(7).

Dentro de estudios realizados a España tras sufrir la segunda ola de Covid-19, se ha determinado por medio del barómetro que de los casos reportados en septiembre el 37.1% de los encuestados manifiesta a la atención sanitaria como muy buena y el 33.4% como buena. Dejando entre ver que la satisfacción del actual proceso de atención ante el Covid-19 va incrementando. Pese a la situación crítica que se enfrentaron cada uno de los países al inicio de la pandemia.

En el caso del Ecuador, es importante mencionar que la pandemia afectó severamente el sistema de salud, por ende todo el sistema colapsó iniciando por la devastadora situación vivida en Guayaquil por la muerte de aproximadamente 3 500 personas, y en los meses consecutivos Quito presentó una situación similar donde clínicas, hospitales y centros de salud alcanzaron el 100% de su capacidad(8). Por ende, pese a que no hay cifras oficiales de la satisfacción de la atención médica primaria la inconformidad es evidente ante tan lamentable situación ya que incluso la Defensoría del Pueblo solicitó protección para el personal sanitario durante la emergencia por Covid-19, ya que se denota las carencias del sistema de salud y las precarias condiciones en las cuales brindan sus servicios los profesionales de salud(9).

Es así que la situación de los Centros de Salud presenta problemas que bordean desde la incorrecta distribución de cada centro acorde al tamaño de la población, lo cual limita su capacidad de cobertura, y el inadecuado e insuficiente equipo de protección que se les entrega. Lo cual dificulta la atención que se le brinda a los pacientes por los largos tiempos de espera y la carencia de medicina y demás insumos médicos, en el caso de los pacientes con Covid – 19, que captan y dan seguimiento posterior se limita su atención por la falta de personal y equipo de protección por ende no brinda una atención adecuada al paciente (10).

Por ende, el presente estudio tuvo como objetivo determinar los niveles de satisfacción de los usuarios en el proceso de atención ante el Covid -19 en el Centro de Salud Martínez realizando una evaluación de la fiabilidad, seguridad y empatía en proceso de atención, además se realizará una comparación entre los niveles de expectativas de los usuarios con el grado de percepciones alcanzados para finalmente identificar los aspectos a mejorar en el servicio que se otorga a los pacientes. De este modo se busca fomentar el empleo de indicadores de calidad en los profesionales de la salud considerando la evaluación de los usuarios externos que han sufrido de Covid 19. Dando a conocer problemática local para que se planteen alternativas de solución de favorezcan al mejoramiento de la calidad del servicio que reciben los pacientes y se busque fortalecer y equipar a los Centros de Salud e incrementar su cobertura y satisfacción. Por ende, se realiza una investigación cuantitativa y de campo con un nivel descriptivo considerando como población objeto de estudio a 84 casos de Covid-19 entre hombres y mujeres atendidos en el Centro de Salud Martínez durante el periodo marzo – septiembre del 2020.

2. METODOLOGÍA

La presente investigación es cuantitativa en cuanto al análisis de datos y de campo por la toma de información en el lugar de estudio con un nivel descriptivo ya que se empleó el método científico en el lugar de los hechos basada en pacientes que han sufrido de COVID 19, en el Centro de Salud Martínez, de igual manera se aplicó un instrumento investigativo de recolección de datos en el cual se detalla las características encontradas de las variables de análisis. La población de investigación se compuso de 84 casos de Covid-19 entre hombres y mujeres atendidos en el Centro de Salud Martínez durante el periodo marzo – septiembre del 2020. Por lo cual se empleó un muestreo no probabilístico de tal modo los participantes fueron seleccionados bajo criterios de inclusión como: los pacientes atendidos por Covid 19 en el Centro de Salud Martínez durante el periodo marzo-septiembre del 2020. Por otro lado, los criterios de exclusión considerados fueron: Los pacientes que no deseen colaborar con la investigación o aquellos que ya fallecieron o que fueron atendidos fuera del periodo Marzo-septiembre del 2020.

En cuanto al instrumento de recolección de datos se empleó una encuesta basada en el cuestionario Quality Service conocido también como SERVQUAL por sus siglas en inglés, que se encuentra compuesto por 22 ítems, los cuales evalúan cinco dimensiones organizadas de la siguiente manera: fiabilidad (ítems 1,2,3,4,5), capacidad de respuesta (ítems 6,7,8,9), seguridad (ítems 10,11,12,13), empatía (ítems 14,15,16,17,18) y aspectos tangibles (ítems 19,20,21,22) (11). En consecuencia, el presente instrumento fue adaptado al cumplimiento del objetivo de la investigación para medir el nivel de satisfacción de los usuarios en el proceso de atención ante el Covid -19 en el Centro de Salud Martínez. Así mismo se estableció la comparación entre las expectativas y percepciones alcanzadas en cada dimensión logrando identificar los aspectos a mejorar en cuanto a la atención a los usuarios.

Se ha empleado también la escala de insatisfacción, para determinar los puntos por mejorar, de tal manera si el nivel de insatisfacción es mayor a 60% se considera un aspecto por mejorar, si va desde 40 a 60% está en proceso y si es menor a 40% se considera aceptable como lo muestra la Tabla 1.

Tabla 1. Escala de insatisfacción

Escala de insatisfacción	
>60%	Por mejorar
40-60%	En proceso
<40%	Aceptable

Fuente: “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo”. Dirección General de Salud de las Personas y Dirección de Calidad de Salud, 2012.

Cabe mencionar que la investigación consideró los principios éticos tomados de la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la importancia de proteger la dignidad, autonomía, privacidad y confidencialidad de los participantes en la investigación además se ha considerado el principio de justicia en la selección justa y equilibrada de participantes y el principio de confidencialidad donde se les fue informado que se resguardará la intimidad de la persona que participo en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

3. RESULTADOS

Acorde a la investigación se ha determinado que de los 84 casos de Covid-19 atendidos en el Centro de Salud Martínez, la edad que tienen los pacientes oscila entre los 15 hasta los 87 años, con una mayor incidencia del 53,3%% en personas que comprenden de 21 a 40 años de edad, el 15,5% de los pacientes oscilan entre los 41 a 50 años, el 13,1 % de las personas se encuentran entre los 61 a 70 años, continuando con el 4,8% de los participantes que corresponde desde los 71 a 80 años, el 3,6% representa a los adolescentes y el 1,2% representa a los pacientes mayores de 81 años de edad. Cabe recalcar que el género predominante en el estudio fue el femenino con una participación del 55% y en cuanto al masculino con un 45%. En cuanto al nivel de instrucción de los 84 encuestados se ha determinado que el 42% a cursado la secundaria, el 24% la primaria, el 17% son analfabetos, el 12% han estudiado en un superior técnico y apenas el 6% tiene estudios superiores universitarios, como lo muestra la Tabla 2.

Tabla 2. Aspectos sociodemográficos

Características de los encuestados		Frecuencia	D.S.
Edad			
	15-20	3	3,6%
	21-40	45	53,6%
	41-50	13	15,5%
	51-60	7	8,3%
	61-70	11	13,1%
	71-80	4	4,8%
	>81	1	1,2%
Total		84	100%
Género			
	Masculino	38	45%
	Femenino	46	55%
Total		84	100%
Nivel de Educación			

	Analfabeto	14	17%
	Primaria	20	24%
	Secundaria	35	42%
	Superior técnico	10	12%
	Superior Universitario	5	6%
Total		84	100%
Tipo de Usuario			
	Nuevo	12	14%
	Continuador	72	86%
Total		84	100%
Servicio donde fue atendido			
	Medicina General	84	100%
Personal que realizó la consulta			
	Médico	11	13%
	Obstetra	0	0%
	Médico/Enfermera	73	87%
	Odontólogo	0	0%
Total		84	100%

De igual manera en la Tabla 2 se evidencia que de los 84 pacientes el 86% de ellos son usuarios continuadores y el 14% son nuevos. En donde el 100% fue atendido en la especialidad de medicina general. Donde el 87% fue atendido por el médico o enfermera y el 13% únicamente fue atendido por el médico, cabe mencionar que ninguno fue atendido por el obstetra u odontólogo.

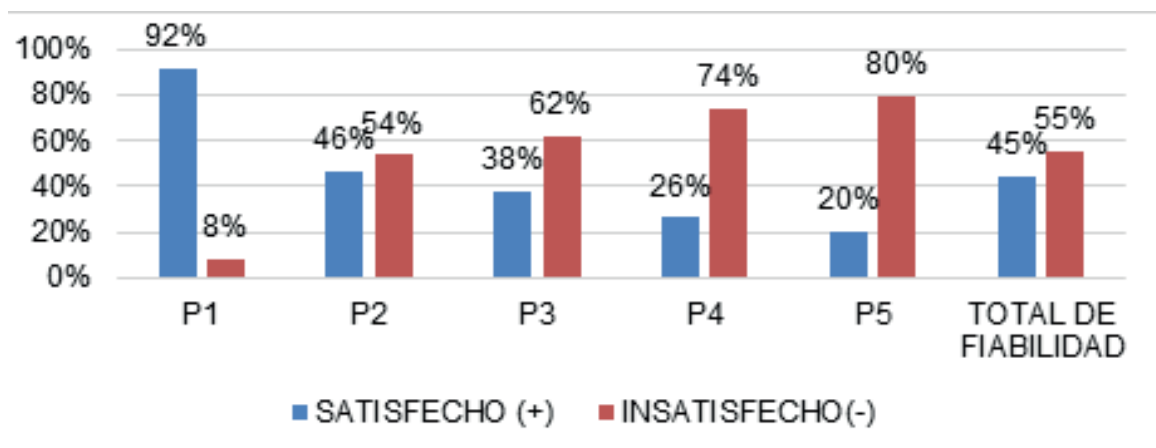


Figura 1. Dimensión: Fiabilidad

La Figura 1 muestra el análisis de la dimensión de fiabilidad contemplada en las preguntas 1,2,3,4 y 5, donde se ha determinado que existe una fiabilidad insatisfactoria

del 55% y satisfactoria del 45%, debido a que el 92% de los encuestados se halla satisfecho en cuanto a la atención igualitaria y la atención en el orden esperado en un 46%, sin embargo el 80% se halla insatisfecho por la falta de medicación en la farmacia, de igual forma el 74% está insatisfecho por no contar con un espacio en donde manifestar sus quejas, y el 62% se halla inconforme a causa de la atención fuera del horario establecido.

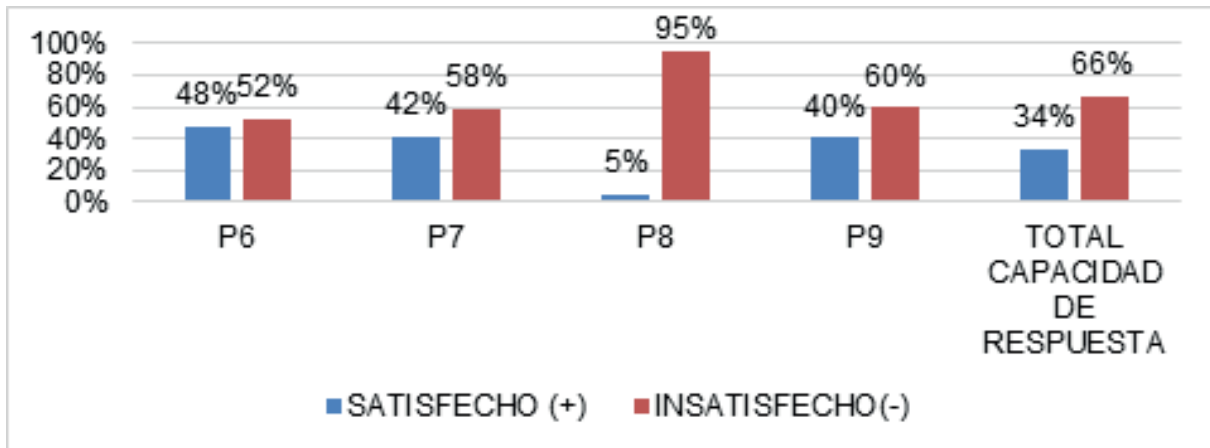


Figura 2. Dimensión: Capacidad de respuesta

En consiguiente la Figura 2 muestra el análisis de la dimensión de capacidad de respuesta consideradas dentro de las preguntas 6,7,8 y 9 donde se evidencia que el 66% de los pacientes se hallan insatisfechos, debido a que el 95% ha esperado mucho tiempo para ser atendido, el 60% durante su atención no le han respetado su privacidad, el 58% ha tardado mucho en ser atendido en admisión y el 52% ha tardado mucho en el área de farmacia. Dejando así a un 34% de los usuarios satisfechos.

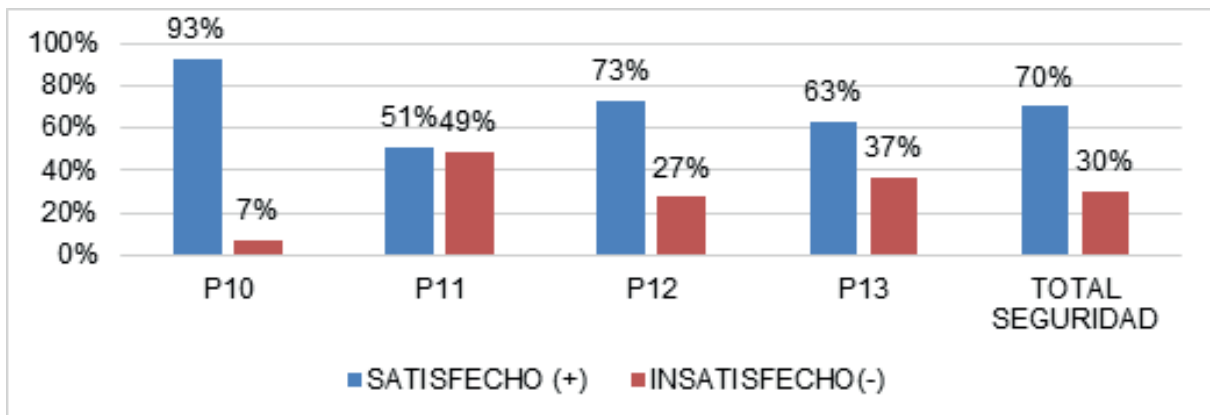


Figura 3. Dimensión: Seguridad

La Figura 3 comprende el análisis de la dimensión de seguridad, establecidas en las preguntas 10,11,12 y 13 donde se ha encontrado con el 70% de los pacientes satisfechos entorno a la seguridad, pues el 93% se hallan satisfechos por el tiempo que el médico dedica a contestar dudas sobre su salud, además el 73% ha recibido el tiempo necesario sea por parte de los médicos u otro personal para solventar sus inquietudes, el 63% ha sido atendido por profesionales que inspiran confianza y al

51% les han realizado exámenes completos y minuciosos. Dejando así apenas al 30% insatisfecho por debilidades presentadas en la seguridad al ser atendidos.

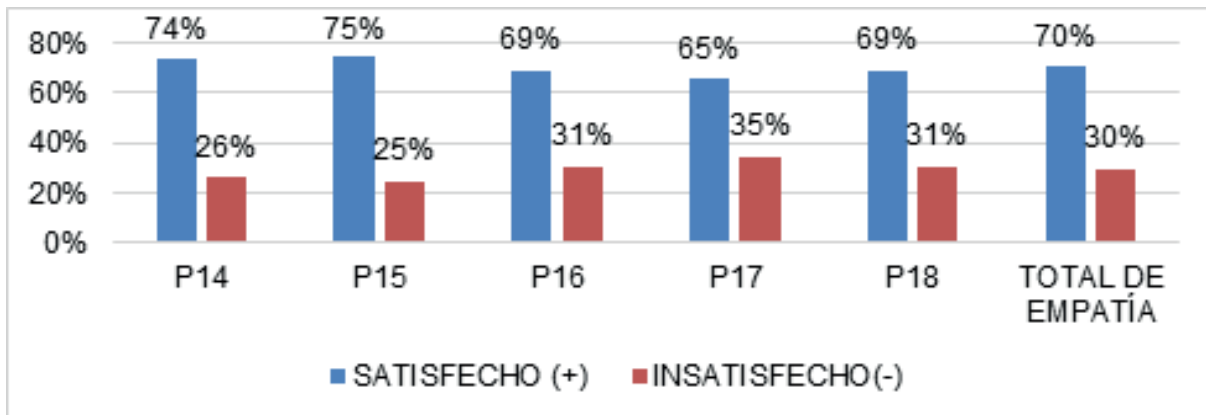


Figura 4. Dimensión: Empatía

Dentro de la Figura 4 se analiza la dimensión de empatía, consideradas dentro de las preguntas 14,15,16,17 y 18, donde se ha encontrado que el 70% de los usuarios se halla satisfecho entorno a los parámetros de empatía recibidos en proceso de atención, ya que el 75% ha sido tratado con amabilidad, respeto y paciencia en la farmacia, el 74% ha recibido igual un trato amable por parte de su médico, el 69% fue atendido con cordialidad por el área de admisión y ha comprendido plenamente el tratamiento y cuidado que debe tener por parte de su doctor. Arrojando como resultado apenas un 30% de usuarios insatisfechos en cuanto al trato empático de los profesionales del Centro de Salud Martínez.

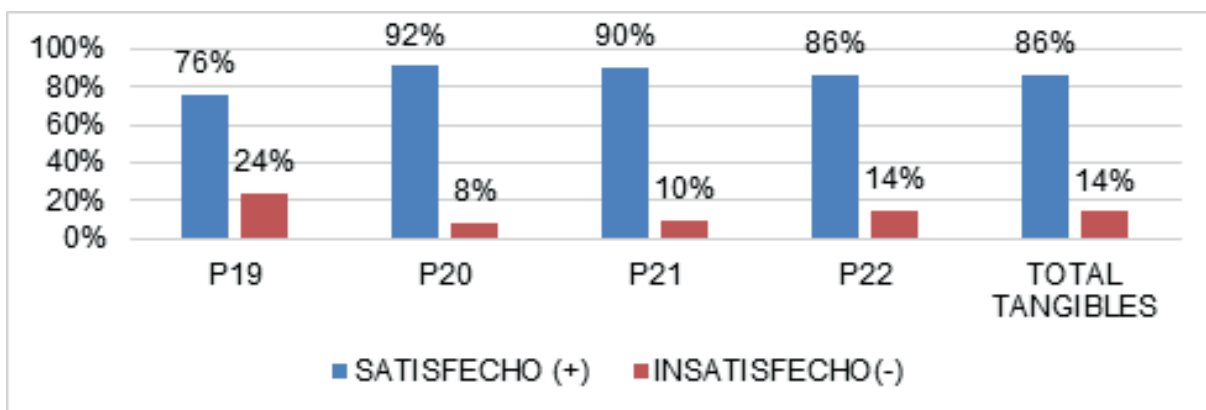


Figura 5. Dimensión: Tangibles

La Figura 5 muestra el análisis de la dimensión de tangibles, expuestos en las interrogantes 19,20,21 y 22 donde se ha determinado que el 86% de los usuarios en el proceso de atención ante el Covid -19 en el Centro de Salud Martínez se halla satisfecho entorno a la presencia de tangibles de la institución, ya que el 92% encontró el mobiliario y la sala de espera limpias, el 90% encontró los baños aseados, el 86% evidencio que los consultorios cuentan con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención y el 76% halló letreros de orientación dentro del Centro de Salud, dando como resultado un mínimo del 14% de insatisfacción.

Tabla 3. Matriz de mejora

MATRIZ DE MEJORA					
Nº	PREGUNTAS	SATISFECHOS (+)		INSATISFECHOS (-)	
		n	%	n	%
1	P01=	77	92%	7	8%
2	P02=	39	46%	45	54%
3	P03=	32	38%	52	62%
4	P04=	22	26%	62	74%
5	P05=	17	20%	67	80%
6	P06=	40	48%	44	52%
7	P07=	35	42%	49	58%
8	P08=	4	5%	80	95%
9	P09=	34	40%	50	60%
10	P10=	78	93%	6	7%
11	P11=	43	51%	41	49%
12	P12=	61	73%	23	27%
13	P13=	53	63%	31	37%
14	P14=	62	74%	22	26%
15	P15=	63	75%	21	25%
16	P16=	58	69%	26	31%
17	P17=	55	65%	29	35%
18	P18=	58	69%	26	31%
19	P19=	64	76%	20	24%
20	P20=	77	92%	7	8%
21	P21=	76	90%	8	10%
22	P22=	72	86%	12	14%
PORCENTAJE TOTAL			61%		39%

Finalmente, los resultados analizados por medio de la matriz de mejora presentada en la Tabla 3 han determinado que los aspectos a mejorar son: la atención en el orden y respetando el turno de llegada pues existe un 62% de insatisfacción, de igual forma el adecuar un espacio para presentar quejas y reclamos ya que el 74% de los usuarios está insatisfecho en este ámbito, otro aspecto a mejorar por presentar una insatisfacción del 80% es el abastecimiento de medicamentos en farmacia, cabe mencionar que el indicador más crítico de insatisfacción se manifiesta en el 95% en cuanto al tiempo de espera para ser atendidos.

4. DISCUSIÓN

La presente investigación ha denotado que los pacientes que presentan Covid-19, tienen un rango de edad entre los 15 y 87 años, siendo más afectados aquellos que superan los 31 años de edad, donde el género más vulnerable es el femenino. De

acuerdo al estudio denominado “Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19”, demuestra que la mortalidad femenina alcanza un 67% en casos de Covid-19 (12), cabe mencionar también al estudio realizado por el King’s College de Londres, a 4,3 millones de británicos, donde se identificó que las mujeres son las que sienten los efectos del Covid-19 durante mucho más tiempo que los hombres(13). De este modo se evidencia que las mujeres son más vulnerables ante el Covid-19, ya sea por el contagio, la mortalidad y las secuelas de la enfermedad, además acorde a la edad y las enfermedades que padezcan los riesgos a mayores daños por Covid-19 incrementan.

En relación a la dimensión de fiabilidad evaluada en el Centro de Salud Martínez durante la atención a pacientes con Covid-19, se ha identificado un nivel de satisfacción del 45%, pues los pacientes consideran ser atendidos de forma equitativa, acorde al orden y horario establecido, por un profesional, con los mecanismos pertinentes y la medicación apropiada. Es importante destacar que dentro de la dimensión de fiabilidad ante el Covid-19, la última encuesta realizada por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) a comunidades como Madrid, Castilla, León y Valenciana, ha demostrado una conformidad del 61% de los casos, relacionado a la atención, seguimiento y la implantación de la Telemedicina que fueron de gran apoyo durante la pandemia(14). En términos generales se puede establecer la capacidad de los Centros de Salud, para afrontar la pandemia sea desde la perspectiva local e internacional pues mantienen la fiabilidad de sus servicios en rangos del 50 al 60%, lo que demuestra que aún hay aspectos por mejorar fundamentalmente por la atención a las quejas o sugerencias de los pacientes a estos centros pues requieren de mayor involucro. Entre una de ellas la Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de tener un personal de salud bien informado y motivado al prestar sus servicios (15).

En igual forma el estudio ha revelado que la capacidad de respuesta ha sido insatisfactoria para un 66% de los pacientes, principalmente por el extenso tiempo de espera para ser atendidos. Cabe recalcar que esta es una situación que se presenta en varias zonas del mundo, tal es el caso de Madrid y País Vasco o Aragón, donde los centros de atención primaria brindan sus servicios a 70 y 80 pacientes al día sin embargo el tiempo de espera para ser atendido alcanza los 15 días, recibiendo hasta lo que va del año 2.7 millones de consultas telefónicas (16). En tal sentido el retraso y tiempo de espera considerable para ser atendido ha sido uno de los principales causantes de insatisfacción en los pacientes en los Centros de Salud ocasionado por la saturación de los servicios de salud por el incremento de casos y la falta de personal.

Por su parte la evaluación de la dimensión de seguridad en la atención a los usuarios por Covid -19, establece una satisfacción del 70% ya que son atendidos en el tiempo necesario para que el médico sustente sus dudas en cuanto a su salud y tratamiento, efectuando exámenes completos y minuciosos con la confianza suficiente que inspira el médico. Tales resultados son coherentes con la investigación realizada por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia donde por medio de la aplicación de una evaluación del 1 al 10 sobre el apoyo recibido por los profesionales

médicos el 67.5% los calificó por encima de 5 y el 21.6% los evaluó con la nota máxima, de este modo se denota que la atención por parte de los profesionales de la salud se ha mantenido en estándares aceptables sin perder el vínculo de confianza y minuciosidad en la labor (17).

Asimismo el análisis a la dimensión de empatía a determinado que el 70% de los pacientes se hallan satisfechas por el trato amable, respetuoso y con paciencia por parte del profesional médico, enfermeras y personal de admisión, de modo que son capaces de comprender el diagnóstico y tratamiento que les proporciona el médico, estos datos concuerdan con los resultados presentados en la encuesta realizada a 1 121 pacientes de España, donde el 66.6% de los casos diagnosticados por Covid-19, se han sentido apoyados por parte de los profesionales de la salud durante la pandemia (18). Es así que el trato empático entre el médico y el paciente son importantes para que el usuario se sienta confiado y satisfecho por la atención que recibe pese a las situaciones adversas que se presentan por la pandemia.

Por otra parte, al efectuar el análisis del tangibles se ha determinado una satisfacción del 86% ya que los pacientes han contado con afiches de orientación dentro del establecimiento, la limpieza del entorno, sus mobiliarios y baños, con el material y equipo necesario para ser atendidos. Estos resultados demuestran la gestión que se realiza para mantener un entorno en óptimas condiciones para la atención a los usuarios. Sin embargo, mediante la evaluación de mejoras se ha determinado que el Centro de Salud Martínez, debe mejora fundamentalmente en el tiempo de espera para ser atendido, y el abastecimiento de medicina en la farmacia. Estas circunstancias son similares a los resultados reflejados en la encuesta SEMG, donde la población de Madrid, Castilla, León y Comunidad de Valenciana ponen en manifiesto la necesidad de mejorar y reforzar el recurso humano e infraestructura para poder atender a los crecientes casos de covid, de igual forma se debe tener mayor disponibilidad de test diagnósticos y EPIs homologados(14). De tal manera que los factores a mejorar en los Centros de Salud se enfocan a mejorar la atención del paciente con mejor recurso que optimice los tiempos de espera.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al ejecutar la presente investigación se ha concluido que el 55% de los usuarios atendidos ante el Covid 19 en el centro de Salud Martínez se halla insatisfecho debido a inconvenientes como la carencia de medicamentos en la farmacia, y la ausencia de espacios para presentar sus quejas, lo cual reduce la fiabilidad del paciente ante la atención que recibe en el establecimiento.

En cuanto a la seguridad al ser atendidos el 70% se halla satisfecho resaltando aspectos como el respeto a la privacidad de las personas, y el tiempo suficiente que dedican los profesionales de la salud a solventar las inquietudes del paciente. Por último, se establece que el 70% de los usuarios se halla satisfechos por el trato empático que reciben especialmente por el trato amable, respetuoso y paciente por parte de los profesionales de la salud, farmacia y admisión.

En concordancia con los resultados obtenidos se ha determinado que en términos generales se ha alcanzado un 61% de satisfacción en los usuarios atendidos ante el Covid 19 en el centro de Salud Martínez, dando como resultado un 39% de insatisfacción que acorde a la escala de insatisfacción se considera dentro de los rangos aceptables, por ende se destaca percepciones positivas que cumplen con las expectativas de los usuarios entorno a el respeto de la privacidad, trato amable y justo, además las instalaciones y equipos se hallan limpios y se cuenta con los materiales y equipos necesarios.

En torno a los aspectos por mejorar en el servicio de atención a los usuarios ante el Covid 19 en el centro de Salud Martínez, se ha identificado la necesidad de mejora en la atención acorde al horario establecido, además se debe instaurar espacios en los cuales el paciente pueda presentar sus quejas y sugerencias, en cuanto a la gestión de farmacia, se debe abastecer con medicina suficiente, finalmente un aspecto crítico a mejorar es el tiempo de espera para ser atendidos.

REFERENCIAS

1. Mercenier p. El rol del centro de salud en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria [Internet]. Disponible en: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes>
2. OPS. Atención primaria en salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 2020 Nov 22]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
3. Molina Astúa M, Quesada Mena LD, Ulate Gómez D, Vargas Abarca S. La calidad en la atención médica. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2004 [citado el 2020 Nov 22];21(1):109–17. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007
4. OMS. Enfermedad por el Coronavirus ((COVID-19)) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Oms. 2020 [citado el 2020 Nov 22]. p. 1. Disponible en: <https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
5. Milian JMP, Aguila JEB, Ojeda YP, Quesada NYR, Pérez SEF, Torriente DA. Evaluación de la satisfacción de pacientes atendidos por la COVID-19 en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. [Internet]. 2020 [citado el 2020 Nov 22]. Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3217/2591>
6. Fernández R. Coronavirus: satisfacción con la actuación de los hospitales en EE. UU. en 2020 | Statista [Internet]. 2020 [citado el 2020 Nov 22]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1107887/poblacion-satisfecha-con-la-actuacion-hospitalaria-frente-a-la-covid-19-en-ee-uu/>
7. Noain I. Coronavirus EEUU: una pandemia fuera de control en Estados Unidos [Internet]. 2020 [citado el 2020 Nov 22]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/internacional/20200625/estados-unidos-una-pandemia-fuera-de-control-8014594>
8. BBC News Mundo. Coronavirus. Entrevista con el ministro de Salud de Ecuador, Juan Carlos Zevallos: “No se pueden esconder los cadáveres”. [Internet]. 8 abril. 2020

- [citado el 2020 Nov 22]. p. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52219012>. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52219012>
9. Defensoría del Pueblo. Defensoría del Pueblo exige priorizar la protección del personal sanitario durante la emergencia por COVID-19 - Defensoría del Pueblo [Internet]. <https://www.dpe.gob.ec/defensoria-del-pueblo-exige-priorizar-la-proteccion-del-personal-sanitario-durante-la-emergencia-por-covid-19/>. 2020 [citado el 2020 Nov 22]. Disponible en: <https://www.dpe.gob.ec/defensoria-del-pueblo-exige-priorizar-la-proteccion-del-personal-sanitario-durante-la-emergencia-por-covid-19/>
 10. Salud con lupa N. Los centros de atención primaria en Ecuador tras seis meses de pandemia - Salud con lupa [Internet]. 2020 [citado el 2020 Nov 22]. Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/el-impacto-de-la-pandemia-en-la-atencion-primaria-del-ecuador/>
 11. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. BMC Public Health [Internet]. 2012;5(1):1–58. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390841/Guía_técnica_para_la_evaluación_de_la_satisfacción_del_usuario_externo_en_los_establecimientos_y_servicios_médicos_de_apoyo__R.M._No_527-2011MINSa20191017-26355-1mq8r4m.pdf
 12. Ruiz Cantero MT. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. Gac Sanit [Internet]. 2020 [citado el 2020 Nov 26]; Disponible en: [/pmc/articles/PMC7198168/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC7198168/?report=abstract)
 13. TRT. Los síntomas pueden durar más en mujeres que contraen el coronavirus [Internet]. Vida y Salud. 2020 [citado el 2020 Nov 26]. Disponible en: <https://www.trt.net.tr/espanol/vida-y-salud/2020/10/21/los-sintomas-pueden-durar-mas-en-mujeres-que-contraen-el-coronavirus-1513388>
 14. González D. Los pacientes de Atención Primaria, satisfechos durante la pandemia [Internet]. Gaceta Médica. 2020 [citado el 2020 Nov 26]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/los-pacientes-de-atencion-primaria-satisfechos-durante-la-pandemia/>
 15. Organización Mundial de la Salud. 10 formas de mejorar la calidad de la atención en los centros de salud [Internet]. 2017 [citado el 2021 Apr 18]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/10-ways-to-improve-the-quality-of-care-in-health-facilities>
 16. Atena. La atención primaria, al borde del colapso: cada médico atiende entre 70 y 80 pacientes y la lista de espera sube a 15 días [Internet]. Atena 3 Noticias. 2020 [citado el 2020 Nov 26]. Disponible en: https://www.arena3.com/noticias/sociedad/la-atencion-primaria-al-borde-del-colapso-cada-medico-atiende-entre-70-y-80-pacientes-y-la-lista-de-espera-suba-a-15-dias_202009175f63829941cb490-00150d509.html
 17. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Los pacientes, satisfechos con la atención recibida en los centros de salud durante la pandemia a pesar de las dificultades [Internet]. 2020 [citado el 2020 Nov 27]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/582-notaprensa-202000728>
 18. Heraldo. Los pacientes aprueban el trato de la Atención Primaria durante la crisis

del coronavirus, pero piden más recursos [Internet]. 2020 [citado el 2020 Nov 27]. Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/nacional/2020/07/28/los-pacientes-aprueban-el-trato-de-la-atencion-primaria-durante-la-crisis-del-coronavirus-pero-piden-mas-recursos-1388276.html>



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero – Junio 2021

ISSN 1390-910X edición impresa

ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 10/ene/2021 - Fecha aprobación 15/abr/2021

**BRIEFING Y DEBRIEFING Y SU UTILIDAD COMO HERRAMIENTA EN
SIMULACIÓN CLÍNICA PARA ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD.**

**(BRIEFING AND DEBRIEFING AND ITS USEFULNESS AS A TOOL IN
CLINICAL SIMULATION FOR HEALTH SCIENCES STUDENTS.)**

Doris Emperatriz Cajamarca Chillagana¹, Evelin Fernanda Velasco Acurio²

¹ Estudiante de la carrera de enfermería, Universidad Técnica de Ambato, Código postal 050604, Salcedo, Ecuador, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4587-3406>, dcajamarca2605@uta.edu.ec

² Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Técnica de Ambato. Código postal 180152, Ambato, Ecuador, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2732-6003>, ef.velasco@uta.edu.ec

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.471>

RESUMEN:

La simulación dentro del proceso de enseñanza de los profesionales de la salud, logra disminuir la distancia entre los alumnos y las actividades profesionales relacionadas con la atención clínica, siendo el *Briefing* y *Debriefing* herramientas empleadas en simulación clínica para estudiantes de Ciencias de la Salud. Con esta premisa se desarrolló una investigación científica planteándose como objetivo: Determinar la utilidad de *Briefing* y *Debriefing* como herramienta en simulación clínica para estudiantes de Ciencias de la Salud. Se realizó una revisión de tipo descriptiva, analizando una búsqueda en bases de datos electrónicas. Ha sido de gran importancia recopilar desde el estado del arte mediante la investigación documental de manera sistematizada dando como resultado un análisis más profundo que contribuyen al tema en estudio de aquellos aspectos relacionados con estas herramientas en los ambientes de aprendizaje, donde actúan en conjunto docentes y estudiantes quienes deberán recapacitar y deliberar el por qué toman determinadas decisiones, evaluando sus acciones de forma individual, así como su actuar en el equipo. Quedó definida la utilidad del *briefing* y *debriefing* como parte de la simulación clínica para alcanzar competencias y habilidades en estudiantes de Ciencias de la Salud, motivo que incita a pensar en desarrollar programas de capacitación para docentes y estudiantes como metodología que facilite la corrección de posibles errores que merman la eficacia de este proceso.

Palabras clave: Entrenamiento de simulación, estudiantes, ciencias de la salud.

ABSTRACT:

Simulation within the teaching process of health professionals, manages to reduce the distance between students and professional activities related to clinical care, being the Briefing and Debriefing tool used in clinical simulation for students of Health Sciences, with This premise, a scientific investigation was developed with the following objective: Determine the usefulness of briefing and debriefing as a tool in clinical simulation for Health Sciences Students. A descriptive review was carried out, analyzing a search in electronic databases. It has been of great importance to collect from the state of the art, on the documental research in a systemized way, giving, as a result, a deeper analysis which contributes to the study topic of those aspects related to these tools in learning environments aspects related to these tools in learning environments, where teachers and students act together who must reconsider and deliberate why they make certain decisions, evaluating their actions individually, as well as your act on the team. The usefulness of the briefing and debriefing was defined as part of the clinical simulation to achieve competencies and skills in Health Sciences students, a reason that encourages thinking about developing training programs for teachers and students as a methodology that facilitates the correction of possible errors that reduce the effectiveness of this process.

Keywords: Simulation Training, students, health sciences.

1. INTRODUCCIÓN

A escala global se observan cambios en las tendencias para la educación superior y en el contexto del sector de la salud, se aprecia una perenne preocupación en la formación de los futuros profesionales, sobre lo cual se viene reflexionando en la metodología de la enseñanza para mejorar la transferencia de los conocimientos necesarios en el aprender dentro del contexto del saber hacer, basados en la posibilidad de generar aprendizajes valiosos (1,2,3). Se debe destacar que los conocimientos profundos de las teorías de aprendizaje favorecen la mejora de la práctica pedagógica, ello provee una plataforma racional para optar por estrategias específicas de enseñanza, articulando los objetivos del aprendizaje y a su vez proporcionando a los educadores del área de la salud variadas perspectivas que forman parte de la base filosófica en las actividades de instrucción (4,5).

En la educación, el empleo de los recursos didácticos de trabajos grupales, aseguran una solución colaborativa y emerge la figura del docente como mediador, pautando la organización, el cumplimiento y evaluación del desarrollo didáctico; actualmente se han incorporado múltiples estrategias y recursos para perfeccionar la educación a escala internacional y es dentro de las novedosas actividades de aprendizaje donde se ha ubicado en un importante lugar a la simulación (6,7).

La historia recoge como dato interesante al origen de la simulación durante la segunda mitad del siglo XX, aspecto expresado en la era moderna con la obra de Asmund Laerdal (8). Analizada como metodología educativa, la simulación para estudiantes de las Ciencias de la Salud, se ha mantenido presente en la formación de los profesionales de la enfermería, la medicina y otras áreas, actualmente su valor sigue en ascenso, estando relacionado con la preocupación en cuanto a la seguridad y calidad de la atención de los usuarios(9); la simulación clínica le auxilia al estudiante los diversos escenarios que reproducen o copian la realidad en los entornos clínicos donde laborarán, con ella van a adquirir confianza en sí mismos y destrezas para su futuro desarrollo competitivo (10,11,12,13) .

Al referirse al aprendizaje en el área de la salud, en 1892 Sir William Osler planteó “se aprende al lado de la cama del paciente”, donde mucha de la enseñanza proviene de este, por ello Gutiérrez y colaboradores destacan que con la interacción entre docentes, estudiantes y pacientes se logra un mejor aprendizaje, comportándose como un proceso que ocurre normalmente en el escenario clínico (14). Figura 1.

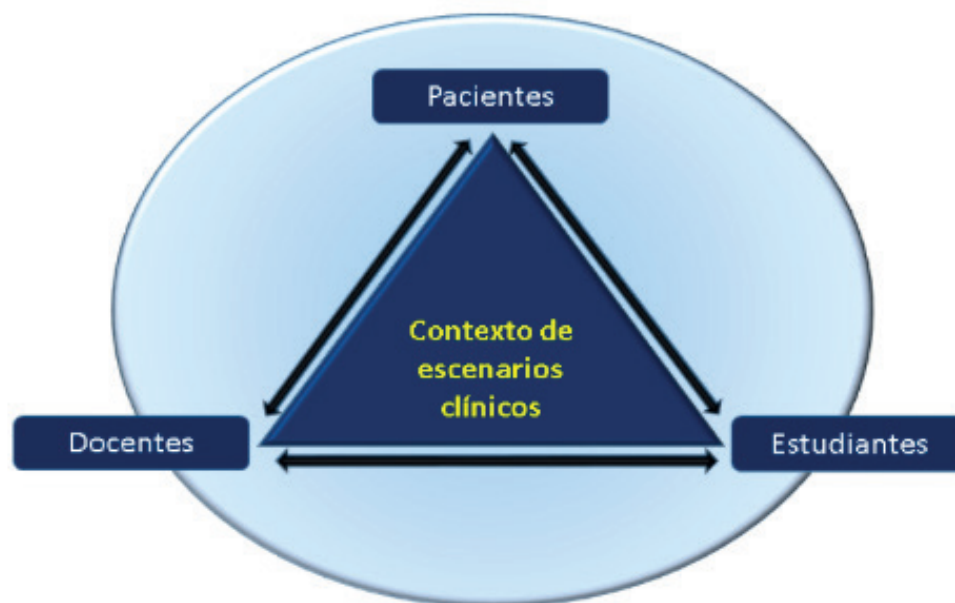


Figura 1. Equipo de trabajo en la enseñanza y el aprendizaje (14).

Según Castelaoa y Maestre (2019), la simulación clínica consigna como momentos puntales la introducción, el escenario y el *debriefing*, yaciendo los dos últimos como los de mayor estudio en la literatura (15). Sobre este aspecto basado en la simulación Lioce (2015), reconoce también que las experiencias de entrenamiento en salud comprenden siguientes dimensiones (16).

- La creación de un ambiente de trabajo estimulante y participativo (17).
- El proceso de un escenario simulado, que responda a los aspectos fundamentales de la realidad (18).
- El *debriefing*, para analizar el rendimiento, este es el diálogo de aprendizaje después del escenario para mantener o perfeccionar la práctica futura (18).

Es crucial definir el uso del “*Briefing*” como herramienta de simulación, este se trata de una junta preparatoria e informativa, efectuada antes del inicio de las actividades en la que se brindan informaciones y/o instrucciones a los participantes, posee un doble objetivo, en primer lugar, mantener una actuación eficaz, segura y con la calidad deseada, así como, proveer la cohesión e integración de los miembros del equipo de trabajo. Por su parte el “*Debriefing*” se considera un proceso de reflexión intencionada y consciente, el cual va a permitir la construcción de aprendizajes profundos; pero en ocasiones no es tarea fácil desarrollarlo, ya que se pueden mostrar dudas o dificultades para su esquematización teórica y práctica (19).

Además, como estudio de revisión de tipo descriptivo ha sido muy factible recolectar información, así como, documentar las investigaciones que evidencian herramientas como el *briefing* y *debriefing*, las que ayudan a incrementar la efectividad en el proceso académico formativo basado en la simulación clínica, fortaleciendo con ello la satisfacción en el aprendizaje y logrando mejores habilidades en los alumnos de las

ciencias de la salud. Con estos antecedentes, sumado a la situación imperante a nivel internacional, se considera que la simulación clínica acrecienta su importancia actual, debido al enfoque del aprendizaje basado en competencias (20); por ello, se valoró realizar una revisión del estado del arte tomando como base la siguiente interrogante ¿Cuál es la evidencia científica existente sobre el briefing, debriefing y su utilidad como herramienta en simulación clínica?; planteándose como objetivo: Determinar la utilidad de Briefing y Debriefing como herramienta en simulación clínica para estudiantes de Ciencias de la Salud.

2. METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta las investigaciones relacionadas con el uso del briefing y debriefing como herramienta en la simulación clínica para estudiantes de Ciencias de la Salud, se realizó una revisión de tipo descriptiva(21,22), analizando una búsqueda en bases de datos electrónicas, incluyendo múltiples estudios en idioma inglés y en castellano, quedando consideradas las siguientes bases de datos: Google Scholar, PubMed, Redalyc, Scielo y Science Research principalmente, permitiendo la recolección y selección de artículos de manera sistemática con metaanálisis de acuerdo a los parámetros PRISMA(Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) con la participación de dos investigadores(23).

Se usaron descriptores de ciencias de la salud (DeCs) y los Medical Subjects Headings (MeSH) de la National Library of Medicine en inglés, se emplearon las siguientes palabras claves: entrenamiento de simulación, estudiantes, ciencias de la salud. A través de las mismas se realizó una selección inicial de 300 artículos científicos, con un tiempo de antigüedad de cinco años desde el 2015 al 2020. De los estudios seleccionados aplicando las estrategias de búsqueda (palabras claves), se eligieron 117 artículos, descartando los que estaban duplicados, por lo cual quedó constituida una muestra final de 38 artículos, que fueron organizados teniendo en cuenta los rasgos comunes según la estructura de la matriz empleada relacionada con el tema en estudio (24).

3. RESULTADOS

La simulación clínica en la formación de profesionales de salud

La simulación dentro del proceso de enseñanza de los profesionales de la salud, logra disminuir la distancia entre los alumnos y las actividades profesionales relacionadas con la atención clínica, ayudando a desarrollar habilidades y destrezas mediante la experiencia de aprendizaje ofrece además la oportunidad de aprender en un ambiente de aprendizaje positivo a través de la prueba y error, en el cual no se corren riesgos de resultados desfavorables para los pacientes(25,26,27); Valencia y colaboradores (2019), definen las etapas de la simulación clínica (Figura 2), generando en los estudiantes una experiencia que contribuye a la práctica constante de su futuro ejercicio, con grandes beneficios a partir de la intervención y guía del docente en un ambiente totalmente formativo (28).

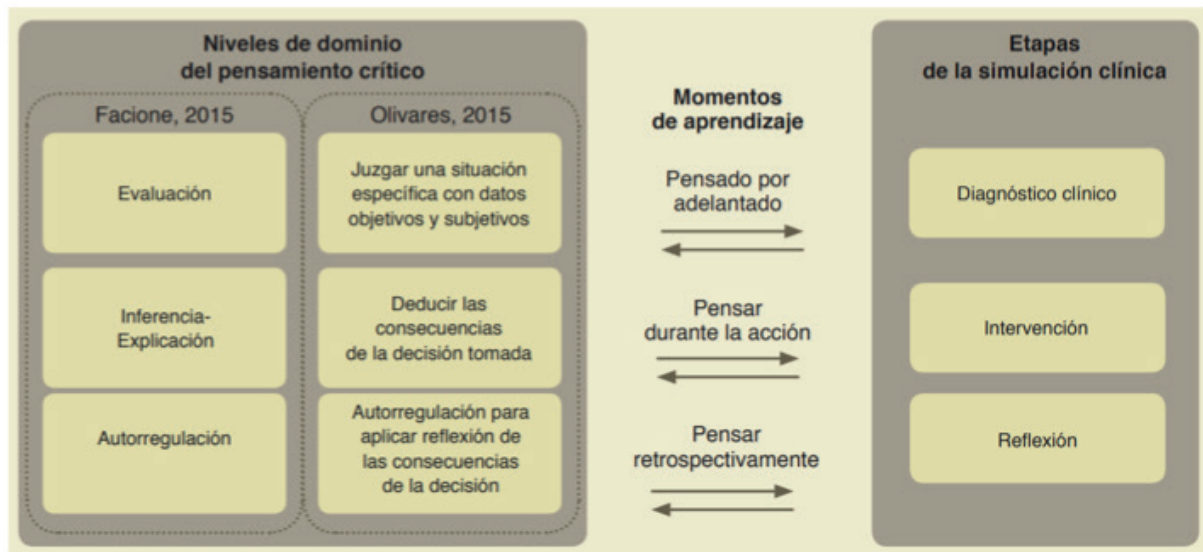


Figura 2. Integración del pensamiento crítico a través de la simulación clínica (28).

Por lo tanto, se han incorporado numerosos ambientes de simulación clínica en los centros de educación superior dedicados a la salud, llegando en la actualidad a ser observada como una gran oportunidad para la motivación del proceso formativo de los estudiantes, con ello se apropian de conocimientos, habilidades psicomotoras, así como competencias genéricas desde el trabajo en equipo en cada una de esas experiencias de aprendizaje. En la formación de los profesionales de la salud, es necesario el componente práctico para lograr competencias desde el punto de vista clínico; pero la aparición de riesgos en el paciente, relacionados al uso de este método de aprendizaje, ha venido en la aparición de nuevas metodologías como son la simulación clínica, la cual es considerada como un método revolucionario en la formación de los profesionales. Con esta metodología se logra llevar la práctica a la realidad más objetiva, sin complicaciones ni riesgos para el paciente (29,30).

Sumándose a este criterio, las organizaciones de la salud empezaron a dar prioridad al trabajo en equipo de manera efectiva; reformando los programas de enseñanza para los profesionales de la salud basados en las competencias (31). Por tanto, se hace imprescindible la utilización de los simuladores, ya que permite, entre otras cuestiones, la repetición del procedimiento hasta lograr las destrezas necesarias, al mismo tiempo que posibilita enfrentarse a enfermedades de baja prevalencia o alta complejidad que se hace difícil visualizar en condiciones normales; se reducen los errores médicos y se mejora el trabajo en colectivo, también permite al docente poder realizar la evaluación de la adquisición de las competencias en la formación de estudiantes de Ciencias de la Salud (32).

También es una realidad que la simulación clínica favorece el aprendizaje ya que permite, involucrarse plena y reflexivamente con los aciertos y desaciertos, compararlos con el marco teórico e integrar de una manera lógica las experiencias vividas en su mundo del aprendizaje (16). Si tuviéramos que hablar de la ventaja de esta diríamos

que el marco teórico al basarse en el desarrollo y evaluación por competencias, permite al profesor darse cuenta del error o los errores a la vez que el estudiante buscará y se dará cuenta de los mismos y sus consecuencias (33). Por ello es importante mencionar que el estudiante de ciencias de la salud debe obtener conocimientos de una manera eficaz sin comprometer la salud y seguridad del paciente, donde la simulación permite adaptar el aprendizaje mediante la experiencia y reflexión (Teoría de Kolb) aplicados a la práctica (34).

En Ecuador muchas de las Facultades de Ciencias Médicas, e instituciones de salud, han llevado a cabo acciones para inaugurar y potenciar los centros de simulación médica (35). La simulación de alta fidelidad y alta seguridad comprende de la práctica seguida de la reflexión, teniendo como finalidad el análisis de la experiencia vivida dentro del escenario clínico con el fin de extraer conclusiones para mejorar prácticas futuras, transmitiendo conocimientos favorables para el estudiante de ciencias de la salud haciendo posible éste mediante la herramienta *briefing* y *debriefing* empleadas antes y después de la simulación clínica (36).

Briefing y su utilidad como herramienta de aprendizaje en simulación clínica.

En la docencia de las ciencias de la salud el educador trata de prever el contexto pedagógico y las variables que se pueden presentar, sin embargo, existe una multiplicidad de factores en el ambiente educativo que deben ser tomados en cuenta, como son: las prioridades en el logro de los objetivos (37,38), las necesidades establecidas, el cumplimiento del horario con los estudiantes durante el tiempo definido, entre otras, todo lo que hace que la planificación docente conlleve a una adecuada planificación por parte del profesor(39), aspectos que se tienen en cuenta en la simulación dentro del proceso de enseñanza.

Al trabajo del docente cuando deja definido claramente los objetivos de la actividad, se preocupa por la definición del modelo de supervisión que él mismo acogerá(32), en relación al logro de los objetivos en este encuentro previo del aprendizaje clínico, efectuado entre el docente y los estudiantes dentro de un programa de simulación se le denomina "briefing". El principal objetivo del briefing como herramienta es orientar al alumno, sobre una experiencia que se atenderá en la actividad, en ella se va a incluir las instrucciones, propósitos y las reglas. El docente comparte el plan a realizar durante la sesión, explica los objetivos específicos a los alumnos y todos a su vez definen qué se necesita instruir, por lo tanto, los estudiantes deberán dominar los intereses del profesor y viceversa.

El docente encargado de los alumnos será un constante referente en la praxis pedagógica, es el responsable de definir y organizar los objetivos a alcanzar durante la actividad, a través de la supervisión y evaluación, aspecto considerado fundamentalmente cuando se cuenta con su acompañamiento. En la (Figura 3), se puede sintetizar el criterio sobre la labor de docentes y estudiantes en el proceso de *briefing*

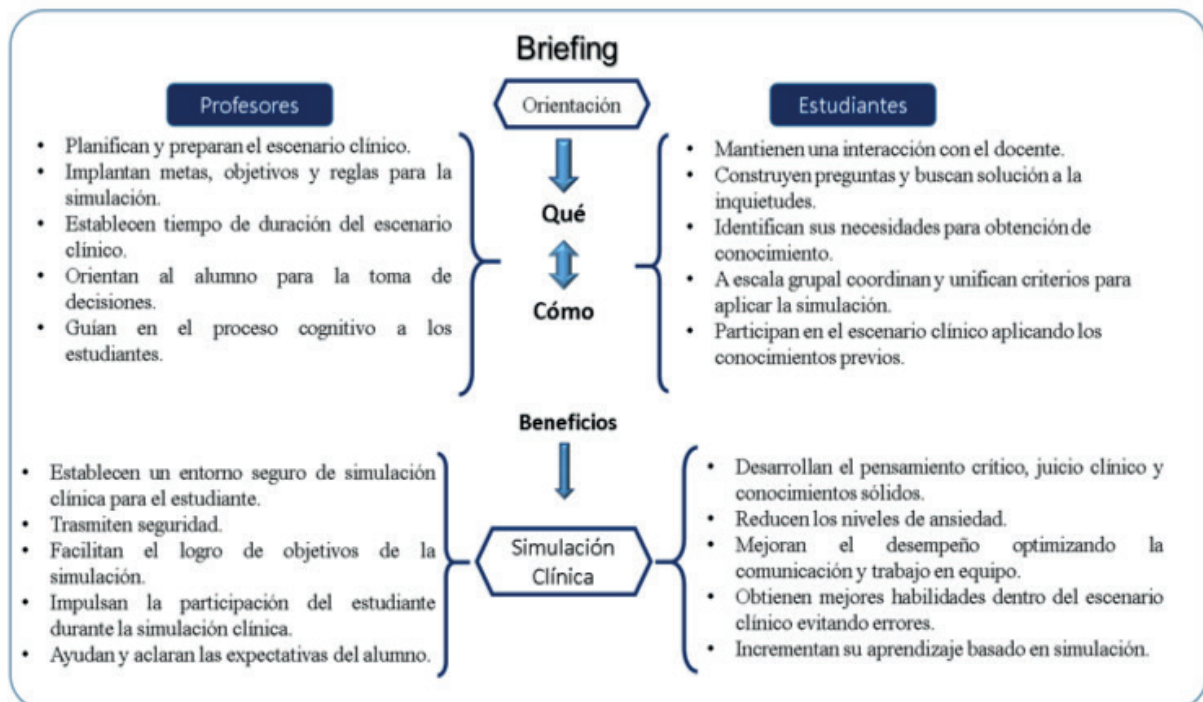


Figura 3. Labor y beneficios de docentes y estudiantes en el proceso de briefing.

Por lo tanto, el briefing significa una fase crucial para acordar el modelo de intervención, disipar las dudas de los estudiantes, se necesita entregarles toda la información para que los alumnos laboren con la necesaria seguridad y así se evadirán futuros errores. Dentro de los propósitos a alcanzar con el briefing se instan en los siguientes:

- La disposición del alumno para la futura experiencia sin tener que anticiparla.
- Se suministran las instrucciones orientativas, teniendo en cuenta su rol y las reglas.
- Se ayuda a los estudiantes a identificar las necesidades de aprendizaje, estos van a estar al tanto en los objetivos y forman parte de su proceso formativo.

Se especifica además que el briefing deberá ser ejecutado en un lugar cómodo, asegurando la confidencialidad, seguridad de los alumnos cuando expresen sus preocupaciones. Es necesario e importante iniciar con preguntas abiertas, de esta forma los alumnos se conciben bajo un clima de libertad, quedando especialmente una reciprocidad de confianza entre el docente y los alumnos.

El *debriefing* y su utilidad como herramienta de aprendizaje en simulación clínica.

El *debriefing* tuvo su origen en el ejército donde se usó para reportar el regreso de una misión, contribuyendo al análisis de varios eventos suscitados y posteriormente

crear nuevas estrategias para una próxima misión para más adelante aplicarlos a la psicología desde la década pasada en los años 70, fue asociado a experiencias traumáticas ayudando así a las personas en el procesamiento cognitivo y emocional de eventos críticos (36,40), básicamente estas técnicas de *debriefing* asumieron un importante rol para el manejo del estrés postraumático y fue empleada además en la aviación comercial (41). En los procesos de aprendizaje no es hasta la década de los años 80 donde se inicia el papel relevante de las técnicas cimentadas en la reflexión.

Según Dieckmann (2016) el proceso de la simulación clínica atraviesa las siguientes etapas: Sesión informativa previa, introducción, reunión sobre el manejo del simulador, teoría, reunión o discusión sobre el caso, escenario, *debriefing* y conclusión. De las etapas señaladas el *debriefing* se plantea como un elemento clave de la simulación, siendo de gran importancia distinguir este aspecto en los ambientes de aprendizaje. Se sugiere el intercambio con los alumnos sobre aquello que salió bien y lo que no, donde el docente posee un papel como mediador, permitiéndole al estudiante valore y evalúe su servicio en la práctica que ha sido simulada, el mismo identificará las faltas y aciertos en las medidas tomadas, identificando sus emociones, así como el enfoque sobre el desempeño de su accionar y la contribución al trabajo en equipo.

Se requiere de cierta experiencia y habilidad para el desarrollo del *debriefing*, donde el docente o facilitador (conocidos como *debriefers*), despliegan una importante función respecto a la actuación de los alumnos participantes en el escenario de simulación, estos deberán recapacitar y deliberar el por qué toman determinadas decisiones, es el momento en el cual sus acciones se miden de forma individual y su actuar en el equipo, tratando de que alcancen un aprendizaje significativo y que ulteriormente los apliquen en su vida laboral. Este proceso de *debriefing* muestra múltiples beneficios en la formación de los estudiantes de las ciencias de la salud (42), lo cual redundará en esa futura atención a los pacientes (Figura 4).

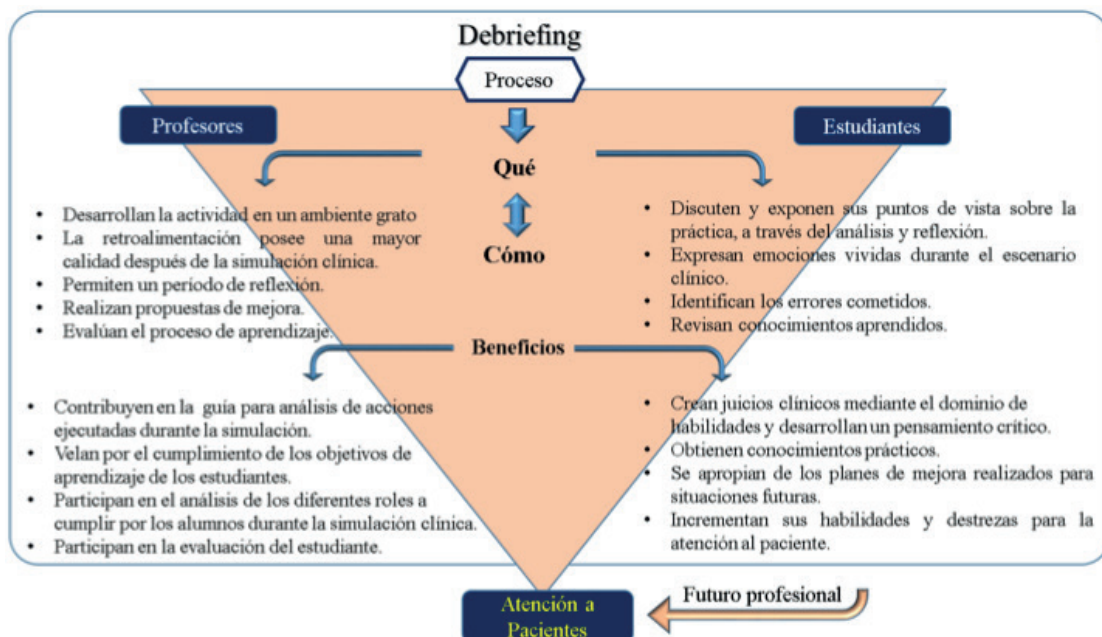


Figura 4. Labor y beneficios de docentes y estudiantes en el proceso de debriefing.

La aplicación del briefing y debriefing como herramienta de simulación si bien no ha sido ampliamente utilizada, se observa en incremento, tal como se muestra en la Tabla 1, donde se expone una serie de estudios realizados en diversos países, los cuales muestran la relación y utilidad de estas herramientas en la simulación clínica de la enseñanza de ciencias de la salud.

Tabla 1. Simulación clínica, Briefing y Debriefing y su utilidad como herramientas en la enseñanza de ciencias de la salud

País	Caso de estudio	Objetivo	Resultados	Fuente bibliográfica
México	La simulación clínica en la adquisición de conocimientos en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería.	Comparar la adquisición de conocimientos en estudiantes con el método tradicional y otro en simulación clínica	Al utilizar la simulación clínica se logró que los estudiantes obtuvieran mayores conocimientos	Amaro y colaboradores (2019)
El Salvador	Simulación clínica en la formación de estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica de El Salvador.	Contar con los materiales didácticos adecuados como pilar para generar un aprendizaje, basado en la simulación	La creación de escenarios de simulación facilita el proceso enseñanza-aprendizaje y logra que el estudiante desarrolle habilidades y destrezas	Flores y Hernández (2020)
Argentina	Código de Ética para escenarios de enseñanza-aprendizaje de Ciencias de la Salud con simulación clínica.	Diseñar un Código de Ética para escenarios de enseñanza - aprendizaje de Ciencias de la Salud	La aplicación del Código de Ética en el proceso de enseñanza en escenarios de simulación mejora las competencias actitudinales	Gutiérrez y Martigani (2019).
Perú	La Simulación Clínica en el entorno actual del Aprendizaje Virtual como una herramienta de Innovación Docente.	Reforzar las habilidades y competencias de los estudiantes de las Ciencias de la Salud	Los pacientes virtuales y la realidad virtual permiten la práctica y la mejora de las habilidades clínicas sin enfrentar consecuencias negativas	Gutiérrez (2020)

Ecuador	Avances de la simulación clínica en Ecuador.	Determinar los avances de la simulación clínica en Ecuador	La simulación clínica ha devenido exitosa en el avance de la enseñanza médica superior en Ecuador	Piña y colaboradores (2017)
Canadá	Modelar las percepciones de los estudiantes sobre el aprendizaje basado en simulación.	Observar el comportamiento de los estudiantes en su aceptación del aprendizaje basado en la simulación	Al a reproducir situaciones clínicas con la mayor precisión posible, se percibe que la fidelidad influye en su aceptación pero no facilita las condiciones	Lemay y colaboradores (2018)
Australia	Contribuciones de pacientes simuladas para mejorar las habilidades de evaluación clínica de los estudiantes de fisiología del ejercicio.	Evaluar las percepciones de los estudiantes de fisiología del ejercicio de dos módulos de aprendizaje basados en la simulación	Se demostró beneficios para los participantes en torno a temas de aprendizaje experiencial, realismo, oportunidad de desarrollar habilidades clínicas.	Reeves y colaboradores (2019)
Reino Unido	Una mirada más cercana a las simulaciones interprofesionales de cuidados intensivos de pregrado.	Comunicar sobre la evaluación de simulaciones interprofesionales de estudiantes de salud	Se requiere más investigación sobre evaluación de simulaciones interprofesionales que ilustre lo que está aconteciendo.	Anderson y
Francia	Motivación de estudiantes radiólogos en situaciones de aprendizaje en simulación de juegos de roles.	Identificar las estrategias implementadas por los formadores para incentivar las dinámicas motivacionales	Los docentes deben explorar las expectativas de los estudiantes con anticipación y garantizar la autenticidad del medio ambiente	Zorn (2018)

Colombia	Percepción de estudiantes de tercer año de la carrera de obstetricia de la Universidad San Sebastián sobre el escenario simulado.	Evaluar la percepción de satisfacción de los estudiantes que participaron del escenario simulado de eritroféresis neonatal.	Se valoró positivamente la experiencia de participar del escenario de alta fidelidad de eritroféresis neonatal, mostrando un alto grado de satisfacción.	Jara (2020)
----------	---	---	--	-------------

Importancia, avance y desarrollo del *Briefing* y *Debriefing* como herramienta en simulación clínica.

Resulta particularmente importante destacar estos nuevos avances de ambas herramientas dentro de la simulación clínica, empleada también como un instrumento de evaluación utilizado por docentes en las ciencias de la salud, también ya forma parte de las exigencias curriculares y no es visto como algo simple de libre elección, para ejecutar la evaluación de los estudiantes (51). A pesar de ser un campo aún novedoso dentro del ámbito educativo de Ecuador, en el caso de las ciencias de la salud, ha venido creciendo y se aprecia un rápido desarrollo del *briefing* y el *debriefing* como herramientas en la simulación clínica(52), quizás en la actualidad se manifiesten escasas investigaciones y estudio sobre esto, si es retomado con mayor fuerza por parte de investigadores en países europeos y algunos asiáticos; básicamente estas herramientas dentro de la simulación clínica se ha atesorado en el currículum educativo de la salud de las universidades ecuatorianas basado en la importancia del aprendizaje por experiencia simulada, como un excelente pilar para elevar la calidad y efectividad de este tipo de enseñanza(12).

Constituyéndose en una maniobra eficaz para la formación clínica de los estudiantes de las ciencias de la salud, la simulación seguirá siendo empleada en los currículos de enseñanza a nivel superior, por lo que ha demostrado la presente revisión de la literatura científica hacia dónde se encamina y cómo será su evolución en los modelos educativos integrados que puedan certificar una enseñanza efectiva, es posible encontrar algunos dilemas sobre su uso, cabría preguntarse sobre las limitaciones presentes en aquellos docentes que no han sido capacitados en esta área, es una realidad que habrá que afrontar y superar(9).

Como es lógico no todos los docentes van a la par en la implementación de la simulación, el uso de ambas herramientas se destaca en el estado del arte que es complejo, se necesita un mayor entrenamiento y capacitación para los educadores e influyen también el interés que muestren en la mejora cualitativa de sus clases, interviniendo más en la simulación como estrategia de enseñanza, estos aspectos analizados aumentan el valor teórico de esta interesante práctica educativa(15,53), hacia ese futuro deberá encaminarse *briefing* y el *debriefing* como herramientas en la simulación clínica.

4. DISCUSIÓN

La simulación clínica es un procedimiento muy eficaz en el área de ciencias de la salud siendo útiles en el proceso de aprendizaje, permitiendo la implementación de práctica y error con el fin de obtener un medio de retroalimentación, obteniendo conocimientos previos al ingreso en el campo clínico de salud real. (54)

De acuerdo a Amaro y col., la simulación forma parte del proceso enseñanza aprendizaje, aplicando diferentes metodologías que se adapten al nivel de enseñanza planteando distintos procedimientos, ayudando así al estudiante de enfermería adquirir conocimientos sólidos con base científica contribuyendo al trabajo en equipo para un mejor desempeño de su profesión (43). Flores y Hernández apoyan este argumento mencionan que la simulación es fundamental para el aprendizaje, en el cual se hace esencial la creación de escenarios de simulación que ayuden a los estudiantes mantener una participación constante poniendo en práctica conocimientos adquiridos durante su formación académica, siendo el docente partícipe de brindar nuevos conocimientos que complementen al desarrollo de habilidades y destrezas en los estudiantes de enfermería (6).

El Primer código de ética para la vida artificial publicado en el 2015 por Gutiérrez y Martigani alude que los avances tecnológicos utilizando robots simuladores y cyborgs han complementado la enseñanza de los estudiantes de ciencias de la salud incluyendo temas éticos y bioéticos, los simuladores artificiales fueron creados a fin de evitar error en pacientes reales brindando seguridad al paciente desde un entorno virtual de aprendizaje, en el cual el docente evalúa al alumno para posterior realizar una retroalimentación y así poder corregir y resolver errores(44). Gutiérrez concuerda con lo expuesto, pues asume que la realidad actual ha ido afectando paulatinamente en el aprendizaje para estudiantes, viendo necesario implementar la tecnología en el entorno virtual con software informáticos de alta dimensión poniendo en práctica escenarios de vida real, permitiendo que el estudiante pueda repetir y/o corregir errores, recalca que el docente es el principal ente que está asociado a la tecnología junto con sus avances para fortalecer el aprendizaje virtual en estudiantes en el futuro(45).

Bajo esta línea de argumentación para Piña y col., el avance de la simulación clínica a nivel mundial se ha incrementado paulatinamente haciendo referencia cifras más de 1500 simuladores, un 50% en Estados Unidos, 200 en Europa y distribuidos en Sudamérica, Asia, África y Australia. En el año 2000 se manifiesta la simulación en toda Latinoamérica, presentando hasta la actualidad una evolución en la educación clínica para estudiantes de ciencias de la salud. En Ecuador los institutos de educación superior han implementado el desarrollo de simulación clínica en facultades de ciencias de salud inclusive en instituciones de salud del país, con laboratorios o centros de simulación de alta y mediana gama, elevando competencias en el ámbito laboral sin embargo aún no se puede conocer con exactitud el avance de la simulación clínica, manifiesta que éste es indispensable para que el estudiante se acerque a la realidad asistencial dentro del área hospitalaria. (35)

En Canadá Lemay y col., exponen que se ha llevado a cabo la investigación sobre la simulación clínica mediante el uso de la tecnología y cómo este es aceptado dentro del área sanitaria para estudiantes que incluye del proceso aprendizaje basados en simulación ayudando a obtener habilidades que sean aplicables a la práctica clínica mediante la comunicación y el trabajo en equipo sin embargo no existen condiciones facilitadoras (46).

Para Reeves y col., la lectura previa a la simulación por parte de los estudiantes, la sesión informativa donde se establece objetivos y el *debriefing* son herramientas esenciales para el aprendizaje basado en simulación, promoviendo así la confianza en la comunicación dentro del aprendizaje para que estos sean evaluados por el docente intensificando conocimientos en prácticas futuras (47). Anderson y Bennet evidencian que la simulación contribuyen a la formación uniprofesional e interprofesional manteniendo la confianza y familiarización del entorno clínico con escenarios complejos donde el manejo clínico por los estudiantes sean eficaces y oportunos, para ello es necesario que el docente facilitador pueda realizar una sesión informativa y *debriefing* para el logro de objetivos dentro del escenario clínico, brindando conocimientos esenciales para estudiantes del último año, menciona que todos los estudiantes de ciencias de la salud requieren un auténtico entorno de práctica que contribuyan a la competencia dentro del área hospitalaria (48).

Estos hallazgos también se sustentan por Zorn quien identifica estrategias usadas por los docentes, incentivando a los estudiantes dentro de la simulación en centros radiológicos, donde la sesión informativa muestra alta efectividad implementando estrategias motivacionales en el cual se cumplen objetivos planteados, previos al escenario clínico real, asimismo contribuye el equipo tecnológico con simuladores aptos y modernos implementados por instituciones de formación, útiles para clarificar el conocimiento de los estudiantes y estos aplicados en pacientes reales en el futuro (49). Para Jara la simulación clínica es de gran importancia para la adquisición de conocimientos en estudiantes, en base a estrategias didácticas que ayudan al razonamiento, priorizando eventos clínicos para la toma de decisiones mostrando así la satisfacción de los estudiantes dentro del entorno de simulación, siendo el *debriefing* un lugar donde el alumno junto con el docente puedan aclarar dudas mediante la retroalimentación para mejorar la competencia clínica en el ámbito laboral.(50)

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los artículos analizados demuestran la importancia actual de la formación de los futuros profesionales en este sector, donde ha sido posible definir la utilidad del *briefing* y *debriefing* como herramienta de simulación clínica para alcanzar competencias y habilidades en estudiantes de Ciencias de la Salud. En armonía con este análisis se deberá insistir en los programas de capacitación docente para elevar la calidad del empleo de estas herramientas dentro de los modelos pedagógicos del proceso de enseñanza-aprendizaje motivando a los alumnos en el ámbito del saber y saber hacer. Ante el presente contexto las herramientas *briefing* y *debriefing* demuestran su utilidad e incremento dentro del área docente en la simulación clínica para estudiantes de Ciencias de la Salud en diversos países, razón que invita a pensar en desarrollar

programas de capacitación para docentes y estudiantes como metodología que facilite en la corrección de posibles errores que merman la eficacia de este proceso ayudando así a obtener habilidades y destrezas a los estudiantes en periodo de formación académica, dando como resultado profesionales capaces de actuar rápidamente con conocimiento que logren la buena atención hospitalaria y recuperación del paciente.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores

REFERENCIAS

1. UNAM. Fortaleciendo competencias a nivel curricular para facilitar la implementación de Enfermería de Práctica Avanzada en América Latina. *Enfermería Univ.* 2016;13(4):199–200.
2. Luis P, Martínez V, Ángel IM, Aspiazu B, Ortiz IIM. Resultados de trabajo del Grupo para el estudio de las Competencias en Salud. *Educ Médica Super* [Internet]. 2018;32(1):106–17. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v32n1/11_1269.pdf
3. Silva J. Competencias del docente de la carrera de medicina. *Práctica Fam Rural* 4(3) [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.23936/pfr.v4i3.134>
4. Plasencia Díaz JA. Bases teóricas del portafolio en la educación médica basada en competencias. *Educ Médica Super* [Internet]. 2016;30(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2016/cem161p.pdf>
5. Humanante Ramos P, Solís Mazón ME, Fernández Acevedo J, Silva Castillo J. Las competencias TIC de los estudiantes que ingresan en la universidad: una experiencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad latinoamericana. *Educ Médica*, 20(3), 134-139 [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.02.002>
6. Flores MR, Hernández YY. Simulación clínica en la formación de estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica de El Salvador. *Anuario de Investigación: Universidad Católica de El Salvador*, 9, 63-71. *Anu Investig Univ Católica El Salvador* [Internet]. 2020; Available from: [doi: https://doi.org/10.5377/aiunicaes.v9i0.10236](https://doi.org/10.5377/aiunicaes.v9i0.10236)
7. Noa Silverio L, Aguilar Guzmán A, García Sánchez R. La formación en bioética de los profesionales de la salud mediante los entornos virtuales. *Rev Cuba Educ Super* 37(3) [Internet]. 2018;1–11. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v37n3/0257-4314-rces-37-03-e20.pdf>
8. Otálora MLA, Mora MLA, Garrido ALC, Vega RDP, Mejía EAC, Ortegón RLG, et al. Simulación clínica: una experiencia en fisioterapia. Universidad de La Sabana. 2020.
9. Urra E, Sandoval S, Irribarren F. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Investig en Educ médica* [Internet]. 2017;6(22):119–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.147>
10. Casal Angulo M del C. La simulación como metodología para el aprendizaje de habilidades no técnicas en Enfermería. [Internet]. 2016. Available from: <http://hdl.handle.net/10550/54430>
11. Villacis A, Cunuhay C, Rueda D, Cevallos L. Fases de estandarización en clínica

- de simulación para la realización de prácticas en estudiantes de enfermería. *Rev Científica Retos la Ciencia*, 4(1), 55-64 [Internet]. 2020; Available from: <http://retosdelaciencia.com/Revistas/index.php/retos/article/view/296/162>
12. Torres DJ, Rodríguez PY, Portalanza A. Instrumento para evaluar la preparación de docentes en el uso de la simulación como estrategia didáctica. In *Memorias del cuarto Congreso Internacional de Ciencias Pedagógicas de Ecuador* [Internet]. 2018. Available from: <https://scholar.google.es/>
 13. Peñafiel AG, Zúñiga BB, González MD. El aprendizaje basado en simulación y el aporte de las teorías educativas. *Espacios* [Internet]. 2018;39(20). Available from: https://www.researchgate.net/profile/Betty_Bravo2/publication/328768949_El_aprendizaje_basado_en_simulacion_y_el_aporte_de_las_teorias_educativas_Learning_based_on_simulation_and_the_contribution_of_educational_theories_Contentido/links/5e2c65eda6fdcc70a14bbe20/El-aprendizaje-basado-en-simulacion-y-el-aporte-de-las-teorias-educativas-Learning-based-on-simulation-and-the-contribution-of-educational-theories-Contentido.pdf
 14. Gutiérrez Cirlosa C, Navejac J, Sánchez Mendiola M. Modelos de educación médica en escenarios clínicos. *Investig en Educ Médica*. 2020
 15. León-castelao E, Maestre JM. Prebriefing en simulación clínica: análisis del concepto y terminología en castellano. *Educ Médica* [Internet]. 2019;20(4):238–48. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.011>
 16. Lioce L, Meakim CH, Fey MK, Chmil JV, Mariani B, Alinier G. Standards of Best Practice: Simulation Standard IX: Simulation Design. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2015;11(6):309–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.005>
 17. Roussin CJ, Larraz E, Jamieson K, Maestre JM. Psychological Safety , Self-Efficacy , and Speaking Up in Interprofessional Health Care Simulation. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2018;17:38–46. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.12.002>
 18. Maestre M, Rudolph W. Teorías y estilos de debriefing: el método con buen juicio como herramienta de evaluación formativa en salud. *Rev Esp Cardiol*. [Internet]2015;68(4):282–5. Disponible en: https://simulacion-clinica5.webnode.es/_files/200000631-4b28b4b28d/4%20Maestre.%20Debriefing,%20el%20m%C3%A9todo%20con%20buen%20juicio.pdf
 19. Díaz-guío DA, Cimadevilla-calvo B. Educación basada en simulación: debriefing, sus fundamentos, bondades y dificultades. *Rev Latinoam Simulación clínica*. [Internet]2019;1(2):95–103. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/simulacion/rsc-2019/rsc192f.pdf>
 20. Ayala Valladolid D, Espinoza Moreno TM. Utilidad de la simulación clínica para lograr competencias en estudiantes de enfermería en tiempos de COVID-19. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2020;36:1–16. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3946/614>
 21. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación [Internet]. 2004. 533 p. Available from: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38911499/Sampieri.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1543148665&Signature=gzGdqHJ%2Fv3MJcjlUuxzTxZg4WM4%3>

- D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DSampieri.pdf%0Ahttps://pdfs.semantics
22. Díaz V, Calzadilla A. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Ciencias la Salud*. 2016;14(1):115–21.
 23. Hutton B, Catalá F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Revista medicina clínica* [Internet]. 2016;147(6):262-266. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-extension-declaracion-prisma-revisiones-S0025775316001512>
 24. Aguilera Eguía R, Torres Morera LM, Videla Roco AG, Yáñez Baeza CA. ¿Dónde y cómo busco información científica fiable y de calidad? Parte V. *Rev Soc Esp Dolor*. 2017;24(4):217–8.
 25. Ávila R, Mahana P, Rivera C, Mc Coll P. Simulación Clínica como método de formación de competencias en estudiantes de medicina. *Rev Educ Cienc Salud* [Internet] 2016;13(1):11–4. Available from: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2016&q=debriefing+simulaci3n+cl3nica+ciencias+de+la+salud&btnG=#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AzsKs6jBdHZoJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D4%26hl%3Des
 26. Tisi Lanchares J. La simulación clínica posterior a la pandemia COVID-19. *ODOVTOS-International J Dent Sci*. 2020;3(22):16–8.
 27. Negri EC, Mazzo A, Martins JCA, Pereira Junior GA, Almeida RG dos S, Pedersoli CE. Simulación clínica con dramatización: beneficios percibidos por estudiantes y profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enferm*. [Internet]. 2017;25. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100604&script=sci_arttext
 28. Valencia Castro J, Sara Tapia V, Olivares Olivares SL. La simulación clínica como estrategia para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de medicina. *Investig en Educ médica* [Internet]. 2019;8(29):13–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.08.003>
 29. Álvarez MC. Caracterización de los componentes del proceso de enseñanza aprendizaje en estomatología Characterization of the components of the teaching-learning process in dental medicine. 2020;34(3).
 30. Torres AR, Soto ECJ, Patiño DC. Significados de la profesión médica desde la ideología de las y los profesionales de la medicina. *Salud Colect* [Internet]. 2020;16. Available from: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2798>
 31. Pérez Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Herrera Peco I, Oropesa Ruiz NF, Gázquez Linares JJ. Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales : Modelo HUMAS. *Eur J Heal Res*. [Internet] 2019;5(1):63–77. Available from: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-PropuestaDeUnModeloDeHumanizacionBasadoEnLasCompet-7114142.pdf>
 32. Fernández Luque M. La formación en competencias digitales de los profesionales de la salud en el lugar de trabajo. *Rev Cuba Inf en Ciencias la Salud* [Internet]. 2019;30(2):1–23. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v30n2/2307-2113-ics-30-02-e1322.pdf>

33. Solli H, Haukedal TA, Husebø SE, Reiersen IÅ. El arte del equilibrio: el papel del facilitador en el briefing en el aprendizaje basado en la simulación desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería: un estudio cualitativo. *Enfermería BMC* , 19 [Internet]. 2020;1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00493->
34. Opazo E, Rojo E, Maestre J. Modalidad de formación de instructores en simulación clínica: el papel de una estancia o pasantía. *Educ Med.* [Internet].2017 [Citado 09 noviembre 2020]; 18(1): 22-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.008>
35. Piña A, Gonzales L, Fruto A. Avances de la simulación clínica en Ecuador. *Rev. Sinapsis.* [Internet] 2017 [Citado 21 noviembre 2020]; 2 (11). Disponible en: <https://www.itsup.edu.ec/sinapsis/index.php/sinapsis/article/view/128/115>
36. Benaglio C. Antes del encuentro con el paciente. En: Benaglio C, Behrens C, Riquelme A. *Manual del tutor clínico.* Chile: Universidad del desarrollo; 2018.p.82-86.
37. Anglada MI, Fernández CG, Núñez LM. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico a la simulación. Parte 2. *Educ Médica*, 20(4), 231-237 [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.03.001>
38. Guerrero AB, Quintero GF, Osorio AA, López SM. Simulación de alta fidelidad y método pausa reflexión en estudiantes de medicina de la UNAM. *Educ Médica* [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.02.011>
39. Galdames S. Liderando y Gestionando el Tiempo Docente Liderando y Gestionando. Available from: https://www.lidereseducativos.cl/wp-content/uploads/2018/12/PL4_S.G._LIDERANDO-YGESTIONANDO-EL-TD_06-12-18.pdf
40. Ortiz LM, Alzate Avendaño LE, Iturriaga Hernández JL, Monoga Castro BA, Navas Laguna MD, Romero Rojas JD (2019). Modelo de intervención psicosocial: Apoyo al apoyo para los Tecnólogos en Atención Pre Hospitalaria del 123 (Doctoral dissertation). [Internet]. 2019. Available from: <http://repository.unac.edu.co/handle/11254/921>
41. Balart CR, Parada DZ. Aprendizaje de la seguridad asistencial en medicina intensiva. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*, 45(4) [Internet]. 2020; Available from: <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1703>
42. Hilario-huapaya N. Simulación en enfermería : Desafíos y oportunidades para aplicarla en la docencia de la especialidad. 2018;11(1):1–3.
43. Amaro López L, Hernández González PL, Hernández Blas A, Hernández Arzola LI. La simulación clínica en la adquisición de conocimientos en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería. *Enfermería universitaria*, 16(4), 402-413. *Enfermería Univ* [Internet]. 2019;16(4):402–13. Available from: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/543>
44. Gutiérrez FP, Martigani MD. Código de Ética para escenarios de enseñanza-aprendizaje de Ciencias de la Salud con simulación clínica. *Rev Electrónica Didáctica en Educ Super* (17) [Internet]. 2019; Available from: <http://ojs.cbc.uba.ar/index.php/redes/article/view/114/119>
45. Gutiérrez Y. La Simulación Clínica en el entorno actual del Aprendizaje Virtual como

- una herramienta de Innovación Docente. *Yachay-Revista Científico Cult* [Internet] 2020;9(01): 563-8. Disponible en: <https://doi.org/10.36881/yachay.v9i01.231>
46. Lemay DJ, Morin MM, Bazalais P, Doleck T. Modeling Students ' Perceptions of Simulation-Based Learning Using the Technology Acceptance Model. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2018;20:28–37. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.04.004>
 47. Reeves NE, Waite MC, Tuttle N, Bialocerkowski A. Simulated patient contributions to enhancing exercise physiology student clinical assessment skills. *Adv Simul* [Internet]. 2019;4(Suppl 1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s41077-019-0097-6>
 48. Anderson E, Bennett S. Taking a closer look at undergraduate acute care interprofessional simulations: lessons learnt. *J Interprof Care* [Internet]. 2019;1–12. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1676705>
 49. Zorn C, Dillenseger J, Bauer E, Moerschel E, Bachmann B. Motivation of student radiographers in learning situations based on role-play simulation: A multicentric approach involving trainers and students. *Radiography* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.radi.2018.09.002>
 50. Jara Rosales S, Villanueva R, Pérez C, Godoy C, Fernandez J, Sepúlveda J. Percepción de estudiantes de tercer año de la carrera de obstetricia de la Universidad San Sebastián sobre el escenario simulado “eritroféresis neonatal.” *Matronería Actual*. 2020;1:17–26.
 51. Moraes Bastos MS. El debriefing aplicado a la enseñanza de enfermería: ¿qué principios didácticos y pedagógicos ofrece como método de evaluación formativa el debriefing dentro de la simulación clínica a docentes de enfermería? [Internet]. 2020. Available from: <http://repositorio.uai.edu.ar:8080/handle/123456789/1834>
 52. Ruiz Vera P, Gue Martini J. Satisfacción de estudiantes de enfermería con práctica de simulación clínica en escenarios de alta fidelidad. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2020;29:1–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0348>
 53. Armijo Rivera I. Aprendizaje del razonamiento clínico: aporte de la simulación de alta fidelidad con debriefing en medicina. [Internet]. 2020. Available from: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/566>
 54. Altamirano J. La simulación clínica: Un aporte para la enseñanza y aprendizaje en el área de obstetricia. *Revista electrónica educare*. [Internet]. 2019 [Citado 22 de febrero 2020]; 23(2): 1-21. Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/9589>



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero – Junio 2021

ISSN 1390-910X edición impresa

ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 11/ene/2021 - Fecha aprobación 12/abr/2021

ELABORACIÓN DE MEDIOS DE CULTIVO ALTERNATIVOS Y VIABLES PARA EL CRECIMIENTO MICROBIANO DEL BACILLUS SUBTILIS.

(DEVELOPMENT OF ALTERNATIVE AND VIABLE CULTURE MEDIA FOR THE MICROBIAL GROWTH OF BACILLUS SUBTILIS.)

Rodríguez Cervantes Edison Geovanny¹, Gómez Gordillo Alejandra Maribel², Anaya González Jorge Luis³, Miniet Castillo Adriana Edit⁴, Velásquez Calderón Claudia Amparo⁵

¹Universidad Técnica del Norte, Ingeniero en Biotecnología, Magister en Neuropsicología y Educación, Ibarra, Código postal 100101, Ibarra, Ecuador, Orcid: 0000-0002-9287-1350, egrodriguez1@utn.edu.ec

²Universidad Técnica del Norte, Ingeniero en Alimentos, Magister en Agroindustrias con Mención en Calidad y Seguridad Alimentaria, Magister en Ciencias de la Educación, Código postal 100101, Ibarra, Ecuador, Orcid: 0000-0002-2922-8856
amgomez@utn.edu.ec

³Universidad Técnica del Norte, Médico, Especialista en MGI, Especialista en Cirugía General, Master en Urgencias Médicas, Código postal 100101, Ecuador, jlanaya@utn.edu.ec

⁴Universidad Técnica del Norte, Médico, Especialista en Medicina General Integral, Código postal 100101, Ibarra, Ecuador, Orcid: 0000-0001-8350-7816
aeminiet@utn.edu.ec

⁵Universidad Técnica del Norte, Licenciada en Nutrición y Dietética, Magister en Alimentación y Nutrición, Código postal 100101, Ibarra, Ecuador, cavelasquez@utn.edu.ec

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.472>

RESUMEN:

Los medios de cultivo se componen de: una fuente de carbono normalmente son azúcares sencillos como por ejemplo, glucosa o lactosa. El objetivo de esta investigación fue elaborar medios de cultivo alternativos y viables para el crecimiento microbiano del *Bacillus subtilis*, útiles en las prácticas de laboratorio. Se partió de la descripción de los principales medios de cultivo empleados dentro del laboratorio, se identificaron insumos de uso doméstico como, panela, azúcar, miel de bajo costo para remplazar los insumos comerciales. Se realizó el diseño experimental con las variables de fuentes de carbono y grados brix, manteniendo una estructura similar a los medios de cultivo comerciales. Una vez ejecutada su elaboración se procedió a determinar la viabilidad de los medios de cultivo, usando una bacteria en condiciones controladas dentro del laboratorio, a través de la inoculación de *Bacillus subtilis* en una dilución de 105, incubando a 25°C durante 24 y 48 horas. Como resultado se obtuvo que la mejor fuente de carbono fue el azúcar refinado y el azúcar morena que muestran mejores resultados en crecimiento de microorganismos, ya que el costo de los demás materiales sobrepasa considerablemente el valor accesible para los estudiantes. El ANOVA resultó con un p-valor menor a 0,05, lo que quiere decir que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos y el control que fue el medio de cultivo comercial. Se logró elaborar un medio de cultivo para bacterias, con materiales caseros, resultando ser viables y de bajo costo.

Palabras clave: Bacillus subtilis, medio de cultivo, microbiología, viabilidad, bacterias.

ABSTRACT:

Culture media are made up of: a carbon source is usually simple sugars such as glucose or lactose. The objective of this research was to develop alternative and viable culture media for the microbial growth of *Bacillus subtilis*, useful in laboratory practices. It was started from the description of the main culture media used within the laboratory, household inputs such as panela, sugar, low-cost honey were identified to replace commercial inputs. The experimental design was carried out with the variables of carbon sources and brix degrees, maintaining a similar structure to commercial culture media. Once its elaboration was executed, the viability of the culture media was determined, using a bacterium under controlled conditions within the laboratory, through the inoculation of *Bacillus subtilis* in a dilution of 105, incubating at 25 ° C for 24 and 48 hours. As a result, it was obtained that the best carbon source was refined sugar and brown sugar, which show better results in the growth of microorganisms, since the cost of the other materials considerably exceeds the value accessible to students. The ANOVA resulted with a p-value less than 0.05, which means that there are no statistically significant differences between the treatments and the control that was the commercial culture medium. It was possible to develop a culture medium for bacteria, with homemade materials, proving to be viable and inexpensive.

Keywords: Bacillus subtilis, culture medium, microbiology, viability, bacteria.

1. INTRODUCCIÓN

Un medio de cultivo es una preparación líquida o sólida utilizada para el crecimiento, transporte o mantenimiento de microorganismos, en el laboratorio con nutrientes y condiciones fisicoquímicas adecuadas para su desarrollo. De una forma muy general, se puede decir que los medios de cultivo se componen de: una fuente de carbono normalmente son azúcares sencillos como por ejemplo, glucosa o lactosa, pero existen también algunos organismos que usan CO₂ (en este caso serían autótrofos, al igual que las plantas). Como fuente de nitrógeno se suelen usar proteínas parcialmente hidrolizadas, peptonas u otros componentes, como sodio (Na⁺), potasio (K⁺) y vitaminas. Amortiguadores de pH (soluciones tampón o buffer), son sustancias que ayudan a mantener el pH del medio de cultivo dentro de un rango adecuado para el crecimiento de los microorganismos, por ejemplo, suelen usarse como tampones los fosfatos disódicos (Na₂HPO₄) o monosódicos (NaH₂PO₄) (1) (2).

Los laboratorios de instituciones académicas emplean medios de cultivo para la proliferación y estudio de microorganismos como las bacterias, sin embargo, alrededor del mundo el desarrollo de estos estudios se ve limitado por factores económicos, geopolíticos, geográficos, que dificultan el acceso de los estudiantes a estos medios de cultivo para continuar con investigaciones pedagógicas y académicas de cada localidad. La mayoría de medios de cultivo comerciales son de alto costo ya que no existe industria nacional y la mayoritariamente son importados. Generalmente están formulados por una serie de componentes (fuentes de nitrógeno, carbono, sales, vitaminas, minerales) que hacen a estos medios muy costosos para el sector industrial (3)(4).

Ante las dificultades de las importaciones surge la interrogante; será posible reemplazar los medios de cultivo microbiológico por medios elaborados con materias primas accesibles, que rompan las barreras económicas, geopolíticas, geográficas, con un rendimiento aceptable para tareas académicas dentro del laboratorio, para lo que se focalizaron las mejores opciones, empleando materiales diferentes pero de similar desempeño en la proliferación de microorganismos. Obtener opciones para reemplazar el cultivo tradicional de microorganismos, evitar el desabastecimiento y eludir el estancamiento de metodologías prácticas y de proyectos de investigación en los laboratorios de microbiología de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, constituyó el alcance de esta investigación, pues las prácticas son una herramienta imprescindible en el desarrollo académico de futuros profesionales (5).

El objetivo de esta investigación fue elaborar medios de cultivo alternativos y viables para el crecimiento microbiano de *Bacillus subtilis*, útiles en las prácticas de laboratorio, como herramientas pedagógicas para el análisis de alimentos y microbiología. Para lo cual se describieron las principales fuentes de carbono empleadas en la elaboración de medios de cultivo alternativo dentro del laboratorio, identificándose el costo de materias primas de uso doméstico para reemplazar los insumos comerciales, lo que permitió diseñar medios de cultivo alternativos, manteniendo una estructura funcional similar a la tradicional. Además se determinó su viabilidad.

2. METODOLOGÍA

Se utilizó un estudio experimental, de enfoque cuantitativo, para el cual se planteó un diseño DCL (Doble Cuadrado Latino). Se compararon las varianzas con la prueba estadística ANOVA y un error del 5%, determinando diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos.

La variable independiente fue la fuente de carbono, se utilizó el azúcar en 5 tratamientos y la muestra control fue el medio de cultivo comercial. La viabilidad se evaluó verificando el crecimiento microbiano de *Bacillus subtilis* en el medio de cultivo desarrollado.

- Variables dependientes: Grados brix.
- Variables independientes: Fuentes de carbono: Azúcar

Como fuente de carbono se planificaron probar cinco tratamientos junto al control siguiendo la formulación del medio comercial, como se detalla en la tabla 1.

Tabla1. Fuente de carbono: Azúcar

Tratamiento	Concentración de fuente de carbono
P1	Concentración de azúcar 1
P2	Concentración de azúcar 2
P3	Concentración de azúcar 3
P4	Concentración de azúcar 4
P5	Concentración de azúcar 5
Control	39g en 1000mL

Para las pruebas de homologación se realizaron tres repeticiones de cada uno de los tratamientos como medio de cultivo, tanto comercial como alternativo, cuyas características físicas fueron equivalentes, frente al control que es el medio comercial.

Como elección de los materiales de remplazo de la fuente de carbono se revisaron materiales que se encuentren al alcance de la población estudiantil, de los cuales se verificó su calidad y costo beneficio, para ser seleccionada como se detalla en la tabla 2.

Tabla 2. Materiales para evaluar para remplazar la formulación comercial.

Acción en el medio de cultivo	Material o agente bioquímico
Fuente de carbono	Azúcar morena
	Azúcar refinada
	Miel
	Panela

Preparación y condiciones de cultivo.

El medio de cultivo se preparó utilizando: erlenmeyer, matraz, balanza analítica de cuatro topes, caja Petri, agua destilada por osmosis inversa; siguiendo la ficha técnica del medio de cultivo comercial. El proceso de esterilización se realizó en autoclave a 125°C por 45 minutos a una presión de 3 atm y el vertido de los medios de cultivo, al interior de la cámara de flujo laminar. La inoculación del microorganismo se realizó por estriado dentro de una cámara de flujo laminar, con un asa bacteriológica previamente esterilizada, se tomó la muestra de *Bacillus subtilis*, y se realizó la siembra en estriado, es decir con el asa se ejecutó un movimiento en zigzag sobre el medio de cultivo a inocular. Para finalizar se cerró la caja Petri y se inició el proceso de incubación.

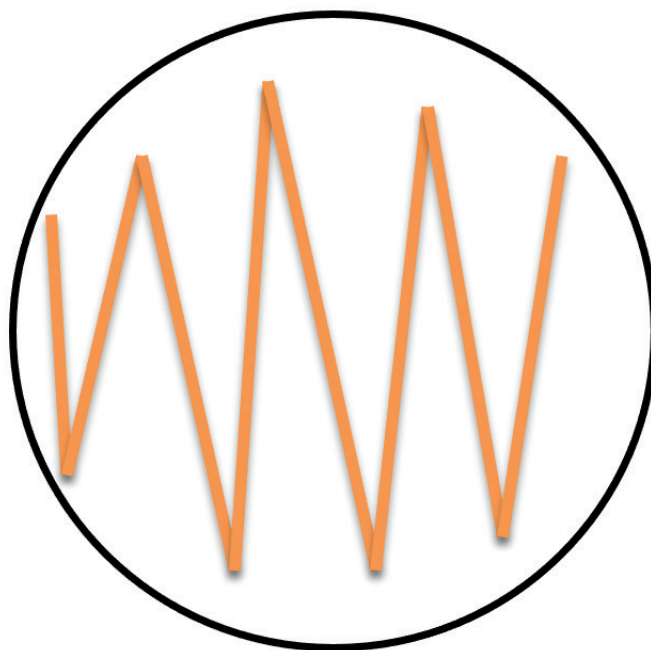


Figura 1. Esquema de la siembra por estriado

La inoculación del microorganismo en el medio alternativo y el medio comercial se llevó a cabo en la misma fecha y hora, incubándose a 25°C durante 24 y 48 horas en dos etapas respectivamente. Para realizar una comparación de la viabilidad de ambos medios de cultivo con bacterias, se empleó una dilución de 10⁵, después de los siete días de incubación se corroboró la presencia del *Bacillus subtilis* con la técnica de tinción Gram, por ser un bacilo Gram positivo.

3. RESULTADOS

Se identificaron varios insumos para el remplazo de las fuentes de carbono, tomando en cuenta materias primas accesibles, de bajo costo, disponibles todos los meses del año y que no afecten la composición nutricional del medio de cultivo alternativo.

Tabla 3. Costo de materias primas de reemplazo

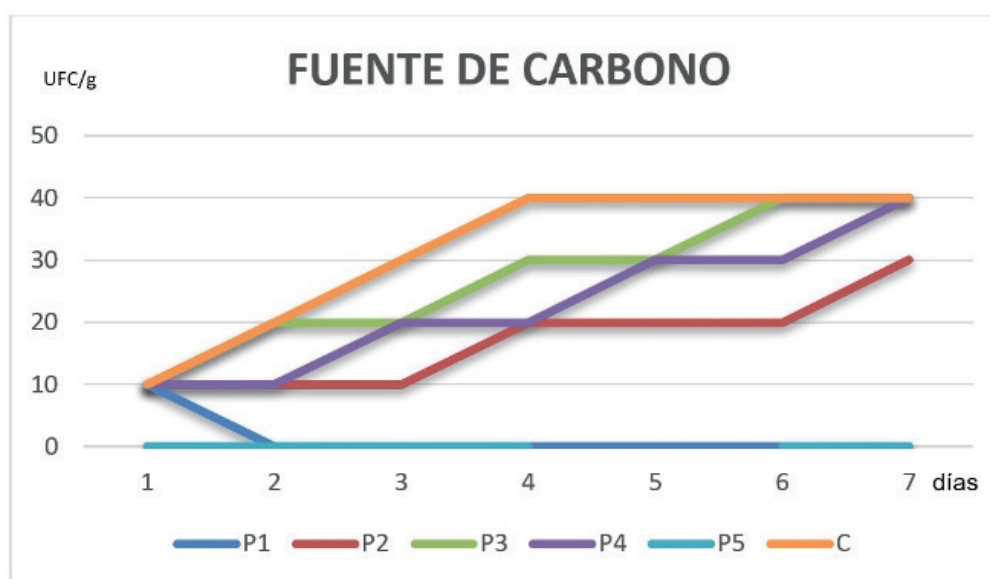
Acción en el medio de cultivo	Material o agente bioquímico	Precio en \$ por Kg (Mercado ecuatoriano)
Fuente de carbono	Azúcar morena	0.54
	Azúcar refinada	0.70
	Miel	8.75
	Panela	2.34

La **Tabla 3.** muestra que las fuentes de carbono alternativas más económicas resultaron ser los azúcares refinado y moreno, las cuales se probaron como sustrato para la preparación de medios de cultivo alternativos y su viabilidad en el crecimiento microbiano.

Tabla 4. ANOVA de la variable fuentes de carbono (azúcar). Grados Brix.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1994,278	5	398,856	652,673	,000
Dentro de grupos	7,333	12	,611		
Total	2001,611	17			

El resultado de la prueba ANOVA con un nivel de significancia de 0,05 demuestra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos y la muestra control, con un p valor menor a 0,05 como se muestra en la Tabla 4. Se midieron los grados Brix, obteniendo valores entre 20° y 40° según los tratamientos aplicados, lo cual no afectó el crecimiento microbiano. La muestra control arrojó un promedio de 8 grados Brix.

**Figura 2.** Días de crecimiento de microorganismos según UFC/g.

En la figura 2 se exhiben las UFC/g en una dilución de 10⁵ y el tiempo en días de crecimiento microbiano. Los ensayos P2, P3 y P4 resultaron viables, siendo P3 (Concentración 3 de azúcar) el que mostró mejores resultados en el momento de la formulación bioquímica y presentó suficiente carbono para sustentar la vida. P1 no contó con la suficiente concentración de carbono para una adecuada viabilidad y P5 durante la esterilización incineró el exceso de azúcar, dañando el medio de cultivo y demostrando no ser viable.

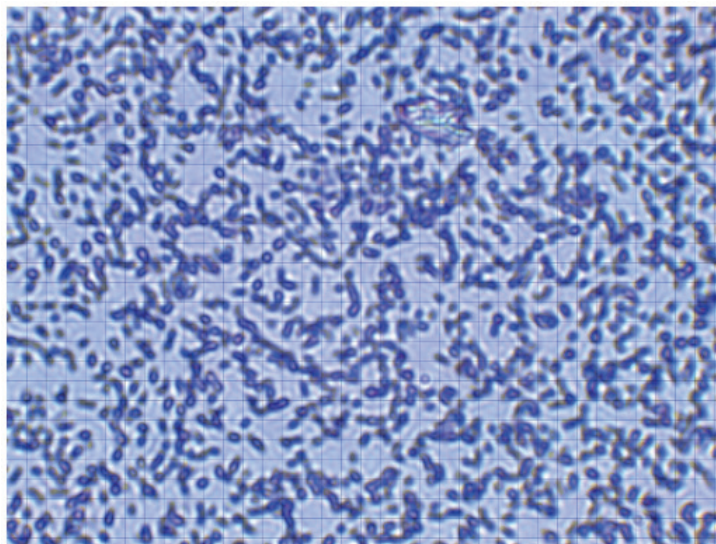


Figura 3. Vista microscópica del cultivo de *Bacillus subtilis* con Tinción Gram

El medio de cultivo alternativo resultó viable para crecimiento de la bacteria *Bacillus subtilis*, lo que se muestra en la Figura 3 a través de la fotografía realizada con el microscopio trinocular, es una tinción Gram para corroborar si el microorganismo que creció fue *Bacillus subtilis*, obteniendo el resultado Gram positivo.

4. DISCUSIÓN

Diseñar medios de cultivo alternativos demanda tener en cuenta los requerimientos nutricionales de estos microorganismos empleándolos en la forma y proporción adecuadas. El estudio de las fuentes de carbono que emplean microorganismos heterótrofos que permite una mayor comprensión de su ecología y su comportamiento durante la producción industrial de inoculantes (5).

Los azúcares refinado y moreno como fuentes de carbono alternativas mostraron ser las más económicas, mismas que se probaron como sustrato para la preparación de medios de cultivo alternativos y su viabilidad en el crecimiento microbiano. Un estudio del 2018 muestra resultados similares en el crecimiento de *Rhizobium* sp., un microorganismo que emplea diferentes fuentes de carbono para su crecimiento, con capacidad para multiplicarse en manitol, glucosa y glicerol aprovechándose para el diseño de medios de cultivo más económicos (6).

En el presente estudio el azúcar mostró los mejores resultados en la viabilidad del crecimiento microbiano, pues la fácil liberación del carbono permite que los microorganismos no deban realizar una acción de degradación para obtenerlo, como se muestra en la tabla 4. Según Osorio, se presentaron similares resultados desde el punto de vista económico, en un estudio de reemplazos de las fuentes de carbono y nitrógeno alternativas, los medios que posibilitaron la actividad enzimática son los que contienen suero de leche (como fuente de carbono y de nitrógeno) y harina de maíz (como fuente de nitrógeno). Al ser el suero de leche un sub producto de la industria láctea que constituye un residuo para muchas empresas, resulta una materia prima favorecedora, a nivel económico, en la elaboración de los medios de cultivo (7).

Después de haber realizado los experimentos y determinar los mejores tratamientos para fuentes de carbono, el resultado de la prueba ANOVA con un nivel de significancia de 0,05 demuestra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos y la muestra control, con un p valor menor a 0,05, se midieron los grados Brix, obteniendo valores entre 20° y 40° según los tratamientos aplicados, lo cual no afectó el crecimiento microbiano. La muestra control arrojó un promedio de 8 grados Brix. En un estudio realizado en el 2015 muestra como resultado se obtuvo un medio compuesto por sacarosa y extracto de levadura fue suficiente para un crecimiento efectivo de la bacteria *B. licheniformis*, C-232, desde el punto de vista de la productividad y del costo por gramo de biomasa obtenida, lo cual se compara a nuestro estudio, en el que se utilizó una fuente de carbono como el azúcar (8).

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se identificaron la gelatina sin sabor y el azúcar como insumos de uso doméstico que se obtienen a un bajo costo, como materia prima para reemplazar los medios de cultivo comerciales. De acuerdo con los resultados obtenidos, el medio de cultivo elaborado con estos materiales alternativos fue viable para el crecimiento de *Bacillus subtilis*, obteniendo un mayor crecimiento en las combinaciones de T2 (25g de gelatina sin sabor, agente solidificante), con P2 (30g azúcar, fuentes de carbono) demostraron presencia de un microorganismo bacilo gran positivo, viabilizando su desarrollo y albergándolo un tiempo posterior a los siete días de incubación a 25°C. Los demás tratamientos no fueron viables.

6. RECONOCIMIENTO

A las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, en especial a la Dra. Salomé Gordillo, Coordinadora de la Carrera de Medicina, por su apoyo a la educación y contribución a la ciencia.

REFERENCIAS

1. Barrero Cuevas L. Microbiología clínica [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 4]. Available from: www.sintesis.com
2. Prescott LM, Harley JP, Klein DA, Agud Aparicio JL. Microbiología. 1999;
3. Victoria BM, Guillermo P, Bergamini H/, Viviana C. MEDIO DE CULTIVO ECONÓMICO PARA LA PRODUCCIÓN DE BIOMASA DE LACTOBACILLUS PARACASEI 90. 2017;

4. Mendez-Ubeda J, Flores Hernandez M, Paramo-Aguilera L. AISLAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE BACILLUS subtilis Y EVALUACIÓN DEL ANTAGONISMO IN VITRO FRENTE HONGOS FITOPATÓGENOS ISOLATION AND IDENTIFICATION OF BACILLUS subtilis AND EVALUATION OF ANTAGONISM IN VITRO AGAINST PHYTOPATHOGENIC FUNGI. Nexo. 2017;30(02):96–110.
5. Kovács ÁT, Dragoš A. Evolved Biofilm: Review on the Experimental Evolution Studies of Bacillus subtilis Pellicles. J Mol Biol. 2019 Nov 22;431(23):4749–59.
6. Suzaki T, Yoro E, Kawaguchi M. Leguminous Plants: Inventors of Root Nodules to Accommodate Symbiotic Bacteria. Int Rev Cell Mol Biol. 2015;316:111–58.
7. Osorio A, Gómez N, Sánchez C. Evaluación de diferentes fuentes de carbono y de nitrógeno para la producción de renina a partir del moho Mucor miehei Evaluation of different sources of carbon and nitrogen in the production of rennet from Mucor miehei. Vol. 45, Rev. Fac. Ing. Univ. Antioquia N.º. 2008.
8. Rizo-porro M, González-fernández N, Pérez-martínez A. Diseño de un medio de cultivo con base en sacarosa. 2015;



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero –Junio 2021

ISSN 1390-910X edición impresa

ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 12/ene/2021 - Fecha aprobación 05/may/2021

**ESTADO GENERAL DE SALUD MENTAL EN PANDEMIA COVID-19, EN
CHOFERES DE LA COOPERATIVA SUPERTAXIS
JULIO ANDRADE.**

**(GENERAL STATE OF MENTAL HEALTH IN A COVID-19 PANDEMIC, IN DRIVERS
OF THE SUPERTAXIS COOPERATIVE “JULIO ANDRADE.)**

Ana Elizabeth Escobar Chapués ¹, Darwin Raúl Noroña Salcedo ², Lucas García Orozco ³, Julio Rodrigo Morillo Cano ⁴, Milagros Escalona Rabaza ⁵, Gabriela García Boyx ⁶, Salomón Proaño Ramón ⁷, Segundo Wilfrido Cargua Janeta ⁸

¹ *Maestrante en Salud Ocupacional, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Tulcán, Ecuador, Orcid: 0000-0002-7545-5478, pg.anaeec47@uniandes.edu.ec*

² *Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador, Orcid: 0000-0002-0630-0546, pg.docentedns@uniandes.edu.ec*

³ *Hospital Básico Asdrúbal de la Torre, Servicio de Cirugía General, Cotacachi. Ecuador. Orcid: 0000-0002-9204-3416, gamilulu7952@gmail.com*

⁴ *Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador, Orcid: 0000-0001-6910-4041, ut.juliomorillo@uniandes.edu.ec*

⁵ *Dirección Distrital 10D03. Provisión de los Servicios de Salud, Ibarra, Ecuador, Orcid: 0000-0002-5782-8285, felicontrerasyametti@gmail.com*

⁶ *Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Facultad 1 de Medicina, Santiago de Cuba, Cuba, Orcid: 0000-0001-6759-8498, ggb2000@nauta.cu*

⁷ *Gerencia Dirección Hospital General San Vicente de Paúl, Ibarra, Ecuador, Orcid: 0000-0003-1684-0840, salomonpro@hotmail.com*

⁸ *Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Universidad Central del Ecuador, Quito. Hospital Básico Antonio Ante, Servicio de Cirugía General, Atuntaqui. Ecuador, Orcid: 0000-0003-4901-3948, drcargua@hotmail.com*

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.473>

RESUMEN

La salud mental es parte esencial de cada individuo, determinada por factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales; asociada a los continuos cambios sociales, las condiciones de trabajo, sobre todo aquellas que generan estrés laboral, a los modos de vida poco insalubres y de riesgos, además del inadecuado estado de salud, entre las más importantes. Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo, en el que se evaluaron 31 personas que laboraban como choferes profesionales activos de la Cooperativa Supertaxis "Julio Andrade" del Cantón Tulcán, provincia Carchi, Ecuador; durante abril a octubre de 2020, para caracterizar las dimensiones del estado general de salud mental en la pandemia COVID-19, utilizando el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-30. Se determinó que los factores de disfunción social (67,7%), insomnio (29%) y síntomas somáticos (22,6%) se presentaron como situaciones intermedias y nocivas, de mayor relevancia. De igual manera, existió una relación estadísticamente significativa entre los síntomas psicósomáticos y la jornada laboral ($p = 0,009$), y con el horario de trabajo ($p = 0,000$); además de relación de significancia estadística entre el insomnio y el cargo desempeñado ($p = 0,031$). Se demostró que los síntomas psicósomáticos y el insomnio fueron los factores relacionados significativamente con la jornada y horario laboral, además del cargo del trabajador; asumiendo por tanto que los mismos se relacionaban por consiguiente con la mayor tensión emocional experimentada por la COVID 19 en el periodo analizado.

Palabras clave: choferes profesionales, pandemia, COVID 19, salud mental.

ABSTRACT

Mental health is an essential part of each individual, determined by socioeconomic, biological and environmental factors; associated with continuous social changes, working conditions, especially those that generate work stress, unhealthy and risky lifestyles, as well as inadequate health, among the most important. A descriptive and prospective study was carried out, in which 31 people who worked as active professional drivers of the Supertaxis Cooperative "Julio Andrade" of the Tulcán Canton, Carchi province, Ecuador; during April to October 2020, to characterize the dimensions of the general state of mental health in the COVID-19 pandemic, using the Goldberg GHQ-30 general health questionnaire. It was determined that the factors of social dysfunction (67.7%), insomnia (29%) and somatic symptoms (22.6%) were presented as intermediate and harmful situations, of greater relevance. Similarly, there was a statistically significant relationship between psychosomatic symptoms and working hours ($p = 0.009$), and with working hours ($p = 0.000$); in addition to the statistical significance relationship between insomnia and the position held ($p = 0.031$). It was demonstrated that the psychosomatic symptoms and insomnia were the factors significantly related to the working day and hours, in addition to the position of the worker; assuming therefore that they were therefore related to the greater emotional stress experienced by COVID 19 in the period analyzed.

Keywords: professional drivers, pandemic, COVID 19, mental health.

INTRODUCCIÓN

La salud mental en los choferes debe ser considerada como prioritaria: no obstante, “son un gremio olvidado y afectado dramáticamente en el aspecto psicológico como en el físico, dadas sus condiciones laborales” (1).

En el ámbito profesional son considerados como trabajadores sociales, pero con frecuencia se omite el hecho que, durante la conducción de un automóvil, las expresiones más comunes que se mencionan tienen relación con los pasajeros y a esto se puede relacionar el riesgo asociado a contraer la COVID 19, durante la actual pandemia (2).

En los últimos meses la pandemia de la COVID-19, ha llevado a la necesidad urgente de ejecutar una evaluación oportuna del estado de salud mental de las personas en la sociedad, influenciada por el estrés mantenido. Existen comentarios sustentados en evidencias científicas que pronostican profunda y amplia gama de impactos psicosociales en personas a nivel individual, familiar, comunitario y social durante los brotes de infecciones con repercusión similar. A nivel individual una de las emociones que más se experimenta es el miedo a enfermarse o morir, el riesgo de infectarse e infectar a otros, especialmente si el modo de transmisión de la COVID-19 no es entendido por completo, produce mayor ansiedad (3).

Existen evidencias precedentes enfocadas en determinar la salud mental, y así, relacionarlas con la pandemia COVID 19; condición que puede afectar de preferencia a los choferes profesionales. De igual manera identificar, abordar y superar los problemas y fenómenos psicosociales que se manifiestan con más frecuencia en los choferes evaluados; a fin de comprender de manera integral la problemática planteada por el sujeto, generando formas prácticas de enfrentar las dificultades (4). Es importante considerar que el transporte público representa uno de los principales medios para la movilización utilizados por la población.

Es de vital importancia darle un trato precoz a las actividades que se desarrollan en este grupo singular de trabajadores para diagnosticar, tratar y prevenir los diferentes riesgos a efectos psicológicos que se pudiera presentar en los mismos. (5)

El estado actual del problema detectado en la salud mental está determinado por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. (6)

La realidad que experimentan los conductores crea conciencia y abre un espacio para implementar políticas de salud que busquen su bienestar, y a la vez es una puerta de entrada a crear conocimiento sobre la necesidad de estudiar a este grupo poblacional (7). Los choferes son parte importante de la actividad laboral de cualquier

economía, no solo por la actividad en sí misma, en la que transportan mercancías y personas en territorio local, nacional e internacional; sino porque componen gran porcentaje de la población económicamente activa de un país. (8)

La actividad laboral que realizan las cooperativas de taxis ha sido considerada como una fuente estresante (9), porque sus trabajadores están continuamente en contacto con los usuarios y a menudo con la muerte, en tiempos de pandemia. Ahora bien, el problema va más allá de saber cómo y en qué dimensiones está afectando psicológicamente la situación del coronavirus a los choferes profesionales en las actividades que realizan diariamente, así como también relacionar los efectos psicológicos que se detecten con la pandemia COVID-19, en los choferes de la cooperativa Supertaxis "Julio Andrade", durante los meses de abril a octubre del presente año. (10)

Pretendemos, por tanto, caracterizar el estado general de salud mental de los choferes profesionales de la cooperativa ya citada frente a la actual pandemia, evidenciando que la problemática del transporte va más allá del accidente de tránsito y se extiende fatalmente al daño psicológico, pudiendo posteriormente conllevar a consecuencias más graves como la de pérdidas humanas relacionadas con las enfermedades mentales. Lo anterior, permitió identificar las relaciones entre este grupo laboral, inmerso en la peculiar situación de salud, aplicando como técnica el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-30, siendo una herramienta efectiva para la valoración de la salud mental en la población en general. (11)

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y prospectivo, durante los meses de abril– octubre de 2020, con el propósito de caracterizar la salud mental en general. El universo estuvo constituido por toda la población de trabajadores de este gremio de taxistas (total 31 choferes profesionales) de la cooperativa Supertaxis "Julio Andrade", pertenecientes al Cantón Tulcán; la cual trabaja bajo un orden establecido, respecto a los recorridos que deben realizar, los horarios de trabajo durante la jornada laboral y la tarifa que deben cobrar, factores que varían según la demanda de pasajeros.

La muestra seleccionada aplicando el método no probabilístico por cuotas, resultó ser coincidente con los 31 trabajadores, los cuales lo manifestaron firmando el consentimiento informado, previo la aplicación de criterios de inclusión y exclusión establecidos por la autora del trabajo. Se definieron como criterios de inclusión pertenecer de manera activa a la cooperativa Supertaxis "Julio Andrade", no haber padecido antes y durante la investigación de COVID-19, así como haber firmado el consentimiento de informado de ser incluidos en la investigación. En tanto los criterios de exclusión resultaron en la negatividad de participar en el estudio, ya sea inicial o que surgiera esta antes de haber concluido la investigación, motivada por razones personales o de fuerza mayor, así como aquellos que respondiesen de manera incompleta el cuestionario.

Se respetó el derecho de cada participante de acuerdo a los principios establecidos en la norma de la Declaración de Helsinki, y sólo se inició luego de la aprobación del tema de investigación por parte de la Dirección de Posgrados y del Comité de Bioética de la Universidad Regional Autónoma de los Andes y la autorización de la Dirección del gremio de taxistas de la cooperativa Supertaxis "Julio Andrade", pertenecientes al Cantón Tulcán.

La información de las variables sociodemográficas y laborales, fue recolectada mediante una entrevista, para lo cual se creó un cuestionario validado por el asesor metodológico y asesor académico y un experto en el área. Además, se implementó el cuestionario de salud general de Goldberg en su versión de 30 ítems (1972), basado en la técnica de la encuesta, mismas que se aplican de forma voluntaria durante el mes de octubre del año 2020, en el tiempo de espera de pasajeros y durante su tiempo libre y se utilizó para la recolección de datos papel (cuestionarios) y esfero. En el presente estudio se analizó la realidad regional, enfrentando un problema mediante la aplicación del método científico.

Se analizaron relaciones entre las variables cualitativas nominales: género, edad, estado civil, instrucción, antigüedad en el trabajo, horario de trabajo, jornada de trabajo y, los datos cualitativos ordinales bajo sus 5 dimensiones del cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-30: somático, insomnio, ansiedad, depresión, disfunción social. Se llevaron a cabo cálculos de inferencias para cada variable nominal y factor de salud de Goldberg.

Los resultados obtenidos se procesaron por medio del paquete SPSS v. 2.4, así como se procedió a calcular frecuencias y porcentajes de las variables analizadas, y para determinar la significancia estadística, se utilizó el valor de $p < 0,05$ del X^2 cuadrado de Pearson. Posteriormente los resultados se tabularon por medio del programa Excel 2016.

3. RESULTADOS

En la Tabla 1 se observa, que existió predominio absoluto del sexo masculino, representado por 30 encuestados (82.20%), así como aquellos con edades menores de 40 años, representados por más de la mitad (71.10%), y cerca de la mitad eran solteros (44.10%). En relación al tiempo de trabajo (antigüedad) predominaron los trabajadores con menos de 5 años de trabajo representados por 64.40%, y más de la mitad de los analizados laboraban en turnos rotativos (62.20%) y en jornada completa (97.80%), desempeñándose casi de manera absoluta como operarios (80%).

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales identificadas.

Variable	N	%
Sexo		
Mujeres	1	3,2%
Hombres	30	96,8%

Edad		
20 – 30	10	32,3%
31 – 40	7	22,6%
41 – 50	7	22,6%
51 – 60	5	16,1%
+ 60	2	6,5%
Estado civil		
Soltero	6	19,4%
Casado	20	64,5%
Divorciado	2	6,5%
Otro	3	9,7%
Cargo		
Operario/Trabajador calificado	25	80,6%
Empleado oficina/Administrativo	2	6,5%
Jefe intermedio	3	9,7%
Ejecutivo/Jefatura superior	1	3,2%
Instrucción		
Primaria	4	12,9%
Secundaria	20	64,5%
Tecnóloga/Técnico	2	6,5%
Tercer Nivel	5	16,1%
Antigüedad en su trabajo		
Menos de 6 meses	1	3,2%
Entre 6 meses a 1 año	4	12,9%
Entre 1 a 5 años	7	22,6%
Entre 5 a 15 años	12	38,7%
Más de 15 años	7	22,6%
Jornada de Trabajo		
Parcial	8	25,8%
Completa	23	74,2%
Horario		
Diurno	29	93,5%
Nocturno	0	0%
Turnos Rotativos	2	6,5%

Fuente: base de datos SPSS
Realizado por A. Escobar

En la Tabla 2, se evidencia que el 27,75% de los encuestados registró una situación de intermedia a nociva, lo cual se asocia a una alta probabilidad de presentar efectos psicológicos en el futuro, condicionado en gran medida al aumento de la tensión emocional experimentada por la pandemia de la COVID-19, según resultados obtenidos de los indicadores del test aplicado. No obstante, llama poderosamente la atención que más de la mitad de los analizados (72.25%), evaluaron la condición de normal, pese a que se encontraban en igual riesgo que los anteriores. Pudiera existir relación con las edades encuestadas, pues 24 personas del grupo que evidenció alta probabilidad tenían niveles de escolaridad de secundaria o menor.

Tabla 2. Estado general de salud, según cuestionario de Goldberg.

Mediciones	Indicadores del cuestionario Goldberg
Situación normal	72,25%
Situación intermedia	23,23%
Situación nociva	4,52%
Total	100%
Riesgo anestésico ASA	
ASA I
ASA II	29 (49.2%)
ASA III	30 (50.8%)
Consumo de alcohol	18 (30.5%)
Con diagnóstico de anemia	29 (49.2%)

Fuente: base de datos SPSS
Realizado por A. Escobar

La Tabla 3, refleja que el indicador disfunción social es el elemento que se presentó con mayor frecuencia en el grupo de choferes profesionales, alcanzando el 67,7 por ciento de exposición intermedia y nociva. Así también, el insomnio en los conductores resultó un indicador que se evidenció con un nivel de exposición del 29,0 % atribuible a exposición intermedia. Los síntomas somáticos manifestaron una afectación intermedia y nociva en un 22,6 por ciento. La depresión englobó un 12,9 % y por último el factor ansiedad con un 6,5%.

Tabla 3. Frecuencia de efectos, según el cuestionario de Goldberg.

Indicadores del test	Situación nociva	Situación intermedia	Situación normal
Síntomas somáticos	6,5%	16,1%	77,4%
Ansiedad	0,00%	6,5%	93,5%
Insomnio	0,00%	29,0%	71,0%
Disfunción social	16,1%	51,6%	32,3%
Depresión	0,00%	12,9%	87,1%

Fuente: base de datos SPSS
Realizado por A. Escobar

Al analizar la Tabla 4, se evidencia que, existió una relación estadísticamente significativa entre los síntomas psicósomáticos y la jornada laboral ($p = 0,009$) y también con el horario de trabajo ($p = 0,000$). La presencia del insomnio tuvo significancia estadística con el cargo que ocupa el chofer profesional ($p = 0,031$).

Tabla 4. Relación entre las características sociodemográficas y laborales con los efectos psicológicos identificados.

Variables	Síntomas psicósomáticos	Ansiedad	Insomnio	Disfunción social en la actividad diaria	Depresión
Genero	0,860	0,790	0,516	0,616	0,739
Edad	0,231	0,471	0,295	0,616	0,693
Estado civil	0,698	0,759	0,823	0,843	0,609
Antigüedad	0,802	0,496	0,632	0,114	0,713
Cargo que ocupa	0,325	0,256	0,031*	0,580	0,083
Instrucción	0,934	0,418	0,598	0,911	0,609
Jornada	0,009*	0,389	0,540	0,247	0,282
Horario	0,000*	0,701	0,499	0,331	0,632

Fuente: base de datos SPSS

Realizado por A. Escobar

(*) Prueba de Chi – cuadrado

4. DISCUSIÓN

Nuestros datos reflejan que el sexo masculino resultó predominante (96,8%), lo cual pudiera estar relacionado con el cargo desempeñado por la mayoría de los encuestados como trabajadores calificados (80,6%). La edad preponderante en nuestra investigación resultó entre 20 a 40 años (54,9%), hallazgo que pudiera relacionarse con la instrucción académica secundaria (64,5%). La antigüedad laboral entre 5 a 15 años (38,7%) resultó otro elemento llamativo en los datos obtenidos que pudiera relacionarse con el estado civil casado que resultó mayoritario (64,5%). Existen estudios precedentes que muestran resultados no totalmente coincidentes. En 2017 en Colombia, Useche y colaboradores (13) al analizar 524 choferes profesionales, encontraron preponderancia del sexo masculino, con experiencia laboral entre 2 a 43 años de conducción.

Del mismo modo, Venugopal y coautores en el año 2020 (14) utilizaron el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-30 en un estudio realizado en la India, para evaluar la salud mental de la población asociada a la pandemia COVID19. Se demostró que los grupos de edades predominantes eran entre 18 a 30 años, seguido por el grupo entre 31 a 60 años, siendo la edad media de 36,52 años, y de estos varones en más de la mitad, de los cuales el 46,80% eran casados. La mayoría de los participantes tenían un nivel de instrucción superior al secundario (83,66%).

Otros estudios precedentes también aplicaron el cuestionario Goldberg. Tal es el caso de Ohta y colaboradores (15), quienes evaluaron 1.216 habitantes japoneses de entre 40 y 92 años, encontrando preponderancias de féminas (13,7%) que puntuaron

por encima del punto de corte que se utiliza para indicar trastornos psiquiátricos menores. El análisis factorial indicó que los cambios en los roles sociales de sexo con la edad afectan la salud mental de la población general.

En la actual serie el indicador disfunción social es el elemento que se presenta con mayor frecuencia en el grupo de choferes profesionales, alcanzando 67,7% de exposición intermedia y nociva. Resultados similares muestran estudios previos relacionados con la actual situación de pandemia, al considerar que la disfunción social es el elemento con mayor exposición a efectos psicológicos: Buitriago y colaboradores (16) evidenciaron que la disfunción social resultó el elemento con mayor exposición a efectos psicológicos. Similar conclusión refirió Ramírez-Ortiz y coautores (17) al determinar que, dependiendo de las características de la disfunción y aislamiento social, muchos eventos pueden volverse traumáticos.

Estos eventos se pueden relacionar con el aumento de la tensión emocional asociada a la pandemia COVID 19, en la que el chofer profesional por su trabajo trata directamente con clientes, provocando repercusiones somáticas tales como cefaleas, alteraciones digestivas o dolor no explicado, elevación de las pulsaciones, sudoración, tensión muscular, dolores, temblores, escalofríos respiración profunda, mareos, oleadas de calor, pérdida de peso o aumento del mismo, insomnio o hipersomnia, agitación, pérdida de energía, no relacionadas directamente con una infección por COVID 19.

Así también, el insomnio en los conductores es un indicador que se presenta con un nivel de exposición intermedia del 29,0 %. Series precedentes (18), identifican tanto un trastorno fisiológico como un trastorno psíquico en el trabajador; provocando un sentimiento de temor cuando se experimenta situaciones amenazantes o difíciles; manifestado a través de un desequilibrio entre deseos, aspiraciones, expectativas o necesidades y logros. Como consecuencia y desde el punto de vista laboral, el chofer profesional se siente preocupado todo el tiempo, cansado, irritable, duerme mal y no puede concentrarse.

Nuestros datos reflejan que los síntomas somáticos manifiestan una afectación intermedia y nociva (22,6 %). En el presente año se realizó un análisis sistemático (19), donde se encontraron tasas relativamente altas de síntomas de ansiedad (entre el 6,33% a 50,9%), depresión (14,6% a 48,3%), trastorno de estrés postraumático (7% a 53,8%), angustia psicológica (34,43% a 38%) y estrés (8,1% a 81,9%) en la población general durante la pandemia de COVID-19. Los factores de riesgo asociados a la ansiedad incluyeron el sexo femenino, edad ≤ 40 años, y el desempleo.

Se evidenció relación estadísticamente significativa entre los síntomas psicosomáticos y la jornada laboral ($p = 0,009$), asimismo con el horario de trabajo ($p = 0,000$). La presencia del insomnio tuvo significancia estadística con el cargo que ocupa el chofer profesional ($p = 0,031$). Por lo que se podría definir que el conductor al laborar una jornada completa (12horas) diaria, experimenta síntomas como: cefaleas, alteraciones digestivas o dolor no explicado, elevación de las pulsaciones, sudoración, tensión muscular, dolores, temblores, escalofríos respiración profunda, mareos,

oleadas de calor, agitación y pérdida de energía. Datos coincidentes evidenciaron en el 2017 al encontrar una relación estadísticamente significativa entre las horas de trabajo 2 a 14 horas con el estrés laboral ($p = 0,000$), la carga laboral ($p = 0,000$), y con la antigüedad laboral ($p = 0,00$). No obstante, no determinaron relación significativa con los días de trabajo semanal ($p = 0,81$).

Paradójicamente Ueda y colaboradores (20), realizaron un estudio en una población de Japón donde obtuvo como resultados que ser un trabajador tiempo parcial o trabajador temporal, se asociaba con mayores probabilidades de depresión, mientras que la asociación con la ansiedad tuvo significación estadística. No obstante, concluyeron que la población puede ser particularmente vulnerable durante la actual crisis de COVID-19.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los factores de disfunción social, insomnio y síntomas somáticos se presentaron como situaciones intermedias y nocivas, de mayor relevancia en los choferes profesionales activos de la Cooperativa Supertaxis "Julio Andrade" del Cantón Tulcán, provincia Carchi, en los cuales se evidenció que la relación entre los síntomas psicosomáticos referidos con la jornada y el horario de trabajo, resultó estadísticamente significativa, así como relación estadísticamente significativa entre el insomnio con el cargo desempeñado.

6. RECONOCIMIENTOS

Agradecimiento especial a nuestros pacientes y sus familias por tan valiosa colaboración, la cual nos ha permitido como autores poner en marcha esta investigación,

REFERENCIAS

Artículos en revistas científicas

1. Garcia Garcia, N. Estacion de bienestar para transportadores publicos "el espacio como generador de la salud mental". 2017. Disponible en: <https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/bitstream/handle/20.500.12010/2811/Monograf%C3%ADa%20Natalia%20Garc%C3%ADa%20final%20%283%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. CerdaDíazE, RodríguezBustosHH, LevekeGonzálezFD, ReyesMartínezSI, Olivares Péndola G. Calidad de vida en conductores de taxis colectivos usando el cuestionario short form 36 Versión 2. Cienc Trab. 2015 Apr17;(52):43-8. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000100009.
3. Ribot Reyes V de la C, Chang Paredes N, González Castillo A. Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2020;19(Suplemento). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400008.
4. Mera D, Jimbo R. Salud mental y respuestas psicosociales frente a COVID-19. 2020.

- Disponibke en: <https://puceapex.puce.edu.ec/web/covid19-medidas-preventivas/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/saludmental.pdf>.
5. Bravo C, Nazar G. Riesgo psicosocial en el trabajo y salud en conductores de locomoción colectiva urbana en Chile. *Salud los Trab.* 2015;23(2):105–14. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1315-01382015000200004&script=sci_arttext&lng=en.
 6. Salud OP de la Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 25]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
 7. Sepúlveda Guerra EB, Valenzuela Suazo SV, Rodríguez Campo VA. Condiciones laborales, salud y calidad de vida en conductores. *Rev Cuid.* 2020 May 13;11(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7445027>.
 8. Berrones-Sanz LD, González Peña EC. Vista de State of the art of the work and health conditions of the professional drivers / Estado del arte de las condiciones laborales y de salud de los choferes profesionales. *Rev Investig la Salud del Trab.* 2018;1(2).
 9. Etienne CF. Salud mental como componente de la salud universal. *Rev Panam Salud Pública.* 2018;42. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e140/es/>.
 10. Erazo Morales JL, Villacrés Cáceres PR. Técnicas de condicionamiento encubierto en el estrés laboral de los choferes de la “Cooperativa de taxis Bonilla Abarca”. [Riombamba]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2015. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/1026>.
 11. Jeff Huarcaya V. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID 19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020 Sep 24;37(2):327-61. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2020.v37n2/327-334/es/>.
 12. Villa G IC, Zuluaga Arboleda C, Restrepo Roldán LF. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Av en Psicol Latinoam.* 2013;31(3). Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1656>.
 13. Useche S, Cendales B, Gómez V. Work stress, fatigue and risk behaviors at the wheel: Data to assess the association between psychosocial work factors and risky driving on Bus Rapid Transit drivers. *Data Br.* 2017 Dec 1;15:335-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352340917304638>.
 14. Venugopal VC, Mohan A, Chennabasappa LK. Status of mental health and its associated factors among the general populace of India during COVID-19 pandemic. *Asia-Pacific Psychiatry.* 2020. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/appy.12412>.
 15. Ohta Y, Kawasaki N, Araki K, Mine M, Honda S. The factor structure of the general health questionnaire (GHQ-30) in Japanese middle-aged and elderly residents. *Int J Soc Psychiatry.* 1995;41(4):268-75. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002076409504100404>.
 16. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MDC, Tizón García JL, Grupo de Salud Mental del PAPPS. [Mental health in epidemics: A perspective from the Spanish Primary Health Care]. *Atencion Primaria.* 2020 Nov;52 Suppl 2:93-113.

DOI: 10.1016/j.aprim.2020.09.004. Disponible en: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc7801217>.

17. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb J Anesthesiol*. 2020 Sep 7;48(4). Disponible en: <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/930>.
18. Montoro L, Useche S, José - D, Lijarcio I, Llamazares J. Estudio sobre los problemas, riesgos y accidentes de los conductores de transporte profesional durante el COVID 19. España; 2020.
19. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. Vol. 277, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2020. p. 55–64. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032720325891>.
20. Ueda M, Stickley A, Sueki H, Matsubayashi T. Mental Health Status of the General Population in Japan during the COVID-19 Pandemic. *Psiquiatr Clin Neurosci*. 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Michiko-Ueda-2/publication/342614185_Mental_Health_Status_of_the_General_Population_in_Japan_during_the_COVID-19_Pandemic/links/5f02e492a6fdcc4ca44e9aac/Mental-Health-Status-of-the-General-Population-in-Japan-during-the-COVID-19-Pandemic.pdf.



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero – Junio 2021

ISSN 1390-910X edición impresa

ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 12/ene/2021 - Fecha aprobación 12/feb/2021

LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES POR COVID-19 DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA.

(DEPRESSION IN OLDER ADULTS BY COVID-19 DURING THE HEALTH EMERGENCY)

Verónica Alexandra Sailema Sailema¹, Diego Javier Mayorga Ortiz².

¹ *Estudiante de la carrera de enfermería, Universidad Técnica de Ambato, Código postal 180215, Ambato, Ecuador, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6378-6210>, verialexan1990@gmail.com*

² *Magister en Neuropsicología, Psicólogo Clínico, Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Técnica de Ambato, Código postal 180152, Ambato, Ecuador, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8201-3582>, dj.mayorga@uta.edu.ec*

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.534>

RESUMEN

El adulto mayor es considerado un grupo vulnerable dentro de la Constitución de la República del Ecuador, por lo que requiere una atención especializada para garantizar su calidad de vida, sin embargo, al presentarse la pandemia por Covid-19 a nivel mundial, todas las personas se vieron obligadas a un aislamiento social, esta situación afectó la salud emocional de los adultos mayores, por esta razón esta investigación tiene como objetivo analizar la presencia de la depresión en adultos mayores por COVID-19 durante la emergencia sanitaria, mediante una revisión sistemática. Dentro de los hallazgos que se obtuvieron está la de depresión, siendo el nivel moderado el de mayor incidencia, con un 31%; por otra parte, entre los factores generadores se evidenció, el miedo a contraer la enfermedad y el aislamiento como los más significativos. Entre las características clínicas que prevalecieron se puede mencionar la dificultad de sueño, tristeza, y disminución del apetito con valores de p inferiores a 0.05. Estos hallazgos permiten concluir que la depresión es un trastorno que ha estado latente en los adultos mayores durante la época de la pandemia, afectando en su calidad de vida.

Palabras clave: Adulto mayor, Depresión, Covid-19, Confinamiento, Aislamiento social.

ABSTRACT

The elderly is considered a vulnerable group within the Constitution of the Republic of Ecuador, so it requires specialized care to ensure their quality of life, however, when the Covid-19 pandemic occurred worldwide, all people were forced to social isolation, this situation affected the emotional health of older adults, for this reason this research aims to analyze the presence of depression in older adults by COVID-19 during the health emergency, through a systematic review. Among the findings obtained was that of depression, being the moderate level the one with the highest incidence, with 31%; on the other hand, among the generating factors, fear of contracting the disease and isolation were the most significant. Among the clinical characteristics that prevailed were difficulty sleeping, sadness, and decreased appetite with p values below 0.05. These findings allow us to conclude that depression is a disorder that has been latent in older adults during the pandemic period, affecting their quality of life.

Keywords: Elderly, Depression, Covid-19, Confinement, Social isolation.

1. INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como pandemia, debido a su elevada morbilidad y mortalidad, ocasionando 154 millones de personas contagiadas y 3,22 millones de muertes hasta la fecha; por otra parte, el enfrentamiento de la pandemia cambió de manera abrupta el estilo de vida de todas las personas, debido al aislamiento social y al confinamiento en el hogar, con la finalidad de prevenir el número de contagios, medidas que se convirtieron en factores estresantes, con repercusiones en el bienestar físico y psicológico de las personas, por la pérdida de hábitos y rutinas a los que se encontraban acostumbrados (1). Con el pasar de los meses se evidenció problemas a nivel mental debido al aislamiento social, siendo estas repercusiones más evidentes en grupos vulnerables, como lo son las personas de la tercera edad (toda persona mayor de 60 años), quienes tuvieron que ajustarse a esta nueva rutina, limitándose a estar dentro de casa, sin tener contacto con personas ajenas al entorno familiar (2). Por otra parte es importante señalar que el aislamiento social junto con el confinamiento, traen consigo repercusiones a nivel psicológico, desde síntomas aislados (desesperación, aburrimiento, insomnio, poca concentración, irritabilidad, ira); hasta la presencia de trastornos como: la depresión y la ansiedad debido al miedo al contagio, el fallecimiento de familiares y amigos, agravado con la angustia causada por la pérdida de ingresos y de empleos de sus familiares (3).

Envejecimiento y vulnerabilidad están directamente relacionados, estudios epidemiológicos han demostrado que las personas de la tercera edad, son más propensas a infectarse y contraer el virus debido a comorbilidades preexistentes y a la inmunosupresión relacionada con la edad (2) (3); razón por la que el aislamiento social ha sido una de las principales estrategias para evitar contagios y prevenir la mortalidad en este grupo; no obstante, también ha sido uno de los factores causales de soledad, hostilidad, irritabilidad, y en muchos casos, síntomas psicóticos (3). Según la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG), “el aislamiento, el abandono de relaciones y de actividades, el miedo al contagio, incluso el sentimiento de discriminación para el acceso a determinadas técnicas médicas”, ha favorecido el aumento de síntomas depresivos en la población mayor (4). Investigaciones sobre esta problemática, han dado a conocer que la prevalencia de depresión en los adultos mayores oscila entre el 5% y 20% a nivel mundial (5).

Según Calderón (2018) la depresión es un proceso multifactorial y se ha demostrado asociación con la falta de apoyo de la red social, esto podría explicar la presencia de depresión en los adultos mayores, que, al estar en confinamiento, el contacto con su red social y familiar pudo limitarse, por otra parte, entre los síntomas de depresión se puede mencionar: tristeza, desesperación, insomnio, niveles bajos de concentración, irritabilidad, ira, acompañados de angustia, sentimientos de inutilidad, así como también, pensamientos irracionales, creencias y expectativas negativas sobre sí mismos y su realidad (6) (7). Sintomatología derivada, de la falta de contacto con familiares y amigos, así como también de las limitaciones para poder llevar una vida normal.

Es importante el análisis de los síntomas psicológicos desprendidos del COVID -19, ya que en pandemias anteriores tales como la del SARS-CoV en 2003 y MERS-CoV en

medio Oriente en 2012, se pudo apreciar que entre el 35-40% de la población, presentó sintomatología psiquiátrica, debido al aislamiento social, movilidad restringida y pobre contacto con los demás (8). Como se puede evidenciar el establecimiento de un periodo de cuarentena puede constituir una medida efectiva para salvaguardar vidas, sin embargo, trae consigo un importante costo desde el punto de vista psicológico, siendo de gran importancia la necesidad de incrementar de forma urgente la inversión en servicios de salud mental, debido a las complicaciones psicológicas e incluso psiquiátricas que se pudo observar en pandemias anteriores. Por lo antes expuesto, esta revisión sistemática pretende analizar la evidencia disponible sobre la presencia de depresión en el adulto mayor debido al aislamiento social y a la cuarentena, así como también identificar los niveles de depresión, sus factores generadores y las características clínicas de la misma.

2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática sobre el tema en fuentes de datos digitales como: Scielo, PubMed, Research, Scopus y tesis doctorales y de especialidad en el área de psicología, enfermería y medicina. Para la búsqueda se utilizaron, las palabras, depresión, adulto mayor, aislamiento social, cuarentena; esta búsqueda abarcó desde finales del año 2019 hasta finales del 2020, incluyéndose publicaciones relacionadas con depresión en el adulto mayor, época de Covid- 19, factores causales de la depresión, de revistas indexadas nacionales e internacionales y de tesis de especialidad; excluyendo publicaciones que no se encuentren en las fechas del periodo de estudio, depresión en otros grupos etáreos, así como también fuentes no oficiales.

Se recuperaron 27 referencias, de las cuales, tras ser evaluadas mediante el descriptor y la eliminación de duplicados se seleccionaron 18, estas fueron analizadas según el impacto a texto completo quedando 17; de estas se eliminaron 7 por no cumplir los criterios de inclusión, obteniendo una muestra de 10 estudios:

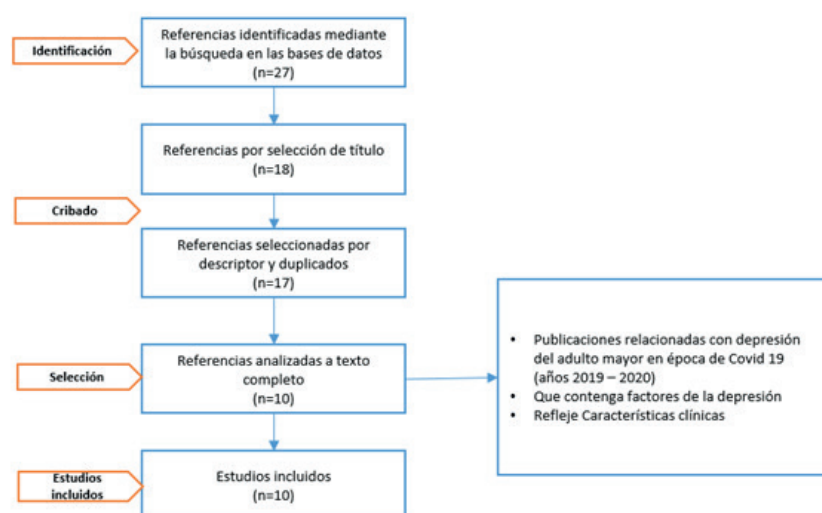


Figura 1. Análisis de resultados
Elaboración propia

3. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En base a la revisión bibliográfica realizada, se pudo analizar la presencia de depresión en adultos mayores de diversos países (México, Perú, Argentina, Cuba, España y Ecuador), debido al aislamiento social y a la cuarentena, en donde se observó que estas personas vivieron realidades similares. Se encontró 5374 casos de depresión; de los cuales 1365 personas presentaban un nivel severo (25%; $p=0.01$); 1657 personas se ubicaron en un nivel moderado (31%; $p=0.03$), 847 presentaron depresión leve (16%; $p=0.03$), y sin depresión 1505 personas (28%; $p=0.04$). Información que se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Niveles de depresión

Niveles de depresión	n	%	D.S.	P VALUE
Sin depresión	1505	28%	'+/- 36.1	0.04
Depresión leve	847	16%	'+/- 15.7	0.03
Depresión moderada	1657	31%	'+/- 29.8	0.03
Depresión severa	1365	25%	'+/- 24.8	0.01
Total	5374	100%		

Fuente: revisión sistemática
Elaboración propia

Entre los principales factores generadores de depresión en el adulto mayor se encontraron: el abandono 9%, la pérdida de la independencia 28%, el aislamiento con un 30% y el temor a contraer la enfermedad con un 33%. Siendo los de mayor significancia: el aislamiento ($p=0.01$), el miedo a contraer la enfermedad ($p=0.01$), seguido de la pérdida de independencia ($p=0.03$); mientras que el abandono no representa un factor significativo en esta revisión, como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. Factores generadores de depresión.

Factores generadores	N	%	D.S.	P VALUE
Abandono	1612	9%	'+/- 35.8	0.07
Pérdida de independencia	1505	28%	'+ / - 23.7	0.03
Aislamiento	1612	30%	'+/- 27.9	0.01
Temor a contraer la enfermedad	1772	33%	'+/- 31.2	0.01
Total	5374	100%		

Fuente: Revisión sistemática
Elaboración propia

Por último, en la Tabla 3, se aprecia las manifestaciones clínicas o síntomas más frecuentes en la depresión en el adulto mayor. Destacándose la dificultad para conciliar el sueño (38%; $p=0.01$), la tristeza (30%; 0.02), seguido de la disminución del apetito (26%; $p=0.04$), síntomas característicos de un proceso depresivo.

Tabla 3. Características Clínicas

Características clínicas	N	%	D.S.	P VALUE
Disminución de apetito	1881	26%	'+/- 24.6	0.04
Deterioro de la salud	1773	24%	'+/- 31.2	0.06
Tristeza	2203	30%	'+/- 29.9	0.02
Idea suicida	591	8%	'+ / - 55.7	
Dificultad de sueño	2741		'+ / - 40.1	0.01
Total	5374	100%		

Fuente: Revisión sistemática
Elaboración propia

4. DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica de los diferentes estudios seleccionados para el análisis de la depresión en adultos mayores, se pudo constatar que existió 5374 casos de pacientes geriátricos atendidos por depresión, sin embargo, es importante señalar que no se trata de la única manifestación psicológica presente en esta población, investigaciones preliminares han demostrado una mayor incidencia de estrés postraumático y reacciones de adaptación frente al aislamiento; aunque el aislamiento social es clave para disminuir la propagación de COVID-19 en esta población, este trae consigo soledad, es así que el aislamiento pasó de ser una medida preventiva de protección a un factor estresante de alto impacto para los grupos vulnerables (9). Según el Dr. Javier Olivera Pueyo, secretario de la Sociedad Española de Psicogeriatría, refiere que aunque todavía es pronto para saber si los casos de depresión post-COVID aumentarán en la población anciana, lo que si se conoce con certeza, es que los procesos de duelo a los que se han enfrentado a nivel mundial, pueden llevar a la depresión a esta población (4); no siendo este el único grupo etareo que la padezca, pues se ha encontrado esta problemática también en niños, niñas y adolescentes NNA; además de, síntomas como, irritabilidad, inquietud y nerviosismo, cabe resaltar que, en los grupos etareos ya mencionados se pueden dar casos de violencia intrafamiliar, aumentando los niveles de estrés (9). Encuestas realizadas en la población en general determinaron del mismo modo, presencia de depresión, en aquellas personas que cumplieron la cuarentena de manera total y en aquellos que recibían tratamiento psicológico y/o psiquiátrico antes de la cuarentena (10).

Otro aspecto analizado es el nivel de depresión en el adulto mayor, siendo el de mayor incidencia el nivel moderado; otros estudios, señalan al nivel leve como el de mayor incidencia en esta población, sobre todo durante los primeros meses de la pandemia, es decir, existe la presencia de depresión en el adulto mayor, sin embargo, los niveles fueron de leve a moderado, hecho que puede ser explicado, debido a que existió aislamiento social más no aislamiento familiar, ya que el grupo familiar estuvo pendiente de ellos, brindándoles los cuidados necesarios (11). Lo cual se puede contrastar con investigaciones previas en donde el apoyo familiar determinó niveles bajos de depresión (12), existiendo una correlación significativa entre apoyo familiar y depresión. Por otra parte, un estudio realizado en personas en condición de abandono

familiar, concluyó, que esta población, no presentó niveles significativos de ansiedad, depresión o estrés, lo que puede explicarse en función a que el adulto mayor del hogar no tiene responsabilidades con terceras personas (13). Por último, los niveles severos de depresión podrían entenderse, por el aislamiento, la conciencia de vulnerabilidad, la incertidumbre, así como también por la presencia de enfermedades pre-existentes (14).

Se identificaron, factores generadores de depresión, entre los que resaltaron, el abandono, el miedo a contraer la enfermedad, el aislamiento y la pérdida de independencia, siendo estos cuatro los más comunes en la mayor parte de estudios, cabe también mencionar como factores que originan depresión, el duelo frente a la pérdida de familiares, el abandono de relaciones y de actividades, los sentimientos de discriminación, así como también la ausencia de visitas de familiares en las residencias (4). Por otra parte, entre las características clínicas de la depresión tenemos: disminución de apetito, deterioro de la salud, tristeza, ideación suicida, dificultad para conciliar el sueño, síntomas característicos de todo proceso depresivo. Uno de los síntomas que caracterizan un estado depresivo son los sentimientos de tristeza, mismos que incrementaron entre el 18% al 71% de los casos a partir del comienzo de la pandemia del COVID-19 (15), siendo además éste rasgo el más significativo, sin embargo, se debe considerar la misma como una respuesta normal ante la valoración de pérdidas, que nos permite asimilar lo que está ocurriendo, siempre y cuando se presente de manera aislada (16).

Es importante mencionar que, los síntomas como, preocupación, sentimientos de inutilidad, confusión, miedo, irritabilidad; así como también, pensamientos irracionales, creencias y expectativas negativas sobre sí mismo o la realidad, son una variedad de sintomatología de tipo mental presente en los adultos mayores, debido al cambio brusco que significó el estar en confinamiento y a la interrupción de las actividades cotidianas; por tanto se debe priorizar la identificación temprana de síntomas como el autoabandono y la apatía, que nos ayudarían a prevenir niveles de depresión elevados (8) (16).

En la actualidad resultan insuficientes las evidencias de los trabajos investigativos sobre el impacto psicológico del COVID-19 en personas de la tercera edad, debido a que, en su mayor parte los estudios han priorizado grupos como el personal de primera línea. Sin embargo, como se viene mencionando, la depresión en el adulto mayor, es un problema de gran relevancia que profesionales de la salud mental deberían intervenir para evitar otro tipo de enfermedades coadyuvantes.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se realizó una revisión sistemática que permitió analizar la presencia de depresión en el adulto mayor durante el confinamiento por Covid-19, dejando en evidencia que el nivel moderado de depresión tiene mayor prevalencia en esta población.

Los factores desencadenantes de depresión en adultos mayores, fueron, el encierro, miedo a contraer la enfermedad y la pérdida de independencia.

Las características clínicas prevalentes en esta población, fueron dificultad de sueño, tristeza y disminución del apetito.

La emergencia sanitaria ha dejado en evidencia la importancia de priorizar la atención en salud mental de los adultos mayores.

Es recomendable seguir investigando los efectos de la pandemia en la salud mental de los adultos mayores, al igual que, promover intervenciones que permitan disminuir la sintomatología depresiva, así como también, llevar a cabo procesos de psicoeducación dirigidos al grupo familiar, para una mejor atención y cuidado del adulto mayor.

6. RECONOCIMIENTOS

Extiendo un reconocimiento público al docente colaborador Psi Cli Mst Diego Mayorga por su valiosa colaboración, guía y tutoría en la realización de la presente investigación, misma que ha permitido el desarrollo acorde a los lineamientos y normas de investigación requeridas cumpliendo con los estándares académicos de calidad y excelencia en la educación superior.

REFERENCIAS

1. Lasa, N. B., Benito, J. G., Manterola, A. G., Sánchez, J. P. E., García, J. L. P., & Germán, M. Á. S. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. https://www.universidades.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias_psicologicasCOVID19.pdf
2. Yang L, Jin J, Luo W, Gan Y, Chen B, Li W. Risk factors for predicting mortality of COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE [Internet]. 2020 [cited 2021 May 1];(11). Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsgov&AN=edsgcl.643313577&site=eds-live>
3. Brunier A, Harris. [Internet]. Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental.2020. Organización Mundial de la Salud. [actualizado 14 de mayo 2020; citado 15 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>
4. Olivera J. [Internet]. La COVID-19 favorece el aumento de síntomas depresivos entre la población anciana. [actualizado 12 de julio 2020; citado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2020/06/10/la-covid-19-se-asocia-con-un-mayor-riesgo-de-depresion-en-ancianos/>.
5. Fernández J. [Internet]. El confinamiento provocado por la COVID-19 ha elevado los síntomas de ansiedad y depresión, sobre todo en personas mayores. [actualizado 12 junio 2020; citado 15 de diciembre 2020]. Disponible en: <http://www.madrimasd.org/blogs/envejecer-positivo/2020/06/12/2419/>.
6. Valero N, Vélez M, Durán A, Torres M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. Enfermería Investiga. [Internet]. 2020 [citado 14 enero 2021]. 5(3): 63-70. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/>

enfi/article/view/913

7. Hernández Rodríguez José. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2020 Sep [citado 2021 Mayo 01] ; 24(3): 578-594. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es.
8. Marquina R, Jaramillo L. El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población. *Health Sciences*. [Internet]. 2020 [citado 14 enero 2021]. 2(10): 44-61. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/452>
9. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Envejecimiento y ciclo de vida: datos interesantes acerca del envejecimiento. Ginebra. [actualizado 1 de octubre 2016; citado 15 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/es/>
10. Canet L, Andrés M, Urquijo S. Evaluación del impacto emocional del aislamiento por COVID 19. [Internet]. Argentina. Instituto de Psicología Básica. Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). 2020. [citado 23 de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341548935_EVALUACION_DE_IMPACTO_EMOCIONAL_POR_COVID-19_INFORME_TECNICO_EVALUATION_OF_THE_EMOTIONAL_IMPACT_BY_COVID-19
11. C. C. Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de confinamiento por COVID-19. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2020.
12. Acuña J. Estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en el distrito de surco. [Internet]. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2019. [citado 20 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7213>
13. Buitrago L, Córdón L, Cortés R. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología – ALFEPSI*. [Internet]. 2018 [citado 14 enero 2021]. 6(17): 70-84. Disponible en: <https://www.integracion-academica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estres%20-%20L%Buitrago%20LCordon%20LCortes.pdf>
14. Sureima CF. Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19.. 2020 marzo.
15. Mena A, Ocaña M. Estados depresivos en adultos mayores jubilados durante la pandemia por el Covit 19. [Internet]. Quito. Universidad Politécnica Salesiana. 2020. [citado 23 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/19413>
16. Ugalde M, Jiménez. Salud mental y adultos mayores en tiempos de covid-19. *Sociedad cubana de Psicología de la salud*. [Internet]. 2020 [citado 14 enero 2021]. 23(3): 45-77. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/psicologiadelasalud/salud-mental-y-adultos-mayores-en-tiempos-de-covid-19/>
17. Ozamiz-Etxebarria Naiara, Dosil-Santamaria Maria, Picaza-Gorrochategui Maitane, Idoiaga-Mondragon Nahia. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 01] ; 36(4): e00054020. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

- 311X2020000405013&lng=en. Epub Apr 30, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>.
18. Zhao W, Jian W, Li H. Preventing and Controlling Measures of 2019 Coronavirus Disease (COVID-19): Practice in Psychogeriatric Ward. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* ; volume 28, issue 7, page 786-787 ; ISSN 1064-7481 [Internet]. 2020 [cited 2021 May 1]; Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsbas&AN=edsbas.765DF4FF&site=eds-live>
 19. Toulkeridis T. COVID-19: Pandemic in Ecuador: a health disparities perspective. *Revista Salud Pública*. [Internet]. 2020 [citado 14 enero 2021]. 22(3): 1-5. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/88102/76967>
 20. Banerjee D. 'Age and ageism in COVID-19': Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian Journal of Psychiatry* ; volume 51, page 102154 ; ISSN 1876-2018 [Internet]. 2020 [cited 2021 May 1]; Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=edsbas&AN=edsbas.AC83BF23&site=eds-live>
 21. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 Jul [citado 2021 Mayo 01] ; 29(3): 182-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
 22. INREDH. Ecuador: personas de la tercera edad frente al COVID-19. <https://inredh.org/ecuador-personas-de-la-tercera-edad-frente-al-covid-19/>



ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER

Volumen 8. Número 1. Enero – Junio 2021

ISSN 1390-910X edición impresa

ISSN 2773-756X edición digital

Fecha recepción 20/ene/2021 - Fecha aprobación 30/mar/2021

**PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS
DEL HOSPITAL GENERAL AMBATO IESS.**

**(QUALITY OF LIFE PERSPECTIVE IN THE ELDERLY WITH CHRONIC
KIDNEY FAILURE UNDERGOING HEMODIALYSIS TREATMENT AT
HOSPITAL GENERAL AMBATO IESS.)**

Ashqui Moreira Paola Alexandra¹. Md. Msc. Ramírez López Diego Ivan².

¹Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería. Universidad Técnica de Ambato, Código postal 180104, Ambato, Ecuador, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5177-6827>, pashqui8017@uta.edu.ec

² Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería. Universidad Técnica de Ambato, Código postal 180104, Ambato, Ecuador, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1927-2228>, di.ramirez@uta.edu.ec

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.479>

RESUMEN:

La calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en tratamiento de hemodiálisis, las complicaciones y el cumplimiento del tratamiento son los elementos que beneficiaran la calidad de vida del adulto mayor, estos elementos deben someterse a un análisis profundo a fin de establecer nexos causales significativos. Analizar la calidad de vida del paciente adulto mayor en hemodiálisis abordando el comportamiento de las determinantes que influyen en el desarrollo de esta enfermedad mediante la aplicación de la encuesta KDQOL-36™, permitirá establecer estrategias físicas, mentales y sociales que permitan mejorar su situación. Este estudio de carácter cuantitativo, descriptivo, de corte transversal realizado en el Hospital General Ambato IESS se realizó con un muestreo no probabilístico por conveniencia del autor en un universo de 35 pacientes, se aplicó el cuestionario "Calidad de Vida" con el propósito de conocer las características personales de estos pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. Se aplicó el instrumento KDQOL-36™, (ítems 13-36) para evaluar al paciente con problemas de salud encontrando que su calidad de vida es menor en comparación con un individuo sano, los pacientes de hemodiálisis presentan una calidad de vida media-baja y el área afectada es la física; existe mayor vínculo con las relaciones sociales ya que a mejor relación social, mejor calidad de vida de acuerdo la percepción del paciente. Por otra parte, las limitaciones de la enfermedad perturban las relaciones con su círculo de amigos y con sus familiares.

Palabras clave: Diálisis renal, calidad de vida, enfermedad crónica, epidemiología descriptiva

ABSTRACT:

The health-related quality of life of patients undergoing hemodialysis treatment, complications and compliance with treatment are the elements that will benefit the quality of life of the elderly, these elements must undergo in-depth analysis in order to establish meaningful causal links. Analyzing the quality of life of the elderly patient on hemodialysis by addressing the behavior of the determinants that influence the development of this disease through the application of the KDQOL-36™ survey, will allow to establish physical, mental and social strategies that allow improving their situation. This quantitative, descriptive, cross-sectional study carried out at the Ambato General Hospital IESS was carried out with a non-probabilistic sampling for the author's in a universe of 35 patients, the "Quality of Life" questionnaire was applied with the purpose of knowing the personal characteristics of these patients with chronic renal failure on hemodialysis. The KDQOL-36™ instrument (items 13-36) was applied to evaluate the patient with health problems, finding that their quality of life is lower compared to a healthy individual, hemodialysis patients present a medium-low quality of life and affected area is physical, These is a greater link with social relationships since the better the social relationship, the better quality of life according to the patient's perception. On the other hand, the limitations of the disease disturb relations with his circle of friends and with his relatives.

Keywords: Renal dialysis, quality of life, chronic disease, descriptive epidemiology

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica, es una patología degenerativa que constituye un problema de salud a nivel mundial y que resulta del deterioro progresivo y sostenido de la función renal, alterando el proceso de ultrafiltración, secreción, absorción y de absorción lo que con lleva a un desbalance de la concentración de metabolitos tóxicos haciéndolo incompatible con la vida. La calidad de vida del adulto mayor en relación con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica que efectúan el tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Ambato IESS, es uno de los elementos que permitirá identificar las condiciones que contribuyen al bienestar y la satisfacción que tiene cada paciente sobre las terapias, las cuales contribuyen a mejorar su estado de salud (1). En efecto, la enfermedad renal crónica es una alteración que se presenta de forma silenciosa y ha pasado a constituir en un problema de Salud Pública en todo el mundo; debido al aumento de los casos diagnosticados en los últimos años en España, se estima que la enfermedad renal crónica es más frecuente en el hombre (2). Entonces, la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamientos sustitutivos, tiene gran importancia ya que, esta patología hoy en día afecta a varias personas por diversas etiologías que hacen que los riñones no realicen un correcto funcionamiento, como es el de eliminar impurezas y sustancias tóxicas como los líquidos sobrantes que expulsa el torrente sanguíneo, además, tienen una menor capacidad de controlar la cantidad y la distribución de agua en el organismo del ser humano (2) (3)

Es preciso saber que, la “Enfermedad Renal Crónica Avanzada” (ERCA), además de las repercusiones clínicas en todos los sistemas y aparatos del organismo, ocasiona cambios importantes en la calidad de vida de los adultos mayores con insuficiencia renal crónica, a raíz del transcurso y evolución de la enfermedad, influyendo en esto, factores sociodemográficos, comorbilidad asociada, complicaciones de la propia enfermedad o factores de riesgo, y los tratamientos disponibles, provocando un deterioro tanto a nivel físico como psicológico en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores (3), (4). Por lo cual, se debe de llevar a cabo cuidados óptimos en los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica, a fin de evitar consecuencias más graves a nivel renal, la cual afecta a la calidad de vida de los adultos mayores, por este motivo se va a identificar la opinión de cada uno de ellos (4). De este modo, el trabajo de investigación propone dar a conocer la calidad de vida que lleva cada uno de los pacientes en el entorno que lo rodea, se va a identificar cada uno de los factores que está afectando al paciente en su calidad de vida tanto personal como social.

La Organización Mundial de la Salud, definió Calidad de Vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación a sus metas, expectativas, valores y preocupaciones” (5). Sin embargo, en las alteraciones crónicas, como la ERCA, el concepto más idóneo a evaluar en este terreno, sería la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que según definen Shumaker y Naughton, hace referencia a “la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que admite seguir aquellas actividades que son importantes para el

individuo y que afectan a su estado general de bienestar” (6). Este es una concepción multidimensional que incluye aspectos personales como salud, satisfacción con la vida y autonomía y aspectos ambientales como grupos sociales y de apoyo, entre otros. (7), y se empieza a tomar conciencia de ello debido al aumento de las enfermedades crónicas en la población, por eso, la persona que padece este tipo de enfermedades no solo tiene que sobrellevar la patología como tal, sino que, además, tiene que luchar contra los efectos adversos de los tratamientos que le son administrados (8).

La calidad de vida se compone de diferentes situaciones en las que el paciente ve alteradas ciertas dimensiones corporales, como funcionamiento físico, bienestar psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social, percepción general de la salud, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria (9). Por eso, la importancia de medir la CVRS radica en la estrecha relación que existe entre CVRS la morbilidad, mortalidad y demás elementos que afectan a estos pacientes (4) (10). Debido al carácter subjetivo para medir la calidad de vida, surgen instrumentos validados manejados por el personal de salud con el propósito de obtener un resultado objetivo y comparable de este concepto. Estos instrumentos pueden ser genéricos o específicos, compuestos por diferentes ítems o preguntas que miden distintos aspectos de la salud. El más utilizado es de tipo genérico, el SF-36, y ofrece una idea de cómo el paciente percibe su estado de salud, a través de 36 ítems organizados en (8) dimensiones (11). La medida de la CVRS permite realizar una evaluación continua al paciente renal abarcando el diagnóstico hasta las etapas más avanzadas de la enfermedad, haciendo posible planificar unos cuidados personalizados y centrados en aquellas dimensiones que se encuentran alteradas en ese momento (12).

La presente investigación destaca un problema de salud que se vive a diario en el Hospital Ambato del IESS, por lo que es preciso identificar como la enfermedad y el tratamiento que reciben puede afectar el bienestar de los pacientes adultos mayores con enfermedad renal, es decir, conocer cuáles son las causas que presentan dentro de su ámbito familiar y social. (5). Existen diferentes cuestionarios para medir la calidad de vida de los pacientes como es Karnofsky, en este proyecto se utiliza el cuestionario KDQOL-36™, (Kidney Disease Quality of Life) e información bibliográfica que permitirá documentar los aspectos más sobresalientes de la calidad de vida relacionada con la salud y el manejo de los pacientes con tratamiento en hemodiálisis plasmados a través de este trabajo investigativo considerando sus opiniones lo cual permitirá dar una perspectiva de la calidad de vida de estos usuarios, ya que este cuestionario nos permite medir la calidad de vida con más profundidad basados en los aspectos biopsicosocial. Durante la elaboración de este trabajo se consideró establecer un enfoque de atención en salud basado en prolongar el tiempo de vida de un paciente adulto mayor relacionado con aspectos de carácter físico, mental y social (13).

2. METODOLOGÍA

Esta investigación es cuantitativa, descriptiva de corte trasversal, porque se midió y recogió información de manera independiente, basado en los tres dominios: La salud; enfermedad del riñón; efectos de la enfermedad del riñón en la vida del paciente,

mediante la aplicación del cuestionario KDQOL-36™, que al valorar se obtuvieron datos numéricos, así como también se detalló que es y cómo se manifiesta el fenómeno estudiado de la calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis (13).

En la que se tomó en cuenta criterios de inclusión de adultos mayores sometidos a hemodiálisis en el Hospital General Ambato IESS de la ciudad de Ambato, con capacidad cognitivas óptimas y haber firmado el consentimiento informado aceptando estar incluido en la investigación (15). Además, criterios de exclusiones pacientes con deficiencia cognitiva. (15).

Técnica e instrumento de recolección

Se aplicó un cuestionario ya validado por entidades de salud superiores para la recolección respectiva de los datos en el Hospital General Ambato IESS en el periodo académico octubre 2020 y febrero 2021, dicho cuestionario es una escala denominada KDQOL-36™, es validada por el Kidney Disease Quality ofLife Working Group de la cual fue traducida al español por la Dr. Silvia Giacoletto en el año 2006, para el estudio pertinente se utilizó el programa SPSS para su respectivo análisis (16) (17). El instrumento aplicado consta de 10 preguntas y 36 ítems.

Técnica de análisis de datos

Se recopiló la información del adulto mayor, y con los datos obtenidos se realizó un análisis estadístico descriptivo con la utilización de gráficos mediante el programa SPSS.

Validación y confiabilidad

El instrumento fue validado por Kidney Disease Quality ofLife Working Group en el año 2006 por lo que existe un grado de confiabilidad alto (18). Finalmente, este estudio se basó en la declaración de Helsinki y en los principios éticos y bioéticos como el principio de beneficencia, no maleficencia, de justicia y autonomía, además se aplicó un consentimiento informado como constancia de que el individuo accedió a ser partícipe de la investigación de forma voluntaria. (19).

3. RESULTADOS

La simulación clínica en la formación de profesionales de salud

Con relación a los datos sociodemográficos, y el consentimiento informado de la participación en la investigación dirigida al adulto mayor en tratamiento de hemodiálisis se detalla:

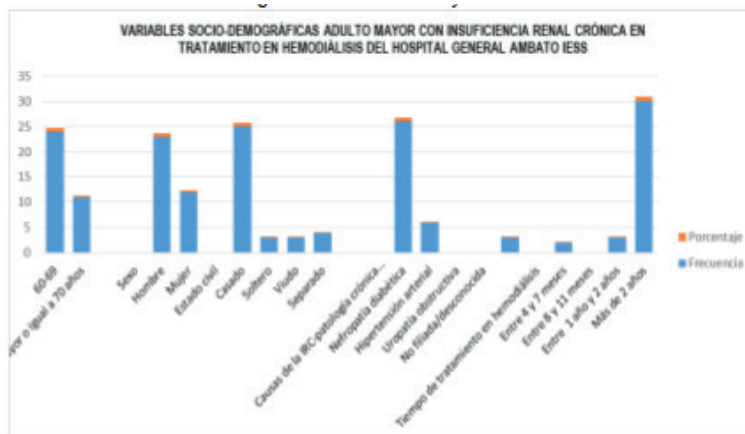
Tabla 1. Variables socio-demográficas adulto mayor

Variables socio-demográficas adulto mayor con insuficiencia renal crónica en tratamiento en hemodiálisis del hospital general Ambato IESS		
Datos	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
60-69	24	68,6%
Mayor o igual a 70 años	11	31,4%
Sexo		
Hombre	23	65,7%
Mujer	12	34,3%
Estado civil		
Casado	25	71,4%
Soltero	3	8,6%
Viudo	3	8,6%
Separado	4	11,4%
Causas de la IRC-patología crónica asociada		
Nefropatía diabética	26	74,3%
Hipertensión arterial	6	17,1%
Uropatía obstructiva	0	0,0%
No filiada/desconocida	3	8,6%
Tiempo de tratamiento en hemodiálisis		
Entre 4 y 7 meses	2	5,7%
Entre 8 y 11 meses	0	0,0%
Entre 1 año y 2 años	3	8,6%
Más de 2 años	30	85,7%

Fuente: Pacientes Hospital General Ambato IESS

Figura 1

Variables sociodemográficas adulto mayor con insuficiencia

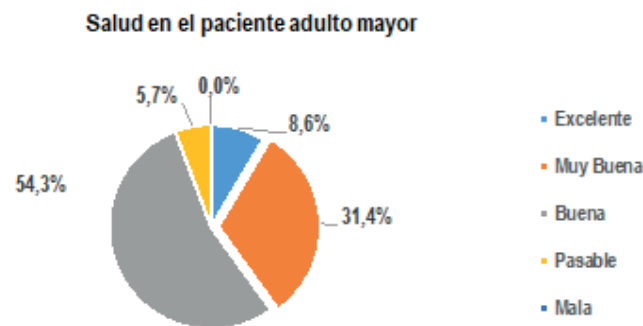


Fuente: cuestionario escala KDQOL-SF36

Las variables socio demográficas nos muestra que en cuanto a la situación marital

se halla que el 71,4% de los encuestados son casados; con respecto a las causas de la IRC, se tiene que el 74,3% es por Nefropatía diabética, el 17,1% tienen hipertensión arterial. Sobre el tiempo de tratamiento de la hemodiálisis de los pacientes es el 85,7%, que llevan más de 2 años, luego el 8,6% que están entre 1 y 2 años y el 5,7% siguiendo su tratamiento entre 4 y 7 meses.

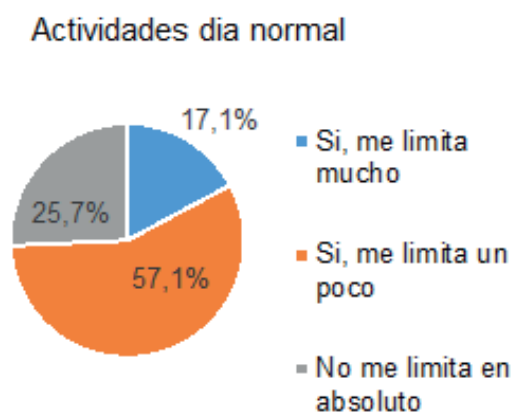
Figura 2. Salud en el paciente adulto mayor



Fuente: cuestionario escala KDQOL SF36

Con respecto a la salud de los pacientes, el 54,3% manifiestan que su salud es buena, en tanto que el 31,4% mencionan que es muy buena y el 8,6% declaran que es excelente.

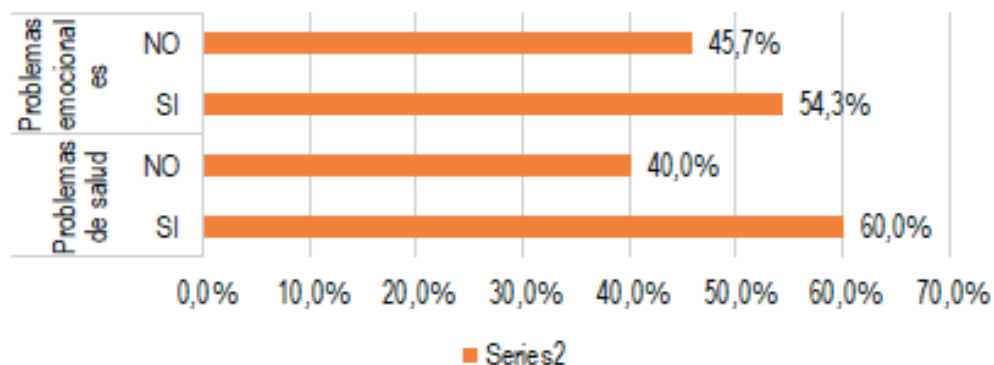
Figura 3. Afectación de actividades en un día normal



Fuente: cuestionario escala KDQOL-SF36

En lo referente a la actividad en un día normal tenemos que el 57,1% de los encuestados menciona que tiene una buena salud y en tanto que el 25,7% tienen una salud pasable.

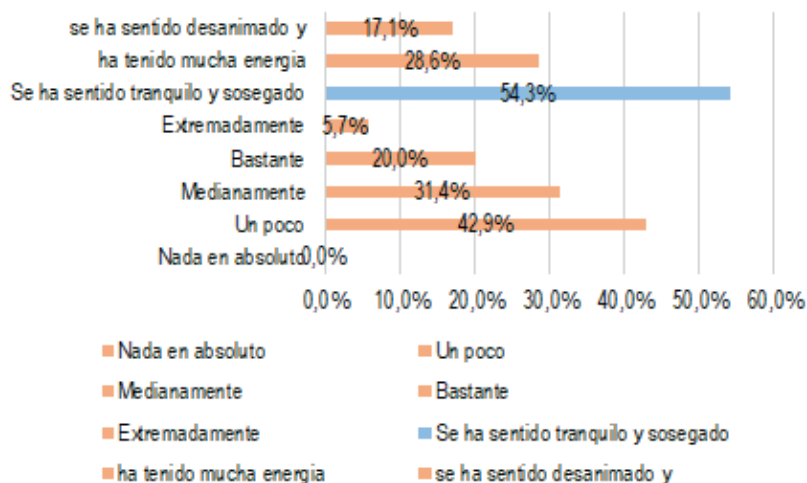
Figura 4. Problemas de salud en el paciente adulto mayor



Fuente: cuestionario escala KDQOL-SF36

Acerca de las molestias ocasionadas al subir escalones se tiene que el 45%, si le limita un poco en realizar algunas actividades y en tanto que el 28,6% si le limita mucho. Realizando el análisis sobre los problemas con la salud tenemos que el 60% si tienen problemas de salud y el 40% manifiestan que no tienen problemas. De igual forma sobre los problemas emocionales 19 personas que corresponden al 54,3% si tienen problemas emocionales.

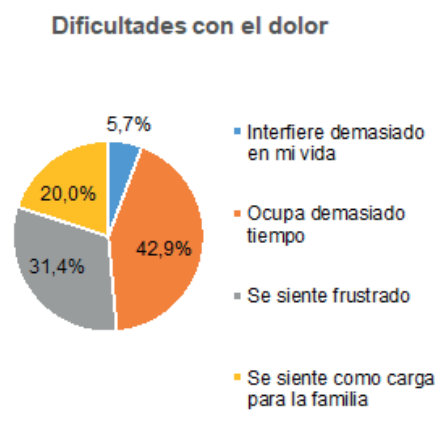
Figura 5. Dificultad y problema con el dolor, salud física, emocional



Fuente: cuestionario escala KDQOL-SF36

Del análisis sobre qué tanta dificultad tiene con el dolor el 42,9% afirman que tienen un poco, mientras que el 31,4% tienen un dolor medio, y sobre los problemas con la salud física, emocionales vs actividades sociales, tenemos que el 54,3% mencionan que se ha sentido tranquilo y sosegado y en tanto que el 28,6% señala que tiene mucha energía.

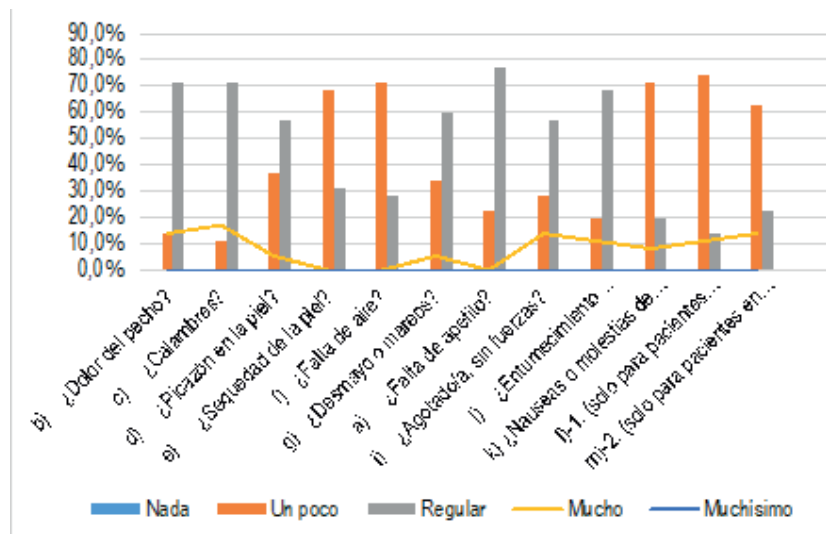
Figura 6. Problemas por la enfermedad del riñón en la vida del paciente



Fuente: cuestionario escala KDQOL-SF36

Referente a los problemas que ocasiona en la vida de cada paciente por su enfermedad del riñón tenemos que el 42,9% menciona que ocupa demasiado tiempo, además el 31,4% señala que, si se sienten frustrados, el 20% indican que se siente como carga para la familia.

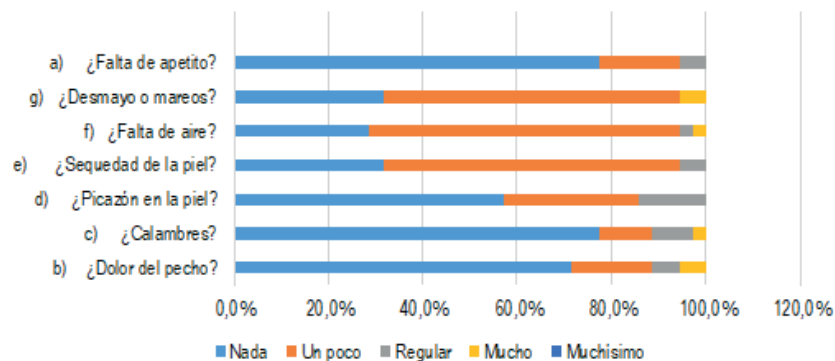
Figura 7. Dificulta y problema en las actividades del paciente



Fuente: cuestionario escala KDQOL-SF36

Analizando las respuestas sobre malestares en diferentes actividades que presentan los pacientes tenemos en dolores musculares el 62,9% tienen un poco de molestia, dolor en el pecho tenemos que el 71,4% presentan un dolor regular, sobre la falta de aire el 71,4% presenta un poco de molestia, las náuseas o molestias de estómago el 20% tienen un dolor regular.

Figura 8. Enfermedad del riñón afecta la vida diaria



Fuente: cuestionario escala KDQOL-SF36

La enfermedad del riñón afecta la vida diaria de los pacientes en algunas áreas existe limitación de líquidos el 68,6% no le afectan en nada, el 25% afecta un poco, del 71,4% sobre la limitación en la dieta al 71,4% les afectan en nada, sobre la capacidad para trabajar en la casa es del 77,1% la cual no afecta en nada, de la tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su patología es del 65,7% que afecta un poco y en tanto a su aspecto físico el 77,1% que no afecta en nada.

4. DISCUSIÓN

Evaluar la calidad de vida del paciente adulto mayor en área de la salud renal nos permite conocer los dominios que amenazan el estado de salud de cada uno de los pacientes, en este sentido, la calidad de vida que percibe el individuo está en función de tres dominios que supera la presencia misma de la enfermedad crónica, su tratamiento y el bienestar del paciente, así como la respuesta al tratamiento de sustitución renal. (20) (21) El estudio se realizó mediante la aplicación del cuestionario KDQOL, el cual, es un instrumento de medición de calidad de vida que ha sido validado y utilizado en diversos países (22), en esta investigación se incluyeron 35 pacientes adultos mayores en tratamiento en hemodiálisis del Hospital General Ambato IESS, de los cuales el 65,7% fueron masculinos y el 34,3% femeninos. La mayoría de estos pacientes se encontraban en hemodiálisis en un periodo de 2 años, teniendo como causa la Nefropatía Diabética en un 74,3%. Asimismo realizando el análisis sobre los problemas de la salud que se ocasiona en la vida de cada paciente se tiene que el 42,9% ocupa demasiado tiempo para su enfermedad, además el 31,4% manifiestan que se encuentran frustrados, el 20% indican que se sienten, como una carga para la familia, además se encontró que esta enfermedad afecta la calidad en la vida diaria de los pacientes adultos mayores por causas como la limitación de líquidos en un 25%, y su tensión nerviosa o preocupaciones en un 65,7%.

Estos resultados concuerdan con la meta de una investigación realizada por Wyld M, et al, (23) (24) quienes incluyeron 190 estudios, donde citan que todo aquel paciente con la patología renal tiene una calidad de vida menor en comparación con un individuo sano, debido a las limitaciones que presentan y al tratamiento que deberían llevar los

pacientes adultos mayores. (25), en la cual se identifica que la calidad de vida afecta en la mayoría de los pacientes que realizan el tratamiento de hemodiálisis ya que, esta afecta a su vida biopsicosocial la cual hace que la calidad de vida de cada paciente sea menor a la de un paciente sano, (26) (27). En cuanto a los tres dominios: su salud; su enfermedad del riñón; efectos de la enfermedad del riñón en su vida; se permitió medir con la encuesta KDQOL-36™ que se propuso, y se halló al momento de valorar, que las medidas más altas fueron en los dominios salud, enfermedad del riñón; y sobre los problemas con la salud física, emocionales vs actividades sociales, se tiene el 54,3% mientras que las áreas de salud social y salud física son las más afectadas. Con lo que se demuestra que la dimensión física es la más afectada, ya que es la generadora de mayor insatisfacción en los pacientes hemodiálizados. (28) (29) La condición de vida de cada uno de los pacientes según el estudio realizado se puede conocer que la calidad de vida afecta en la mayoría de las personas su bienestar, además de esto influye cambios en su estilo de vida diaria (30). En cuanto a costos de las sesiones del tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Ambato IESS, no es un dominio que influya en este grupo de pacientes por ser afiliados, y aportan voluntariamente o a través de un patrono, más bien a los pacientes en hemodiálisis les afecta de manera directa las relaciones sociales en la percepción de su calidad de vida (33), entre menos contacto social, menor es la calidad de vida que perciben. Esto se debe a que los pacientes con ERCT dedican un tiempo considerable a su terapia de reemplazo, por lo que se reduce el tiempo para realizar actividades sociales, en la cual realizando una comparación con estudios anteriores se puede llegar a determinar que la calidad de vida de cada uno de los pacientes si se ve afectada con su enfermedad y con el medio que lo rodea (31) (32). Por otra parte, las limitaciones de la enfermedad perturban las relaciones con su círculo de amigos y con sus familiares (34). Este aspecto es de suma importancia ya que, si se modifica de manera favorable la calidad de vida percibida por el paciente en hemodiálisis, puede cambiar de baja a regular o a alta (35). Con respecto al género, se sostiene que no existe diferencia significativa en la percepción de la calidad de vida entre pacientes adultos mayores de hombres y mujeres que se encuentran en bajo tratamiento en hemodiálisis. Es contrario a lo que muchos estudios han documentado, que el sexo femenino presenta menor calidad de vida en comparación con los masculinos, quizás sea solo por el aspecto psicológico que determina esta condición. (23) (34) (14)

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se identifico que en la mayoría de los pacientes adultos mayores que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital General Ambato IESS presentan una calidad de vida deficiente, por la actuación por parte del personal de enfermería y sus familiares por lo que se identificó los dominios más influyentes en la realidad del paciente, a fin de que intervenga y proporcione al paciente un mejor estado de bienestar con la atención y servicio durante las cuatros horas de tratamiento que tiene el paciente en su sesión de hemodiálisis, y a ser posible por cada sesión, mejorara calidad de vida.

Se describió según los resultados de la presente investigación como afectan en los pacientes con ERCA en tratamiento con hemodiálisis como afecta la calidad de vida de los pacientes tanto físicos, mentales y sociales ya que cada uno de los pacientes

tienen limitaciones a realizar actividades diarias en su hogar la cual esto afecta a su bienestar psicológico.

Se elaboro junto con los de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis enfoques que contribuyan a mejorar su calidad de vida, basándose en las 14 necesidades de Virginia Henderson, ya que, por su edad avanzada y la cronicidad de la enfermedad renal, hacen que la patología afecte en su calidad de vida (32).

Se recomienda que con la actuación de los colaboradores del área de hemodiálisis en consenso efectúen un diagnóstico de conocimientos para la aplicación de la atención al adulto mayor, y se elaboren cuidados basados en las 14 necesidades de Virginia Henderson aplicados a pacientes adultos mayores en hemodiálisis para mejorar su calidad de vida.

6. RECONOCIMIENTO

Al “Hospital General Ambato”, de la unidad de Hemodiálisis, y a quienes la conforman por haberme facilitado la información que hoy conseguí plasmar, proyectar y contribuir a profesionales de Enfermería.

Al Md. Msc. Iván Ramírez, por haberme guiado con sus erudiciones académicas, pedagógicas y científicas, en el desarrollo y en la ejecución de este artículo científico, a fin de cumplir con mi visión personal y profesional.

REFERENCIAS

1. Pabón Varela Y, Paez- Hernández K, Rodrpiguez Daza K, Media-Atencia C, Lopez-Tavera M, Sakcedo-Quintero L. Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. Segunda ed. Duuazary , editor. México D.F.; 2015.
2. Romero E, Maccausland Segura Y, Solórzano Torre. El cuidado familiar del paciente renal y su calidad de vida. [Online].; 2014 [cited 2020 octubre 9. Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/2185>.
3. Angel ZE, Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática [Internet]. [Online].; 2019 [cited 2020 noviembre 23. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003.
4. Ramirez Martinez M, Ortega Hernández J. Evaluación de los cuidados de Enfermería en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. REvista CUba Enferm. 2015 mazo; Vol23(No1.).
5. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME.. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. Hacia la Promoción la Salud. Revista SciELO. 2017 diciembre 12; Vol.12(No.14): p. pp.11-24.
6. Stracuzzi P, Martins F.. Metodología de la investigación cualitativa. R. 2015 marzo; Vol.23(No.3): p. p.87.
7. Montenegro Idrogo J, Huerta Callado Y. Cultura de Publicación realdades diferentes. Revista Ned. Chile. 2015 diciembre; Vol.3(Nº,1): p. pp.1-145.

8. Velarde E, Mc J, Carlos), Mc A-F.. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. *Methods for quality of life assessment. Revissta SaludPublica Mex.* 2015 abril; Vol.44(No.5): p. pp.448-63.
9. Ruiz MA, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *PharmacoEconomics Spanish Res.* 2015 agosto 15; Vol.2(Nº.1): p. pp31-43.
10. Pabón-Varela Y, Saray Páez-Hernández K, Dayanna Ro. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Artículo de Revisión. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Artículo de Revisión Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica adult's life quality with chronic kidney disease, a bibliographic view resumen. Insufic Renal; Adul.* 2015 diciembre 15; Vol.12(No.2): p. pp.157-63.
11. Ferrer G, Rajmil M, Rebollo L, Permanyer-Miralda. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollo. 2015; Vol.19(No.2).
12. Alonso J. Descripción del KDQOL - SF. *Grup Investig en Serv Sanit Dr Aigüader.* 2019 Marzo; Vol.2(Nº1.).
13. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con c. *Rev la Soc Esp del Dolor.* 2015 noviembre 15; Vol.11(No.8): p. pp.505-14.
14. Cevallos Tapia ADR, Anchundia Loez M. Calidad de vida en pacientes con tratamiento terapéutico de hemodiálisis. *Revista Científica Dominio de las Ciencias.* 2019 enero 15; Vol.5(Num.1): p. pp.3-31.
15. Pereira J, Boada L, Torrado Y.. Diálisis y Hemodialisis. *Revista Argentina de Nefrología.* 2017 marzo; Vol.15(Nº.2): p. p.19.
16. Organización Panamericana de Salud. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. *Revista Científica de Nefrología.* 2015 diciembre 15; Vol.12(No.2): p. pp.1-19.
17. SLANH.(Sociedad latinoamericana de Neufrologia e Hipertension). Reporte 2015-2016 del Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal. *Revista de Panama Científica.* 2017 agosto; Vol.13(No.2): p. pp.1-19.
18. Robles A, Rubio B, De La Rosa E, Nava A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *REvista Cientpifica El Residente.* 2016 noviembre; Vol.11(No.3): p. pp.120-125.
19. Ortiza PdS, Pérez García R, Molina Nuñez M, Muñoz González RI, Álvarez Fernández G. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico para demostrar los beneficios de la hemodiálisis sin acetato (con citrato). *Revista Estudio ABC-treat Efeto Agudo delCitraato. Nefrología.* 2019 enero 23; Vol.39(No.1): p. pp.11-14.
20. Dra. Cristina del Rocío Sánchez Hernández; MSc. Li. Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. *SciELO Revista Archivo Médico de Camagüey.* 2016 junio 15; Vol.20(No.3): p. pp.1-19.
21. Adell M, Salvado T, Casado L, Andújar J, Ramiro M, Mencía A. Valoración de la calidad de vida y técnicas de diálisis mediante un cuestionario de resultados percibidos por el paciente. *Revista Enfermería Nefrología.* 2015 enero 10; Vol.18(No.1): p. pp.101-37.
22. López y López LR, Baca A, Guzmán PM, Ángeles A, Ramírez del Pilar R, López DS et al. Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años

- de tratamiento. *SciELO Revista Med In México*. 2017 marzo 12; Vol.33(No.2): p. pp.177-84.
23. Iyasere OU, Brown EA, Johansson L, Huson L, Smee J, Maxwell A, et al. Quality of life and physical function in older patients on dialysis: A comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. *Revista*. 2016 julio 14; Vol.11(No.3): p. pp.423-30.
 24. Liebman S, Li NC, Lacson E.. Change in quality of life and one-year mortality risk in maintenance dialysis patients. *Rev.Qual Life Res*. 2016 septiembre 12; Vol.28(No.9): p. pp.2295-306.
 25. Carpena EC, Santos IS, Vargas R, Grahl JM.. Quality of life of chronic renal patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. *Revista J Bras Nefrol*. 2015 marzo; Vol.37(N°3): p. pp.297-305.
 26. Loon IN, Bots ML, Boereboom FTJ, Grooteman MPC, Blankestijn PJ, Dorpel MA et al. Quality of life as indicator of poor outcome in hemodialysis: relation with mortality in different age groups. *Revista BMC Nephrology*. 2017 noviembre 16; Vol.18(No.2): p. p.217.
 27. Barbero E, Tejeda E, Herrera C, García SM, Gascó N, Junyent E. Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diálisis. *Revista Enferm Nefrol*. 2016 enero 24; Vol.19(N°1): p. pp.29-35.
 28. Nagasawa H, Sugita I, Tachi T, Esaki H, Yoshida A, Kanematsu Y, et al. he relationship between dialysis patients' quality of life and caregivers' quality of life. *Rev.Front Pharmacol*. 2018 noviembre 14; Vol.9(No.1): p. p.770.
 29. Guerra V, Sanhueza O, Cáceres M.. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Revista SciELO Latino-Am Enfermagem*. 2013 noviembre 24; Vol.25(No.10).
 30. Perales CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Revista Nefrología*. 2016 septiembre; Vol.36(No.3): p. pp.275-82.
 31. Chaves K, Duarte A, Vesga J. A. Adaptación transcultural del cuestionario KDQOLSF 36 para evaluar calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en Colombia. *SciELO Revista Médica*. 2013 julio 15; Vol.21(No.2): p. pp.34-42.
 32. Carreño-Moreno SP, Chaparro-Díaz L.. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *AQUICHAN [internet]*. *Revista Aquichan Unisabana*. 2018; Vol.18(No.2).
 33. León Zamora Y, Ávila Sánchez M, Enriquez C. Calidad de vida de los cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Revista SciELO Medicentro Electrónica*. 2020 febrero 28; Vol.24(N°.2): p. pp.45-79.

REVISTA CIENTÍFICA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

La revista científica de la Facultad Ciencias de la Salud, indexada en la base de datos Latindex, tiene como **objetivo** difundir los resultados de investigaciones realizadas por docentes investigadores, a través de artículos científicos, críticos, casos clínicos; que permitan generar nuevos conocimientos y aportar en la solución de los problemas de salud.

La revista publica un número semestralmente, en temas de salud que son considerados como artículos de Investigación original, artículos cortos, artículos de revisión, estudios de casos y cartas al editor.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Motivar una cultura investigativa como herramienta para el fortalecimiento académico.
- Aportar con investigaciones innovadoras a la solución de problemas de salud enfermedad.

PROCESO PARA PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Los artículos recibidos para la publicación serán revisados inicialmente por el Comité Editorial para verificar el cumplimiento de los criterios solicitados por la revista. En el caso de no cumplir se le informara inmediatamente al autor/es.

Una vez revisados los documentos los artículos se someterán a la revisión de pares especialistas en el tema. Esta que se llevará a cabo en el original completo a través de una revisión ciega de contenidos. Los pares evaluadores responderán en un plazo máximo de 2 semanas con una evaluación del trabajo, que incluye sugerencias sobre cómo mejorarlo, la cual es enviada al grupo de editores. Como resultado de dichos procesos, se le enviará al autor un documento único en el que quedarán explícitos los aspectos que necesitan ser subsanados. La publicación del original no se realizará hasta que ambos procesos tengan una valoración positiva. Las evaluaciones normalmente incluyen una recomendación explícita sobre lo que debe hacerse con la propuesta de investigación.

Las opciones propuestas son las siguientes:

- Aceptación incondicional del trabajo,
- Aceptación sujeta a las mejoras propuestas por el evaluador,
- Rechazo, animando a los autores a revisar el documento y someterlo a revisión nuevamente
- Rechazo incondicional.

De esta manera se tendrá la certeza que los artículos que se publican en la revista de la Facultad Ciencias de la Salud de la UTN, contribuyen satisfactoriamente en la investigación, el desarrollo científico y tecnológico; y a su vez al avance en el conocimiento y fortalecimiento del área de salud.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Convocatoria a Vol8 Num 2 julio – diciembre 2021

<http://revistasojs.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/index>

La Universidad Técnica del Norte (UTN) y la Facultad de Ciencias de la Salud, con todas sus carreras, conscientes del rol de la academia en la sociedad, y con el objetivo de dar respuesta a interrogantes en el área de salud, además de incentivar la participación y la investigación en profesionales, y estudiantes; invitan a participar en la próxima publicación de la revista **La U Investiga**.

Con la finalidad de facilitar el envío de las publicaciones, se pone a disposición la plataforma *Open Journal System de la UTN* para el proceso de publicación de artículos en las siguientes áreas de investigación.

- Ciencias de la Salud
- Salud Pública
- Educación y salud
- Educación superior y salud

INFORMACIÓN PARA EL ENVÍO

Las publicaciones pueden ser escritas en español y en inglés, y ser enviadas por la plataforma por el autor principal (previa creación de usuario), con extensión .docx, (mínimo de 6 y máximo de 10 hojas, en el sitio la plantilla); la periodicidad de la revista es semestralmente, los meses de publicación son junio y diciembre de cada año; las secciones de la revista son: Artículos Originales, Artículos Cortos, Revisión Bibliográfica Sistemática, Reporte o Estudio de Casos Clínicos, Cartas al editor. Una vez revisado por pares ciegos y aceptado para la publicación, se solicitará al autor el envío de la última versión del artículo (.docx y gráficos por separado debidamente titulados con extensión .jpg, o .png). Los resultados deben ser de autoría propia y original, y por tanto certificar por medio del envío de la Carta de Responsabilidad y Autenticidad de su manuscrito (en el sitio el formato) así mismo no deberá encontrarse en proceso de publicación en otras revistas.

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTADOS PARA SER PUBLICADOS ARTÍCULOS ORIGINALES

ARTÍCULOS ORIGINALES

Se aceptarán los artículos que muestran los resultados originales de proyectos terminados de investigación.

ARTÍCULOS CORTOS

Los artículos cortos muestran los resultados parciales de una investigación científica

que por su importancia necesitan pronta difusión.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTÉMICA

Son revisiones sistemáticas de la literatura científica. Se refiere a estudios detallados, selectivos y críticos que tratan de analizar e integrar la información esencial de los estudios primarios de investigación sobre un problema de salud específico, se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

Presenta los resultados de una investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

REPORTE O ESTUDIO DE CASO CLINICO

Es la revisión y presentación de casos clínicos de interés para las áreas de ciencias de la salud. Incorpora además una revisión bibliográfica de casos similares.

CARTAS AL EDITOR

En ellas se recogerán observaciones científicas y formalmente aceptables sobre los trabajos publicados.

ORGANIZACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

TÍTULO. Debe ser breve, no incluir abreviaturas ni fórmulas.

NOMBRE DEL AUTOR (AUTORES). Debe ir inmediatamente después de título. Si son varios autores, se debe indicar con un llamado al pie el nombre de la persona a quien se le puede dirigir la correspondencia. Formación académica y referencia institucional: en nota al pie de página se debe informar el título académico de mayor jerarquía, la institución a la que está vinculado el autor (autores), la dirección de la institución y el correo electrónico del autor (autores).

RESUMEN. Máximo 250 palabras. Debe indicar con claridad: objetivos, método, resultados, interpretación y conclusiones que será traducido al idioma Ingles.

PALABRAS CLAVE. Cinco palabras clave o frases que indiquen los principales aspectos del artículo. Deben estar inscritas en los descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) <http://decses.bvsalud.org/E/homeagee.htm>

INTRODUCCIÓN: Indicará el propósito del trabajo y resumirá la justificación razonada del estudio u observación. Se debe incluir el objetivo del estudio, el tipo de estudio realizado, la población en la que se realizó y no incluirá datos o conclusiones del trabajo que se publica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Describir el diseño del estudio, la población y la características de la misma, si fuera el caso la muestra que se utilizó y la forma de como se la obtuvo, se describe toda la técnica y los elementos que se utilizaron durante la realización del trabajo.

RESULTADOS: Deben presentarse de manera lógica y cronológica de los resultados obtenidos al aplicar los métodos descritos anteriormente, se pueden utilizar tablas, figuras y/gráficos. No se deben repetir en el texto todos los datos de tablas y gráficos; se resaltarán o resumirán solamente las observaciones relevantes.

CUADROS: Deben presentarse en forma comprensible. Las ilustraciones (gráficos,

diagramas, dibujos, fotografías y mapas) servirán para agregar información. Sus títulos deben ser cortos, precisos y concisos y citar la fuente de donde fueron tomados, incluso aclarar si es una elaboración propia. Las fotografías deben ser de excelente calidad e incluir la fuente de origen y la fecha. Es necesario enviar los archivos originales de los cuadros, o como imágenes en formato .JPG de 300 Dpi.

DISCUSIÓN: Se debe realizar una interpretación de los resultados descritos y resaltar aspectos nuevos e importantes, además comparar estos resultados con otros obtenidos en artículos reconocidos científicamente.

CONCLUSIONES: Se expresan las opiniones y los conceptos, sustentándonos en los resultados, a los que llegan después de realizar la discusión.

AGRADECIMIENTOS: Deberá constar las colaboraciones que merezcan agradecimiento, pero que no justifican la autoría, como puede ser el respaldo general de una autoridad, los agradecimientos por la ayuda técnica, los agradecimientos por apoyo económico y material, especificando la naturaleza de la ayuda; y las relaciones que pudieran plantear un conflicto de intereses. Las personas que hayan contribuido intelectualmente en el artículo, pero cuya colaboración no justifique la autoría, podrán ser nombradas, describiendo su función o aportación (por ejemplo, «asesoría científico», «revisión crítica del objetivo del estudio», «recogida de datos» o «participación en el ensayo clínico»). La ayuda técnica debe agradecerse en un párrafo.

REFERENCIAS: Las referencias bibliográficas se numerarán correlativamente según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto. Se identificarán en el texto, en las tablas y en las leyendas mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de las figuras se numerarán de acuerdo con el orden establecido por la primera identificación dentro del texto de cada tabla o figura en particular.

•Se utilizará el estilo de los siguientes ejemplos, que se basan en los formatos que emplea la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos en el Index Medicus. Los títulos de las revistas deberán abreviarse, según el estilo empleado en el Index Medicus. Debe consultarse la List of Journals Indexed in Index Medicus, que publica anualmente la NLM por separado y en el número correspondiente al mes de enero del Index Medicus. El listado también se puede obtener a través de Internet: <http://www.nlm.nih.gov>.

•Se evitará la utilización de resúmenes como referencias. Las referencias a originales aceptados pero todavía no publicados se designarán con expresiones como «en prensa» o «de próxima aparición»; los autores deberán obtener autorización por escrito para citar dichos artículos y comprobar que han sido admitidos para su publicación. La información procedente de artículos remitidos pero rechazados, se mencionará en el texto como «observaciones no publicadas», previa autorización por escrito de la fuente.

•Se evitarán las referencias del tipo «comunicación personal», salvo cuando ofrezcan información esencial no disponible en fuentes públicas, en cuyo caso figurarán entre paréntesis en el texto el nombre de la persona y la fecha de la comunicación. Si se trata de artículos científicos, los autores deberán obtener de la fuente de la comunicación personal la autorización por escrito y la confirmación de su exactitud.

- Las referencias bibliográficas deberán ser cotejadas por el (los) autor(es) con los documentos originales.

- El estilo de los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) se basa en gran medida en el estilo normalizado ANSI adoptado por la NLM para sus bases de datos (por ejemplo, MEDLINE). Se han añadido notas en los casos en que el estilo Vancouver difiere del estilo utilizado por la NLM.

Artículos de revista

Artículo estándar (Se mencionan los 6 primeros autores y, si su número excede de 6, se añade la expresión «et al.») [Nota: La NLM incluye actualmente hasta 25 autores; si hay más de 25, la NLM cita los 24 primeros, luego el último autor y finalmente añade «et al.»].

- Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124(11):980-3.

- Como opción, si una revista lleva paginación continua a lo largo del volumen (como sucede con muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. [Nota: Por coherencia, esta alternativa se emplea en los ejemplos de este documento. La NLM no aplica esta opción.]

- Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996; 124:980-3.

- En el caso de más de 6 autores:

- Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al.

Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-12.

Autor institucional

- The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

No se menciona autor

- Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

- (4) Artículo en idioma distinto del inglés [Nota: La NLM traduce el título al inglés, cita el título original entre corchetes y añade una indicación del idioma original en abreviatura.]

- Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos tidligere frisk kvinne. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996;116:41-2.

Suplemento de un volumen

Número sin volumen

- Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.

Sin número ni volumen

•Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

Libros y otras monografías

•[Nota: En versiones anteriores de las normas de estilo de Vancouver figuraba incorrectamente una coma, en lugar de un punto y coma, entre el editor y la fecha.]

Personas como autores

•Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Actas de congreso

•Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam:

Elsevier; 1996. Pon(2e1n) cia presentada a congreso

Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tesis doctoral (o similar)

•Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization* [tesis doctoral]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Patente

COMITÉ EDITORIAL REVISTA “LA U INVESTIGA”

**www.utn.edu.ec
Av. 17 de Julio 5.21 y
Gral. José María Cordova
IBARRA- ECUADOR**