

edi|PUCE

Memorias II Jornada Científica Internacional de Enfermería



Biblioteca de Enfermería

Editoras

Judith Francisco-Pérez
Venus Medina-Maldonado

Biblioteca Médica

Memorias II Jornada Científica
Internacional de Enfermería

edi|PUCE



**Memorias II Jornada Científica
Internacional de Enfermería**

Primera edición

© 2026 Judith Francisco-Pérez y Venus Medina-Maldonado

© 2026 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

laeditorial.puce.edu.ec

Quito, Av. 12 de Octubre y Roca

Apartado n.º 17-01-2184

Tel.: (593) (02) 2991 700 ext. 1711

Correo: publicaciones@puce.edu.ec

Producción editorial: Jossué Baquero

Gestión técnica: Macarena Orozco

Asistencia editorial: Danna Quintana

Diseño de portada: Vanessa Proaño O.

Diagramación: Mattias Tello

Corrección de textos: ediPUCE

ISBN digital : 978-9978-77-791-6

Quito, marzo de 2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-No Comercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

El manuscrito se sometió a revisión de pares ciegos, lo que garantiza la confidencialidad de autores y árbitros, conforme a las normas de publicación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Memorias II Jornada Científica Internacional de Enfermería

Editoras: Judith Francisco-Pérez y Venus Medina-Maldonado

Contenido

Presentación	11
Conferencia magistral: El trabajo de Enfermería: una deuda pendiente.....	13
Significado para los enfermeros del cuidado del adulto con un proceso oncológico desde la perspectiva de Emmanuel Levinas: un estudio cualitativo	23
Estudio bibliométrico de la producción científica realizada por enfermería sobre violencia en relaciones de pareja	29
Factores asociados a los trastornos musculoesqueléticos en enfermeras que laboran en los servicios críticos: una revisión sistemática.....	35
Afrontamiento frente a la muerte por parte de los profesionales de salud que laboran en unidades de cuidados paliativos	39
El significado de cuidar a las personas con VIH/SIDA en el entorno familiar	44
Requerimientos para el desarrollo de una enfermera digital posquirúrgica. Revisión sistemática.....	50
Utilidad del modelo ECHO en el aprendizaje avanzado de enfermeros especialistas. Propuesta de estudio Fenomenológico.....	55

Actitudes frente a la muerte por parte de los profesionales de salud que laboran en Unidades de Cuidados Paliativos	59
Percepción de los padres en cuanto al acompañamiento recibido durante el duelo perinatal.....	65
Más allá del conflicto familiar: estructura factorial e invarianza del instrumento de Violencia Filio-parental.....	71
Del rol de docente al de facilitador: potenciando el desarrollo de competencias en estudiantes de enfermería mediante la simulación clínica	76
Fortalecimiento de la autoconfianza en internos rotativos de enfermería mediante una Telementoría ECHO. Estudio fenomenológico	82
Experiencia de profesionales con la activación del código púrpura en un servicio de emergencia. Proyecto de investigación	86
Tras el encierro: diseño y validación de una escala del Síndrome de la Cabaña post COVID-19	92
Estudio de caso sobre el dolor de un miembro fantasma	97
El dolor durante el trabajo de parto: experiencia de mujeres en puerperio inmediato	108
Limitantes para el cuidado humanizado en un servicio de emergencias desde la perspectiva del profesional de enfermería.....	114
Etnicidad y Acceso a Información Sanitaria: análisis observacional en la población adulta de Ecuador	119

Editoras:

- Judith Francisco-Pérez, PhD

Docente de la Facultad de Enfermería y líder del Grupo de Investigación *Salud Digital (E-Health)*. También es fundadora y coordinadora de la *Red de Enfermería Informática Nodo Ecuador – REINE*.

- Venus Medina-Maldonado, PhD

Docente de la Facultad de Enfermería e investigadora principal en el *Centro de Investigaciones para la Salud de América Latina (CISeAL)*. Además, lidera el Grupo de Investigación *Prevención de la Violencia de Género (E-previo)*.

Autoridades

- Facultad de Enfermería – Pontificia Universidad Católica del Ecuador

- Dra. Cristina Yáñez Corrales, decana de la Facultad de Enfermería

- Dr. Christian Fernando Juna Juca, coordinador de la Carrera de Enfermería

Comité Organizador

Facultad de Enfermería – Pontificia Universidad Católica del Ecuador

- Dra. (c) Narcisa de Jesús Jiménez Juela, *coordinadora*

- Dra. (c) Ximena Andino Guamanzara

- Dra. Judith Inmaculada Francisco Pérez
- Dra. Venus Medina-Maldonado
- Dra. Mónica Villalobos Espinosa

Comité Científico

Investigadores miembros de universidades nacionales e internacionales:

- Dra. Dorian Camacho, *Universidad Cooperativa de Colombia* (Colombia)
- Dra. María Luisa Molano Pirazán, *Universidad del Valle* (Colombia)
- Mgtr. Fernanda Ramos, *Universidad Central del Ecuador* (Ecuador)
- Dra. Irma Saltos, *Universidad Central del Ecuador* (Ecuador)
- Mgtr. Diana Vuele, *Universidad Nacional de Loja* (Ecuador)
- Mgtr. Deny Ayora, *Universidad Nacional de Loja* (Ecuador)
- Dr. Ismael Jiménez Ruiz, *Universidad de Murcia* (España)
- Dr. Ever Osorio, *Universidad de Carabobo* (Venezuela)

Presentación

Judith Francisco-Pérez

La presente obra compila los trabajos científicos presentados en la II Jornada Científica Internacional de Enfermería de la PUCE-Quito, realizada en mayo de 2024. Este evento académico congregó a investigadoras e investigadores del campo de la Enfermería a escala nacional e internacional, comprometidos con la generación de conocimiento innovador, pertinente y humanizado, y en diálogo con los desafíos contemporáneos de la práctica profesional en contextos clínicos, comunitarios, educativos y tecnológicos.

Los artículos seleccionados y reunidos en estas memorias abordan una diversidad de problemáticas relevantes para el fortalecimiento de la disciplina, desde perspectivas teóricas, metodológicas y prácticas. Las investigaciones se organizan en torno a múltiples líneas temáticas: ética del cuidado, fenómenos del final de la vida y duelo, violencia en sus diversas formas, cuidado en salud sexual y reproductiva, salud mental, prácticas docentes innovadoras, desafíos en contextos críticos, acceso a la información sanitaria en poblaciones vulnerables y avances en salud digital aplicada al seguimiento clínico y la formación profesional.

Se incluyen estudios sobre el sentido subjetivo del trabajo enfermero, el abordaje del dolor físico y emocional, el acompañamiento en procesos de duelo perinatal, las actitudes frente a la muerte por parte de profesionales de la salud, y la gestión del cuidado en víctimas de

violencia de género, filioparental y estructural. Se destacan también experiencias en torno a la simulación clínica, el fortalecimiento de la autoconfianza mediante telementoría, los efectos del confinamiento prolongado, y los desafíos del cuidado a pacientes con VIH, con miembros fantasma o en condición posquirúrgica.

En cada uno de estos trabajos se refleja el legado de Florence Nightingale, pionera de la enfermería moderna, quien comprendía la enfermería como un arte sustentado en la ciencia, guiado por la observación, la compasión y el compromiso social. Su énfasis en la prevención, la sistematización del conocimiento y la dignificación del cuidado se refleja en cada uno de estos estudios y nos muestran que su legado sigue resonando en la actualidad.

Asimismo, la naturaleza de los estudios presentados en estas Jornadas Científicas apuntala directamente los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Estas investigaciones no solo exploran nuevas prácticas, sino que encarnan el llamado a fortalecer la autonomía, la formación avanzada, la capacidad resolutive y el liderazgo de los profesionales de enfermería, pilares fundamentales para lograr el acceso y la cobertura universales en salud.

Nos fortalece reconocer que los enfoques y resultados compartidos en este evento combinan el rigor científico con la sensibilidad ética y humana que caracteriza a nuestra profesión. Por ello, estas memorias constituyen una valiosa contribución al debate académico y profesional, y una fuente de inspiración para futuras líneas de investigación, formación e intervención.

Más allá de sus hallazgos, estos trabajos nos recuerdan que la enfermería sigue siendo una profesión capaz de transformar realidades desde el cuidado, el conocimiento y el amor.

Conferencia magistral: El trabajo de Enfermería: una deuda pendiente

Dra. Olga Bexaide Crespo Linares
Enfermera e Investigadora de la Mutua Universal,
Oviedo, España.
Correo electrónico: olga.crespo@mutuauniversal.net

El trabajo en tiempo contemporáneo

El proceso de cambio que experimenta actualmente el mundo del trabajo produce nuevos modelos y figuras a un ritmo vertiginoso. El trabajo virtual, el teletrabajo, el trabajo electrónico, la robotización, la informatización integral, las oficinas electrónicas, entre otros, son algunos de los términos que ya no resultan extraños a las organizaciones bancarias, las cadenas de comercialización masivas, las industrias o a las empresas de tarjetas de crédito.

Los modelos racionales de gestión empresarial no siempre tienen en cuenta al factor humano, a pesar de la existencia de numerosas teorías y sistemas orientados a considerar al ser humano en el ámbito del trabajo como el elemento más valioso, al conformar con sus conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes el capital intelectual de la empresa. Mientras Durkheim (1893) destaca los aspectos morales de la división del trabajo, Weber (1905) se lamenta de la burocratiza-

ción, pero lo racional legal es solo una forma de acción. Por su parte, la primera sociología industrial de Elton Mayo (1927) se enfoca en el campo del comportamiento humano en la producción. Las personas son vistas en su individualidad y como actores racionales, la sociedad es reducida al mercado y a la vez el trabajo deja de ser el único creador de valor; lo central en el proceso económico es el mercado.

El trabajo es un derecho humano fundamental y al mismo tiempo es un deber social, porque de él depende la reproducción de la fuerza de trabajo y la continuidad de la especie humana. Se trata de un valor de características complejas que reúne varias dimensiones. Estas son las que fundamentan de manera objetiva el derecho del trabajo o, mejor dicho, los derechos del trabajador (Neffa, 2000); así el trabajo permite a quienes lo realizan *trascender*, producir algo que tiene una existencia autónoma y exterior, que puede perdurar más allá de la vida del sujeto que le dio origen, y estar presente lejos del marco geográfico donde se gestó.

Los señalamientos de Neffa (2000) permiten definir el trabajo como una actividad humana voluntaria y coordinada, que transforma a la persona que lo ejecuta, realizada en un tiempo dado y orientada hacia una finalidad específica: la producción de bienes y servicios exteriores al sujeto, transformándolos para que proporcionen una utilidad social; es decir, para satisfacer necesidades humanas, individuales o colectivas, pero que no se puede llevar a cabo de manera automática ni por la estricta ejecución del trabajo.

Esto es de suma importancia para el trabajo de la enfermería, porque en el sector sanitario se producen bienes necesarios para cualquier sociedad, como lo es la salud del ser humano. Así, la transformación de la enfermedad en salud genera un ser humano sano o recuperado para su incorporación con el menor daño posible al sector productivo de un país.

El trabajo, en su connotación objetiva, transforma de manera consciente la naturaleza y su entorno para lograr riqueza; en cambio, es subjetiva al utilizar al ser humano para esa transformación. Esta última connotación es más reciente y compleja en su estudio, pues implica a la persona desde su esfera psíquica, física, relacional, conductual, familiar y laboral. Es en la connotación subjetiva del trabajo de la enfermera que se centra la presente investigación.

El sentido subjetivo del trabajo

Como bien lo señalan los estudiosos del trabajo en Latinoamérica, este tiene un componente altamente subjetivo. Si se considera que la objetividad es susceptible de ser descrita en cualquier ámbito, asumiendo la significación según el contexto, no es menos cierto que el protagonismo del *sujeto* como realidad sociohistórica es la fuerza, cualidad y motivo capital del debate, por su propia indeterminación y plasticidad, lo que ha generado nuevas metodologías para la reformulación de las ciencias y los estudios sociales.

Históricamente, los estudios sobre la subjetividad han tenido un tratamiento más ambiguo en el campo de las Ciencias Sociales. Se los asocia de forma general a una concepción mentalista e individualista de carácter metafísico, e insistentemente se los presenta como una reminiscencia de la filosofía moderna del sujeto.

La subjetividad ha sido trabajada de forma indirecta con la psicología, y como un referente general para designar los aspectos intrapsíquicos de las personas, usando indistintamente términos como conciencia, personalidad, entre otros.

En este caso, en cambio, cuando se alude a la subjetividad, no interesa tanto como proceso fisiológico ni como proceso psicológico, sino como proceso social; es decir, como proceso de dar un sentido que pueda trascender lo individual (Piaget, 1968). No se trata de los sentidos acumulados, sino del proceso mismo.

En esta medida, es posible hablar de los campos de la subjetividad, porque contienen elementos acumulados para dar sentido socialmente, no a través de la identificación de códigos, lo que reduciría la subjetividad a la cultura, sino como un proceso que incorpora a los códigos acumulados y crea configuraciones subjetivas para la situación concreta (de la Garza, 2001).

La subjetividad del trabajo de la enfermera tiene un papel fundamental en el ejercicio profesional al asumirlo desde su perspectiva humana: de madre cuidadora y profesional responsable de la vida de un ser humano, que depende de ella para vivir o morir.

El manejo subjetivo se refiere a profundas experiencias de vida, de trabajo y de prácticas laborales de los trabajadores, sin las cuales este resultaría inexplicable. El interés de lo subjetivo surge de una trama delicada, compleja, y no sólo del conflicto laboral. Las acciones simbólicas, las representaciones, las opiniones y la toma de decisiones componen la sugestión emocional. La subjetividad del trabajo, evaluada desde diferentes escenarios, permite construir teoría para fortalecer el bienestar social.

Enfermería y su proceso de trabajo

El proceso de enfermería es definido por Potter y Perry (1996) como el “método sistemático de resolución de problemas que proporciona a los

pacientes cuidados personalizados en cualquier estado” (p.120). Es, entonces, el cimiento que caracteriza la práctica del cuidado, la guía que fundamenta las acciones, el cuerpo de conocimientos que permite centrar la atención en el paciente.

El otro proceso utilizado en enfermería es el administrativo. Crespo y Escorihuela (1997) lo definen como un conjunto de acciones sucesivas que conducen a un objetivo, que en este caso sería proveer al personal de los recursos materiales y humanos necesarios para satisfacer las necesidades interferidas de los pacientes.

Cuando para ejecutar las acciones no se dispone de los elementos requeridos, se genera en las enfermeras una sobrecarga de trabajo físico y mental. A esto se le suma un sistema de remuneración y beneficios sociales poco atractivos. Todo ello induce a reflexionar sobre cómo se percibe su ambiente laboral, qué ocasiona su autodeterminación para la diaria ejecución de sus funciones y cómo se apropia la enfermera de su trabajo.

La salud es vista en los estudios del trabajo como un proceso de consumo y no como un proceso productivo. Esto es un paradigma que debe cambiarse, por cuanto una sociedad enferma o discapacitada no puede tener procesos de producción para el desarrollo de cualquier nación. Las enfermeras son el personal que permanece de manera continua en el cuidado del enfermo las veinticuatro horas del día, son las En este sentido, se describe a continuación una posición onto-epistémica de esta investigación.

Posición onto-epistémica de la investigadora

Es fundamental lo señalado por Malvárez y Castrillón (2006), quienes afirman que la búsqueda de información confirma carencias,

insuficiencias, subregistro y, a menudo, disparidad en los años de información en variables fundamentales sobre el trabajo de enfermería. Esta situación pone de manifiesto la importancia de monitorear la dinámica de la fuerza de trabajo de enfermería y de producir evidencias relacionadas con dimensiones sobre las cuales existe poca o ninguna información sistematizada, como la oferta anual de profesionales, la dinámica de aspirantes y matriculados, el número de vinculados a las instituciones públicas y privadas, cargos vacantes, migración, deserción y desempleo.

Debido a que el trabajo es una de las actividades sobre las que se organizan las sociedades, es responsabilidad de los poderes públicos velar por la salud, la seguridad y la higiene en el trabajo. Por eso, debe considerarse el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la integridad de los trabajadores, lo que implica espacios laborales seguros y sin riesgos.

Según testimonios de enfermeras que laboran en áreas críticas, al no disponer de recursos materiales y humanos, deben realizar acciones extraordinarias para llevar a cabo su trabajo. Este comportamiento podría denominarse como el síndrome de *súper enfermera*, basado en el arquetipo del héroe propuesto por Carl Jung en el siglo XX.

Este arquetipo, al oír relatos de enfermeras respecto de su trabajo, es semejante a un cuento de ciencia ficción, sobre todo por las dificultades que afrontan y cómo las superan. Este tipo de actitud se asocia, según Jung, con la personalidad tipo A: un esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos, una elevada inclinación hacia la competitividad, el deseo de reconocimiento y prestigio, una baja tolerancia a la frustración, gran implicación en el trabajo con tendencia a la actividad permanente y un extraordinario nivel de alerta física y mental.

El síndrome de la *súper heroína*, o, en este caso, *súper enfermera*, tiene escasa bibliografía a escala mundial, lo que da mayor argumentación este planteamiento, pues es un aspecto del trabajo poco estudiado en esta rama. Tomarlo como base, permitirá construir una episteme laboral basado en la naturaleza de la labor, que es salvar vidas.

Conocimiento y proxémica de la investigadora sobre el objeto de estudio

Durante cuarenta y cinco años de ejercicio profesional, tanto como docente y trabajadora en áreas críticas de los sectores público y privado, como sala de partos, quirófano, emergencia, unidades de cuidados intensivos, coronarios y médula ósea, así como urgencias extra-hospitalarias (ambulancias), he presenciado las precarias condiciones de trabajo. Por tanto, puedo explicar con propiedad cómo son la organización y el contenido del trabajo en enfermería. Desde esta experiencia me baso para interpretar la vivencia *de los otros* en el mundo del trabajo.

La actitud de *súper heroína* solapa la verdadera carga mental del trabajo que realizan las enfermeras. Esta podría ser definida como un estilo de trabajo propio, algo así como asumir una dimensión humano-cristiana que fortifica, una venda invisible en los ojos de la enfermera que le impide darse cuenta de la repercusión de estas acciones en su salud.

Las condiciones de trabajo de la enfermera (atender un número de personas mayor que el establecido, realizar los cuidados sin acompañamiento durante toda una jornada y ayudada únicamente por los familiares de los pacientes...) inciden de manera solapada en su esfera biopsicosocial.

Conclusiones

A pesar de que las referencias presentadas corresponden en su mayoría al siglo XX, y una del siglo XIX, no es menos cierto que en el contexto actual las condiciones laborales de la enfermera han cambiado poco.

La pandemia de COVID19 (causada por el coronavirus SARS-CoV-2), que empezó en 2020, visibilizó ante el mundo la importante labor de enfermería en los centros de salud, y con ello también se hicieron latentes las inadecuadas condiciones de trabajo.

Cada enfermera aplica en su hacer y en su arte de hacer la ética de máximos, que viene marcada por el deseo o propósito de llevar a cabo la autorrealización personal o individual. Si se toma en cuante que tiene en sus manos la vida de seres humanos, puede determinarse que se encuentra en una situación privilegiada con relación al resto del equipo de salud.

Profundizar en el quehacer de la profesión con el relato por sus propios actores es fundamental para construir la episteme laboral de enfermería en el siglo XXI.

Sigue pendiente, desde las ciencias sociales y los estudios del trabajo, profundizar y visibilizar el trabajo de la enfermera en cualquiera de sus áreas laborales.

Referencias

- Bravermann, H. (1981). *Trabajo y capital monopolista: una degradación del trabajo en el siglo XX* (3.^a ed.). Zahar.
- Carballo, B. (2003). Una responsabilidad compartida. *Actualizaciones en Enfermería*, 6(3), 25–30.

- Consejo Internacional de Enfermería. (2006). *Seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras* [Boletín informativo]. <http://www.icn.ch/pshealthsafety00sp.htm>
- Cortina, A. (1993). *Ética mínima*. Tecnos.
- Crespo Linares, O., & Escorihuela Paz, Z. (1997). *Administración de la atención de enfermería*. Publicaciones Universidad de Carabobo.
- De la Garza, E. (2002). *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*. Fondo de Cultura Económica.
- Dewey, J. (1986). *La reconstrucción de la filosofía*. Planeta Agostini.
- Fuentes, M. (1990). La relación individuo-sociedad: un enfoque marxista. En B. Jiménez-Domínguez (Coord.), *Aportes críticos a la psicología en Latinoamérica* (pp. 57–72). Universidad de Guadalajara.
- Malvárez, C., & Castrillón, M. (2005). *Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina* (Serie HR No. 39). Organización Panamericana de la Salud.
- Malvárez, C., & Castrillón, M. (2006). Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. *Revista Enfermería IMSS*, 14(2), 101–116.
- Neffa, J. (2000). *Condiciones y medio ambiente de trabajo y salud de operadores telefónicos*. Ministerio de Cultura y Educación, Secretaría para la Tecnología, la Ciencia y la Innovación Productiva (SETCIP), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo (PIETTE).
- Organización Internacional del Trabajo. (2007). *Convenio núm. 149 de la OIT sobre el personal de enfermería: reconocer su aporte, considerar sus necesidades*. OIT.

- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Dotación de recursos humanos en salud: nuevas perspectivas de análisis*. OPS.
- Pires, D. (1998). *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. Annablume Editores.
- Potter, P., & Perry, A. (1996). *Fundamentos de enfermería: teoría y práctica* (3.^a ed.). Mosby / Doyma Libros.

Significado para los enfermeros del cuidado del adulto con un proceso oncológico desde la perspectiva de Emmanuel Levinas: un estudio cualitativo

Narcisa de Jesús Jiménez Juera¹ y Carmen Amarilis Guerra Sánchez²

¹Es miembro del grupo de Investigación Cuidado Integral del Adulto (CIA) y docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Actualmente, es estudiante del doctorado en Enfermería, área de concentración Cuidado Humano, en la Universidad de Carabobo, en Valencia, Venezuela.

²Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros de la Universidad de Carabobo, en Valencia, Venezuela.

Resumen

Introducción: en el cuidado de adultos con cáncer, los profesionales de enfermería enfrentan procedimientos complejos que deben ser abordados con amor, entrega y profundo sentido humano, reconociendo al paciente como *el otro*, en el sentido ético propuesto por Le-

vinas (Giménez et al., 2011). Esta perspectiva promueve la alteridad, al valorar la singularidad y la fragilidad de cada persona atendida. No obstante, en el contexto de las unidades oncológicas, se ha observado que, si bien algunos enfermeros brindan atención técnica, a menudo carece de una dimensión empática, lo que vuelve al acto de cuidar algo frío y despersonalizado. Este estudio tiene como objetivo brindar una reflexión teórica sobre el cuidado humanizado, fundamentado tanto en los desarrollos científicos disponibles como en la vivencia de los profesionales de enfermería. En este sentido, se destaca la importancia de una comunicación efectiva y de la escucha activa, elementos esenciales en el arte de cuidar, según lo plantea Watson (2007).

Objetivos: construir una aproximación teórica desde la perspectiva de Levinas sobre el significado del cuidado del adulto durante un proceso oncológico para los profesionales de enfermería.

Método: el presente estudio parte de un enfoque cualitativo, con un diseño narrativo biográfico (Castaño Mora et al., 2023). La técnica empleada para la recolección de datos fue la entrevista en profundidad, y se realizó a siete informantes clave de la enfermería. Para el análisis de los datos recolectados, se siguió una interpretación contextual (sujetos y la perspectiva de la investigadora), así como una interpretación comparativa. Este estudio cumple con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para la investigación en seres humanos. El presente estudio es parte de la tesis doctoral del programa en enfermería, área de concentración, salud y cuidado humano (Universidad de Carabobo, Venezuela) aprobado por el comité de ética con código EO-180-2022.

Resultados:

Tabla 1

Resultados del estudio

Categoría	Aspectos que emergen del discurso	Interpretación
C1: Responsabilidad ética en la práctica de cuidado:	Los enfermeros en oncología entienden que su labor va más allá de lo físico, incluyendo escuchar con respeto, empatía y esperanza. Además, ofrecen consuelo y apoyo incluso cuando no hay más tratamientos disponibles.	Esto se refleja en la ética levinasiana, que, como señala Torre (2021), enfatiza la responsabilidad incondicional hacia <i>el otro</i> . Además de los aspectos médicos, es importante considerar los aspectos psicológicos, sociales y espirituales al cuidar a los pacientes. Esto se relaciona con los hallazgos de Parra et al. (2019), quienes indicaron que la enfermería implica responsabilidades éticas que pueden variar según el contexto.

<p>C2. Sensibilidad y afectividad</p>	<p>Los cuidadores experimentan una amplia gama de emociones al brindar cuidado, incluyendo amor, tristeza, dolor, impotencia, miedo, apego, y, a veces, llanto y rabia.</p>	<p>Según Levinas, en entornos clínicos, mantener objetividad y distancia emocional es crucial para tomar decisiones clínicas efectivas. Los profesionales enfrentan grandes desafíos al tratar enfermedades graves, cuidar de pacientes sin opciones terapéuticas y manejar situaciones terminales. La cercanía con las familias puede generar tensiones emocionales adicionales. Según Gordillo (2023), estos factores pueden llevar al profesional a experimentar estrés ocupacional.</p>
---------------------------------------	---	---

De acuerdo con lo antes observado, para los profesionales de enfermería el cuidado implica un enfoque ético, compasivo y centrado en la humanidad.

Discusión: los hallazgos evidencian que la mayoría de los enfermeros brindan un trato empático y respetuoso, lo cual coincide con la ética levinasiana, que enfatiza la responsabilidad incondicional hacia el otro. De igual manera, los profesionales de enfermería enfrentan grandes desafíos al tratar a pacientes con enfermedades graves; esto puede generar tensiones emocionales con las familias por la estrecha relación que se ha generado, producto del trato cercano. En conclusión, el cuidado durante momentos de vulnerabilidad puede ser emocionalmente agotador para los enfermeros. Por ello, es imperativo que este personal cuente con herramientas y recursos para manejar el estrés y evitar el desgaste emocional.

Referencias

- Castaño Mora, Y., Arias López, B. E., & Butcher, H. K. (2023). Biographical narrative research from the perspective of the science of unitary human beings: a methodological approach. *Nursing Science Quarterly*, 36(3), 221-231.
- Charmaz, K. (2012). The power and potential of Grounded Theory. *BSA MedSoc Group*, 6(3), 2-13. <https://bit.ly/3zreddU>
- Giménez, A. (2011). Emmanuel Levinas: Humanismo del rostro. *Escritos*, 19(43), 337-349. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-12632011000200004
- Gordillo, J. (2023). Estrés laboral en profesionales de la salud que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 4592. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.921>

- Parra, M., Rodríguez, J., & Gómez, L. (2019). Responsabilidades éticas en la práctica de enfermería en instituciones de alta complejidad. *Revista Cuidarte*, 10(3), e662. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.662>
- Torre, A. (2021). La perspectiva ética levinasiana: su sentido para la educación. *Praxis y Saber*, 12(30), 82–96. <https://doi.org/10.19053/22160159.v12.n30.2021.11218>
- Watson, J. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from a Caring Science framework. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 13–15. <http://nsq.sagepub.com/content/20/1/13.refs>

Estudio bibliométrico de la producción científica realizada por enfermería sobre violencia en relaciones de pareja

Venus Medina-Maldonado

Forma parte del grupo de investigación Prevención de la Violencia de Género (E-previo y es docente del programa Maestría en Gestión del Cuidado, mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos, de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Correo electrónico: vemedinam@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: la violencia es un problema social que afecta la salud, la calidad de vida de las personas y en ocasiones conlleva desenlaces fatales. Nuestra labor como profesionales de la enfermería radica en apoyar los procesos de detección y dar soporte a las personas, conectándolas con los servicios disponibles en el sector salud, el sistema de justicia y los programas sociales. Sin embargo, la práctica profesional debe ir acompañada del aporte científico, aspecto esencial para el desarrollo de las sociedades.

Objetivo: analizar las métricas de la producción científica desarrollada por enfermería en estudios relacionados con la violencia en las relaciones de pareja.

Método: corresponde a un estudio retrospectivo bibliométrico en el que se evaluaron las publicaciones indexadas en Scopus desde 2013 hasta 2022, a escala mundial. En la estrategia de búsqueda se utilizaron términos MESH en combinación con los operadores booleanos AND y OR. La cadena de búsqueda implementada fue la siguiente: TITLE-ABS-KEY (“Intimate Partner Violence” OR “Partner Violence, Intimate” OR “Violence, Intimate Partner” OR “Intimate Partner Abuse” OR “Gender-Based Violence” OR “Dating Violence” OR “Violence, Dating”) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, “NURS”)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, “ar”)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, “English”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, “Portuguese”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, “Spanish”)). Los indicadores para el análisis de tendencia fueron: producción científica, relevancia de los términos a lo largo del tiempo, colaboración e impacto en la política pública.

Resultados: con relación a la producción científica, se observó que en el campo de la enfermería fueron publicados 759 estudios durante el periodo analizado, de los cuales el 48.9 % son Open Access, y agrupa a 2404 autores.

El impacto de las citas ponderadas por campos (FWCI) correspondió a 0.90, lo que indica que las citaciones se encuentran por debajo de lo esperado, según el promedio global de publicaciones similares o de toda la base de datos Scopus.

El total de citas fue de 8096, lo que implica un promedio de 10.7 citas por publicación. En el análisis semántico, se obtuvo que en 748 de 759 la frase *Intimate Partner Violence* (IPV) tuvo una relevancia

de 1.0, con un crecimiento > 51.9 %, comparando los años 2022 con 2013. Además, se pudo observar que IPV está situada por encima de *Domestic Violence* o *Gender-Based Violence*.

En la actualidad, ambos son utilizados por los autores como sinónimos del término relevante, por la mayor visibilidad. El término decreciente con una relevancia de 0.17 fue *Spouse Abuse*.

Las instituciones más activas en la publicación de esta temática dentro de la enfermería fueron Johns Hopkins University, con 33 publicaciones, y la Universidad de São Paulo, con 24.

Acercas de la actividad por países, Estados Unidos publicó 357 artículos y Brasil, 78; esto los convierte en los países con mayor producción de la temática. Las enfermeras con más publicaciones en la IPV son McFarlane, Judith M., con 17 publicaciones, y González-Guarda, Rosa Maria, con 15.

Las revistas de mayor relevancia que publican estos temas son: *Women's Health Issues* (Q1) y *Issues in Mental Health Nursing* (Q3) con un FWCI de 1.67 y 1.74, respectivamente.

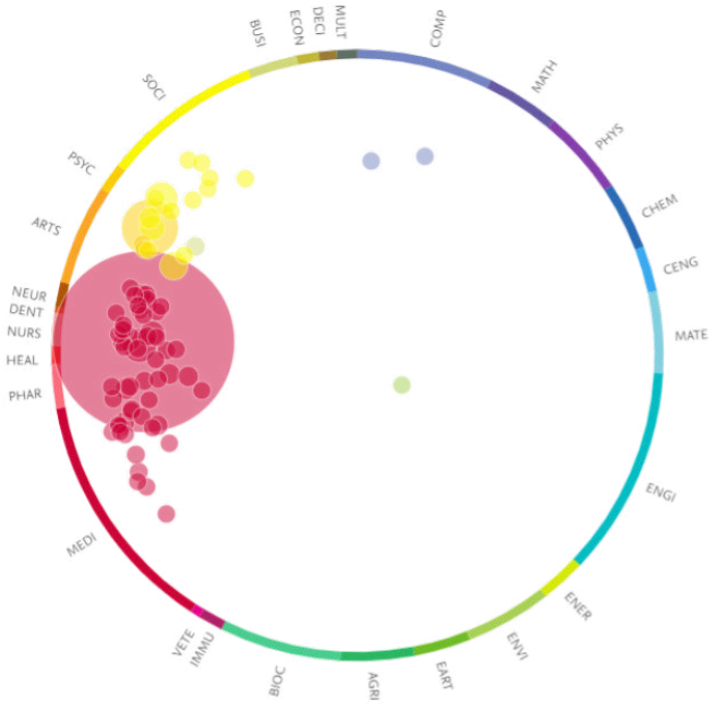
Con un total de 163 tópicos y 4 *clusters*, se observa que las tonalidades entre rojo y rosado agrupan el *cluster* más grande en relación con los temas en que actualmente trabajan la enfermería, la medicina y otras profesiones de la salud.

El percentil de prominencia fue de 98.862; este valor corresponde al tema que adquiere mayor importancia dentro del tópico por su visibilidad, y que para los artículos publicados en 2022 fue *Intimate Partner Violence; Domestic Violence; Pregnancy*.

En este cálculo, se consideraron los valores de la cantidad de citas (1596), la cantidad de vistas por Scopus (14 856) y el Puntaje promedio cita (5.0). (Ver Fig. 1).

Figura 1

Correlación de las publicaciones según temas en común



Nota. Datos generados con la herramienta SciVal sobre el tema “Violencia de la Pareja Íntima” en la investigación en enfermería para el periodo 2013-2022.

En lo que concierne a las métricas de colaboración, existe una gran tendencia a trabajar con colaboraciones nacionales (43.6 %) o colaboraciones institucionales (30 %) lo que genera un FWCI de 0.89 y 0.85, es decir, menos del promedio esperado. En el impacto político se hallaron 50 productos académicos citados por políticas públicas. En total, se observaron 640 recuentos de cita, en promedio de 12.8 citas por publicación y en el FWCI el valor fue de 1.48.

Discusión: la educación y la práctica de la enfermería requieren una comprensión integral del abordaje de la IPV, que, dependiendo de la cultura y la subordinación del estatus de las mujeres y las niñas, puede ser mayor en algunas sociedades que en otras. El hecho concreto es que los abusos se pueden observar en el desbalance de las oportunidades para desarrollarse con plenitud en la vida (McCarthy et al., 2018).

Los profesionales de la enfermería, deben asumir el rol de educar a la población, considerando temas que desafíen el sexismo y que busquen una mayor comprensión de lo necesario para mantener una relación saludable (Crooks et al., 2019). Dentro de las implicaciones para la enfermería, se puede afirmar que, aunque ha habido un incremento de este tipo de publicaciones en Scopus, es necesario mejorar los aspectos de colaboración internacional para impactar positivamente en la visibilidad y la citación de los productos científicos elaborados por la enfermería en esta temática, puesto que la colaboración más frecuente observada ocurre dentro de los países o de las mismas instituciones (Espinoza-Carhuacho et al., 2023). Una limitación de este estudio es un posible sesgo de selección, debido a que la primera búsqueda se realizó en la base de datos SCOPUS, y, al analizar en SciVal, alrededor de un 3 % de las publicaciones quedaron invalidadas debido a que el nivel de actualización de SCOPUS es mayor al de SciVal.

Referencias

- Crooks, C. V., Jaffe, P., Dunlop, C., Kerry, A., & Exner-Cortens, D. (2019). Preventing gender-based violence among adolescents and young adults: Lessons from 25 years of program development and evaluation. *Violence Against Women, 25*(1), 29–55. <https://doi.org/10.1177/1077801218815778>
- Espinoza-Carhuancho, F., Barja-Ore, J., & Mayta-Tovalino, F. (2023). Bibliometric profile of the world scientific production on thanatology in nursing: Visibility, impact, and alternative metrics. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases, 13*(3), 166–172. https://doi.org/10.4103/ijnpnd.ijnpnd_11_23
- McCarthy, K., Mehta, R., & Haberland, N. (2018). Gender, power, and violence: A systematic review of measures and their association with male perpetration of IPV. *PLOS ONE, 13*(11), e0207091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207091>

Factores asociados a los trastornos musculoesqueléticos en enfermeras que laboran en los servicios críticos: una revisión sistemática

Yajaira Elizabeth Portilla Pantoja¹ y Christian Fernando Juna Juca²

¹ Docente del programa de Maestría en Gestión del Cuidado, mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos, de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: yeportilla@puce.edu.ec

² Coordinador de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: cfjunaj@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: los trastornos musculoesqueléticos comprenden un conjunto de afecciones que afectan al sistema locomotor. Estos pueden manifestarse como episodios agudos y de corta duración, tales como fracturas, esguinces y distensiones, o como enfermedades crónicas que deterioran significativamente la calidad de vida y la ca-

pacidad laboral de los profesionales de la salud (Sousa et al., 2020). Generalmente, se caracterizan por la presencia de dolor —a menudo persistente—, así como por limitaciones en la movilidad, la destreza y la funcionalidad de quienes los padecen, constituyendo la principal causa de discapacidad a escala mundial. La discapacidad laboral asociada a estos trastornos ha ido en aumento y se prevé que continúe incrementándose durante los próximos años, lo cual puede comprometer el rendimiento físico y afectar de manera negativa la salud del personal de enfermería (Acuña et al., 2020).

Objetivo: evaluar los resultados de estudios publicados sobre los factores asociados a los trastornos musculoesqueléticos en enfermeras que laboran en los servicios críticos.

Método: se realizó una revisión sistemática con enfoque narrativo en los motores de búsqueda PubMed, ScienceDirect, Google Académico y la biblioteca electrónica SciELO, en portugués, inglés y español. La metodología se basó en la propuesta de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas, y se registró en la base PROSPERO (CRD42023485858).

Resultados: la búsqueda inicial arrojó 58 revisiones primarias, de las cuales 27 cumplieron con los criterios de inclusión y de calidad. La edad promedio de la población de la muestra fue de 31 a 35 años, de sexo mujer, nivel académico de licenciatura y con una antigüedad laboral menor a 10 años. La parte anatómica más afectada fue la región lumbar, seguida del cuello y los hombros. En relación con los factores asociados, existió mayor prevalencia de trastornos musculoesqueléticos, debido a los movimientos mecánicos o biomecánicos repetitivos y el déficit en la utilización de la mecánica corporal.

Discusión: los resultados obtenidos en relación con los factores sociodemográficos son similares a los reportados en estudios previos, en los que se identificó que, en su mayoría, los participantes eran mujeres con formación de licenciatura y una antigüedad laboral menor a 10 años (Marín Vargas, 2022).

Las partes anatómicas más afectadas fueron la región lumbar, el cuello y los hombros, lo cual guarda relación con el estudio de Paredes y Vázquez (2018), en el que se reportaron como zonas más afectadas el cuello (94.1 %), la región lumbar (88.2 %), los hombros (64.7 %) y, en menor medida, el antebrazo o codo (18.8 %).

En cuanto a los factores asociados, se destacaron los movimientos mecánicos repetitivos, los cambios frecuentes de posición, la manipulación de cargas pesadas y las posturas forzadas. El mismo autor refirió que el 76.5 % de los participantes manejaba cargas pesadas de forma manual, el 94.1 % ejecutaba movimientos repetitivos y el 100 % adoptaba posturas forzadas.

Las implicaciones para la práctica de enfermería incluyen la identificación de medidas preventivas, la supervisión de una adecuada mecánica corporal y la promoción de investigaciones que contribuyan a la literatura científica. Entre las limitaciones del estudio se identificaron el idioma (ya que solo se incluyeron artículos en español, inglés y portugués), el marco temporal, la calidad de la evidencia y la falta de acceso libre a algunos artículos debido a su costo.

Finalmente, se considera necesaria una estrategia de alcance nacional o una política de salud pública orientada al desarrollo de nuevos métodos de prevención y control en la aplicación de técnicas de biomecánica corporal, ajustadas a la manipulación de carga, masa, resistencia y fuerza, inherentes a las funciones del profesional de en-

fermería. Cabe destacar que, en muchos casos, los movimientos no se realizan con una técnica cinemática adecuada. Por ello, se sugiere capacitar a las y los profesionales de enfermería en posturas y ejercicios ergonómicos apropiados, con el fin de minimizar su vulnerabilidad y prevenir posibles lesiones.

Referencias

- Acuña Maldonado, L. J., García Cancelado, M. J., & Ramírez Sánchez, P. A. (2020). Factores de riesgo y trastornos musculoesqueléticos que afectan el estado de salud de los auxiliares de enfermería. *Políantea*, 15(27), 40–47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8147947>
- Paredes Rizo, M. L., & Vázquez Ubago, M. (2018). Estudio descriptivo sobre las condiciones de trabajo y los trastornos musculoesqueléticos en el personal de enfermería (enfermeras y AAEE) de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64(251), 161–199. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000200161
- Sousa, F., Tinoco, K., Siqueira, H., Oliveira, E., Silva, W., & Rodríguez, L. (2020). Lesões músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho da enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(1), e165911038. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1656>
- Marín Vargas, B. J., & González Argote, J. (2022). Riesgos ergonómicos y sus efectos sobre la salud en el personal de enfermería. *Revista Información Científica*, 101(1), e3851. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8337863>

Afrontamiento frente a la muerte por parte de los profesionales de salud que laboran en unidades de cuidados paliativos

Mónica Villalobos¹, Diana Sánchez² y Tatiana Fernandez²

¹Forma parte del grupo de investigación Adulto Mayor y de los Cuidados Paliativos (AMAYP) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Cursa un doctorado en Enfermería, área de concentración Cuidado Humano, en la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
Correo electrónico: mrvillalobos@puce.edu.ec

² Son investigadoras asociadas al grupo de investigación Adulto Mayor y de los Cuidados Paliativos (AMAYP). Son docentes de la Facultad de Enfermería, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Resumen

Introducción: la muerte es considerada un proceso natural de la vida, sin embargo, en los servicios de cuidados paliativos, los profesionales sanitarios enfrentan este proceso a menudo, con los pacientes que reciben cuidado al final de la vida. El principal interés en esta temá-

tica obedece a la falta de información, tanto académica como estatal, que justifique la asignación de recursos y esfuerzos para medir las capacidades de afrontamiento ante la muerte en el equipo de salud.

Objetivo General: identificar el afrontamiento frente a la muerte por parte de los profesionales de salud que laboran en unidades de cuidados paliativos de Quito.

Metodología: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo en las unidades de cuidados paliativos de ocho instituciones que prestan estos servicios en el Distrito Metropolitano de Quito. La recolección de los datos en la fase cuantitativa se realizó mediante la aplicación de las propiedades psicométricas de la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (EBAM). El análisis de consistencia interna —correspondiente a un coeficiente alfa de Cronbach de $= .824$ (Cassini, 2019)—, evalúa tres dimensiones: percepciones sobre la muerte, sentimiento y estrategias ante la muerte, y necesidades de formación de afrontamiento de la muerte. La escala está constituida por 30 ítems; cada uno de ellos se valoró en una escala tipo Likert del 1 al 7, de modo que 1 supone estar totalmente en desacuerdo y 7, totalmente de acuerdo. La puntuación final se consiguió invirtiendo el valor de los ítems 13 y 24, y sumando luego todas las puntuaciones. Las puntuaciones se analizaron de la siguiente manera: < Percentil 33 (110 puntos) equivale a mal afrontamiento y > Percentil 66 (128 puntos) equivale a buen afrontamiento; el afrontamiento neutro se consideró cuando los valores oscilaban en las zonas intermedias. Este instrumento fue aplicado a ochenta profesionales que forman parte del equipo de salud y que tienen contacto frecuente con pacientes al final de la vida. Todos manifestaron su deseo de participar a través de la firma de consentimiento informado, respetando las normas éticas para la investigación en seres humanos (Gil, 2020).

Resultados: luego de aplicar la escala de Bungen a todos los participantes, se obtuvo un resultado promedio de 189/210 puntos en la escala, indicando un buen afrontamiento frente a la muerte, conforme la categorización de la escala (percentil 66). En cuanto a la percepción sobre si es aceptable pensar en la muerte, se destacan algunos resultados: el 80 % de los hombres encuestados refiere no estar de acuerdo ni en desacuerdo en ello. El 50 % de los profesionales encuestados reconoce que la calidad de vida es más importante que su duración y un porcentaje similar no está de acuerdo ni en desacuerdo con esta percepción. El 56.2 % manifiesta no tener interés sobre si puede hablar o no con su entorno sobre este tema. Está totalmente de acuerdo sobre el intento sacar el máximo partido a su vida actual un 89.92 %.

Discusión: los hombres son más indiferentes frente a la muerte en relación con las mujeres. La satisfacción en cuanto a la calidad de vida no dista de las expectativas de la población general (Machi, 2020). Se vuelve complicado hablar de la muerte especialmente con personas jóvenes, sin embargo, las nuevas tendencias de redes en internet permiten tener acceso fluido a esta información (Marrero, 2019).

El personal de salud que labora en servicios de cuidados paliativos y tiene contacto frecuente con la muerte está de acuerdo en intentar sacar el máximo partido a su vida actual, (World Health Organization, 2019). El afrontamiento por este grupo de personas es diferente en relación con profesionales que laboran en otros servicios (Cruz, 2019). En este contexto, las estrategias de afrontamiento, entendidas como los esfuerzos cognitivos y conductuales que buscan manejar las reacciones emocionales derivadas de situaciones estresantes, adquieren una gran importancia en la práctica profesional (Lledó, 2021). A pesar de observar en los profesionales estudiados un buen afrontamiento

ante la muerte, los resultados obtenidos demuestran lo importante de mantener en las instituciones de salud el refuerzo o la capacitación continua para mantener una formación sólida en cuidados paliativos. Se necesitan constantes actualizaciones, la implementación de metodologías de enfoque constructivista tipo taller, así como la conformación de grupos terapéuticos que apoyen las necesidades de cada individuo como un ser integral (Vásquez et al., 2023).

Referencias

- Cassini, A., Esquisabel, O. M., & Castro, E. (2020). Mario Bunge (1919-2020), Marcelo Dascal (1940), (2019) y Héctor Arrese Igor (1971-2020). *Revista Latinoamericana de Filosofía*, 46(2), 289-310. <https://doi.org/10.36446/rlf2020247>
- Cruz, O. R., & Concepción, M. Y. E. (2019). La enfermera y los cuidados al final de la vida. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2328>
- Gil, J. M. (2020). Bunge: Una despedida insuficiente. *Teuken Bidikay: Revista Latinoamericana de Investigación Organizaciones, Ambiente y Sociedad*, 11(16), 17-20.124. <https://revistas.elpoli.edu.co/index.php/teu/article/view/1742>
- Lledó-Morera, À., & Bosch-Alcaraz, A. (2021). Análisis del afrontamiento de la enfermera frente a la muerte de un paciente. *Enfermería Intensiva*, 32(3), 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.004>
- Macchi, M. J., Pérez, M. D. V., & Alonso, J. P. (2020). Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales

de oncología y cuidados paliativos. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 218-236. <http://doi.org/10.1590/01984-6487.sess.2020.35.11.a>

Marrero González, C. M., & García Hernández, A. M. (2019). Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. *Ene, Revista de enfermería*, 13(2).

Vázquez-García, D., De-la-Rica-Escuín, M., Germán-Bes, C., & Caballero-Navarro, A. L. (2020). Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201908051. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/1271>

World Health Organization. (2019). WHO definition of palliative care services. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

El significado de cuidar a las personas con VIH/SIDA en el entorno familiar

Ximena Andino¹ y Berta Guevara²

¹ Forma parte del grupo de investigación Cuidado Integral del Adulto (CIA) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Es estudiante del doctorado en Enfermería, área de concentración Cuidado Humano, de la Universidad de Carabobo, en Valencia, Venezuela.
Correo electrónico: njimenez275@puce.edu.ec

² Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros, de la Universidad de Carabobo, en Valencia, Venezuela.

Resumen

Introducción: de acuerdo con las cifras proporcionadas por ONUSIDA (2023), 39 millones de personas viven con VIH; 1.3 millones se infectaron con el virus y 630 000 murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA. Cuando uno de los miembros de una familia recibe un diagnóstico de VIH y comienza su tratamiento, se produ-

cen cambios que impactan a todas las partes involucradas. La dinámica familiar se ve afectada debido a la interacción compleja y única entre sus miembros. Es importante reconocer que este proceso puede generar desafíos emocionales, sociales y prácticos para todos los integrantes de la familia. (Vera & Aguilera, 2004; Rotheram et al., 2011). Por lo tanto, los familiares del paciente requieren de educación, información y ayuda profesional para superar la enfermedad (Tigua, 2023).

Objetivo general: explorar las experiencias de los familiares respecto de sus roles y necesidades al cuidar a la persona que vive con VIH, alcanzando una mayor comprensión de su vivencia.

Metodología: se utilizó un enfoque cualitativo, siguiendo los pasos del método fenomenológico descrito por el modelo de Herbert Spiegelberg. Los informantes clave fueron 6 familiares de los pacientes diagnosticados con VIH de un Hospital Público de Quito. La evaluación de los familiares consistió en la aplicación de la entrevista en profundidad con el objetivo de obtener la información sobre el diagnóstico, sentimientos experimentados, convivencia familiar, apoyo del personal de salud y social, y nuevos roles desempeñados. Dentro de la ética profesional, se obtuvo el consentimiento informado que fue aceptado por los informantes claves para la ejecución de las entrevistas. Para el análisis se utilizaron las transcripciones para la categorización de los resultados, lo que permitió ir estructurando el todo y las partes para que surjan en un significado global, llamado estructura del conocimiento. Este protocolo cuenta con la aprobación del CEISH código PI-2023-0022.

Resultados: de las entrevistas realizadas, surgió la categoría *Apoyo familiar*, que hace referencia a los testimonios de los participantes, donde se describe la relación de cuidado inmersa en el entorno fami-

liar. De los 6 familiares entrevistados, se encontró que todos brindan apoyo a su familiar (pareja/paternal). Se describió un soporte que trasciende lo físico para brindar protección en la dimensión emocional del ser humano. Además, se evidenció un cambio en los roles familiares, preocupación de que el paciente esté sujeto al tratamiento y siga las indicaciones médicas, así como organización con otros familiares para cuidar al paciente y la participación en actividades del hogar. A continuación, se presenta una vivencia:

F1: En los momentos que han sido más difíciles, mi familia ha estado presente para la administración de la medicación, la buena alimentación, el acompañamiento a la consulta. Es una nueva vida y a veces es difícil recordar la nueva forma de vida.

Como segunda categoría analítica surgió de las entrevistas el *Apoyo social y del profesional de salud*, que hace referencia a los testimonios de los participantes, donde se describe si han recibido respaldo de personas externas a su entorno familiar. De los 6 familiares entrevistados, se encontró que todos han recibido apoyo de otros familiares y amigos cercanos. Además, han obtenido información por parte del personal de salud sobre el diagnóstico y tratamiento de su familiar, han acudido a consejería sobre VIH y a centros psicológicos para recibir ayuda profesional.

Finalmente, la categoría *Necesidades familiares* describe las necesidades que los entrevistados expresaron con relación al cuidado de su familiar con VIH. Los familiares indicaron que les gustaría tener más información sobre el virus y las intervenciones preventivas, sobre cómo ayudar al paciente cuando presenten los efectos secundarios de

los tratamientos, sobre los hábitos que deben adquirir para que sus familiares se mantengan sanos y sobre la seguridad financiera y laboral. A continuación, se presenta una vivencia:

F2: Quisiera apoyarle a que siga acudiendo a sus citas médicas, que tome sus pastillas del tratamiento y cuidar sus hábitos. Como madre me preocupa cómo puede continuar con su vida personal y laboral, y cumplir las metas que se planteó.

Discusión: por medio de la categoría *Apoyo familiar*, se identificó que los familiares demostraron una disposición a cambiar los roles familiares para adaptarse a la nueva situación, reduciendo la independencia de la persona enferma. En un estudio se ha identificado que las familias, al conocer el diagnóstico del paciente, adoptan nuevas funciones para la aceptación de la enfermedad y el tratamiento (Caldera-Guzmán & Pacheco, 2020; Tobón & García, 2022). Al comparar los resultados, los resultados sugieren que el apoyo le permite a la persona resolver situaciones conflictivas que pueden influir en su estado de salud. De igual manera, en la categoría *Apoyo social y profesional de salud*, se evidenció que los familiares han recibido soporte por parte de personas externas a su entorno familiar, personal de enfermería y médicos, consejería y apoyo psicológico. Buscar soporte social externo es un acto fundamental para el cuidado de las personas con VIH. Se ha descrito que la búsqueda de asistencia profesional evita el rechazo y estigma social hacia las personas con VIH, y promueve aceptación y apego al tratamiento (Martínez et al., 2023). Por tanto, cuando la familia tiene mecanismos externos de ayuda, se observa una mejora en el cuidado y calidad de vida del paciente.

Por último, en la tercera categoría se evidenció que los familiares tienen la necesidad de conocer más sobre la infección viral y los tratamientos, obtener información sobre los hábitos que deben adquirir, así como de la seguridad financiera y laboral de sus familiares. Es fundamental educar al paciente y su familia desde diferentes enfoques sobre la enfermedad, para evitar un conocimiento limitado (Rotheram et al., 2011; Klau et al., 2022; Khumalo et al., 2020).

Es así que, con los resultados obtenidos y lo reportado en la literatura, se logró explorar los roles y necesidades de los familiares al cuidar de la persona que vive con VIH. Además, es necesario que exista el apoyo a la familia para una mejor comprensión y manejo de la enfermedad de VIH/SIDA.

Referencias

- Caldera-Guzmán, D., & Pacheco-Zavala, M. (2020). Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *El Residente*, 15(2), 48–53. <https://doi.org/10.35366/95045b>
- Klau Fauk, N., Mwanri, L., Hawke, K., & Russell Ward, P. (2022). *Traditional treatment of HIV and the role of family members as barriers to access to HIV care service or antiretroviral therapy among people living with HIV*. MedRxiv (Cold Spring Harbor Laboratory). <https://doi.org/10.1101/2022.02.28.22270871>
- Khumalo, P.N., Katirayi, L., Ashburn, K. K., Mthethwa, N., Dlamini, P., Haumba, S., Mofenson, L. M., & Vojnov, L. (2020). ‘There are no more secrets’: acceptability of a family-centered model

- of care for HIV positive children in Eswatini. *BMC Health Services Research*, 20(951). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05810-5>
- Martínez, J. R. V., Martínez, J. A. C., & Sacramento, Á. C. C. (2023). Factores que influyen en el apego al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en el HGZ No. 3 Tuxtepec, Oaxaca. *Ciencia Latina*, 7(6), 2577-2593. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8877
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2023). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Rotheram-Borus, M., Swendeman, D., Lee, S.-J., Li, L., Amani, B., & Nartey, M. (2011). Interventions for families affected by HIV. *Translational Behavioral Medicine*, 1(2), 313–326. <https://doi.org/10.1007/s13142-011-0043-1>
- Tigua, P. (2023). *Autocuidado en pacientes con VIH/Sida y su impacto en el ámbito familiar* [Tesis de maestría, Universidad Estatal del Sur de Manabí]. Repositorio Institucional UNESUM. <https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/5038/1/Tigua%20Pareja%20Patricia%20Mercedes.pdf>
- Tobón, B., & García Peña, J. J. (2022). VIH: Una mirada a la luz de lo psicosocial. *Revista Psicología y Salud*, 32(2), 215- 225. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2743>
- Vera, V. & Aguilera, A. (2004). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 71(1):29-35. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2004/ju041e.pdf>

Requerimientos para el desarrollo de una enfermera digital posquirúrgica. Revisión sistemática

Judith Francisco Pérez¹ y Manuel Blanco²

¹ Es parte del grupo de Investigación Salud Digital (E-Health) y docente de la Facultad de Enfermería, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: jifrancisco@puce.edu.ec

² Es parte del grupo de Investigación Salud Digital (E-Health) y docente de la Facultad de Medicina, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: mrblanco@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: los últimos datos divulgados por el Banco Mundial revelan que en Ecuador se llevaron a cabo 1552 intervenciones quirúrgicas por cada 100 000 habitantes en el año 2015 (The World Bank, 2020a). El porcentaje de personas en riesgo de incurrir en gastos empobrecedores debido a la atención quirúrgica, en 2020, se situó

en el 15 %, constituyendo un promedio superior a varios países de Latinoamérica (The World Bank, 2020b). Las complicaciones postoperatorias representan una carga socioeconómica para los pacientes y para el sistema sanitario, ya que aumentan los costos de tratamiento e intervenciones (Bonde et al., 2021).

A pesar de los avances tecnológicos actuales, en Ecuador no existen sistemas digitales de seguimiento a los pacientes durante el período posoperatorio. Esto impide la implementación acciones predictivas y preventivas que puedan mejorar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria. La salud digital puede fortalecer los servicios sanitarios, colocando al paciente en el núcleo del cuidado de la salud (OPS/OMS, 2021), y tiene el potencial de mejorar el alcance de los servicios para una cobertura más efectiva de las necesidades sanitarias de la población (OMS, 2020). Estudios previos evidencian la utilidad de estas herramientas en diversas situaciones de salud.

De acuerdo con lo mencionado, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las especificaciones de usabilidad y diseño centradas en el usuario que debe tener una enfermera digital para el seguimiento posquirúrgico, de tal manera que mejore la experiencia del paciente y evite las complicaciones del sitio quirúrgico?

- P (Population): pacientes posquirúrgicos.
- I (Interest): herramientas digitales con usabilidad y diseño centrado en el usuario.
- Co (Context): cuidado y seguimiento posquirúrgico.

Objetivo General: identificar las especificaciones de usabilidad y los principios de diseño centrados en el usuario que deben incorporarse en el desarrollo de una enfermera digital de seguimiento posqui-

rúrgico, para mejorar la experiencia del paciente y reducir las complicaciones en el sitio quirúrgico.

Metodología: se trata de una investigación secundaria tipo revisión sistemática con metodología integrativa. Se realizará una búsqueda en MEDLINE, a través de PubMed, en Web of Science y en Cochrane. Las palabras clave y frases de búsqueda incluirán combinaciones de los siguientes términos: *digital nurse, post-surgical care, usability, user-centered design, patient experience* y *surgical site complications*.

Se utilizarán operadores booleanos (AND, OR) para maximizar la relevancia y cobertura y se incluirán artículos publicados en los últimos 5 años, escritos en inglés, portugués o español, estudios primarios y revisiones que aborden el diseño y la implementación de herramientas digitales de seguimiento y monitoreo, con un enfoque específico en la usabilidad y el diseño centrado en el usuario en el contexto posquirúrgico. Se excluirán artículos no relacionados directamente con la temática de salud digital posquirúrgica, editoriales, comentarios, resúmenes de conferencias y estudios sin revisión por pares.

Cada artículo seleccionado será sometido a una evaluación crítica, utilizando una herramienta de evaluación estándar adaptada a los estudios tecnológicos en salud, como la lista de comprobación CONSORT-EHEALTH. Dos revisores independientes evaluarán la calidad metodológica, la relevancia del diseño del estudio y la aplicabilidad de los resultados. Cualquier discrepancia entre revisores será resuelta mediante discusión o consulta a un tercer revisor. Los datos extraídos incluirán autor(es), año de publicación, diseño del estudio, población de estudio, intervenciones principales, medidas de resultado y conclusiones principales.

Resultados esperados: se anticipan resultados orientados a identificar requerimientos de usabilidad y diseño centrados en el usua-

rio que mejoren la experiencia de los pacientes en cuanto a comprensión del proceso de curación, seguimiento de síntomas, necesidades de información, satisfacción, autoeficacia, capacidad de aprendizaje y adaptabilidad de las tecnologías.

Referencias

- Bonde, A., Varadarajan, K. M., Bonde, N., Troelsen, A., Muratoglu, O. K., Malchau, H., Yang, A. D., Alam, H., & Sillesen, M. (2021). Assessing the utility of deep neural networks in predicting postoperative surgical complications: a retrospective study. *The Lancet Digital Health*, 3(8), e471–e485. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00084-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00084-4)
- Organización Panamericana de la Salud. (2021, 8 de octubre). *El futuro de la salud pasará necesariamente por implementar la estrategia de salud digital. Blog de Sistemas de Información para la Salud (IS4H)*. <https://www.paho.org/es/blog-sistemas-informacion-para-salud-is4h/futuro-salud-pasara-necesariamente-por-implementar>
- The World Bank. (2020a). *Number of surgical procedures (per 100,000 population) – Ecuador*. World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.PROC.P5?view=chart&locations=EC>
- The World Bank. (2020b). *Risk of impoverishing expenditure for surgical care (% of people at risk) – Ecuador*. World Bank Open Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.IRSK.ZS?view=chart&locations=EC>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Estrategia Mundial Sobre Salud Digital 2020-2025*https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-

Utilidad del modelo ECHO en el aprendizaje avanzado de enfermeros especialistas. Propuesta de estudio Fenomenológico

Carmen María Alarcón Dalgo¹ y Judith Francisco-Pérez²

¹ Es investigadora asociada al Grupo de Investigación Salud Digital (E-Health) y docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

² Forma parte del grupo de Investigación Salud Digital (E-Health) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: jifrancisco@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: la implementación de programas de telementoría basados en el modelo *Extension for Community Healthcare Outcomes* (ECHO) es una solución innovadora para facilitar la educación continua y el desarrollo profesional (Agle et al., 2021), especialmente en áreas rurales, donde el acceso a formación especializada y recursos avanzados es limitado. Investigaciones han probado su utilidad para

mejorar la autoeficacia de los profesionales de enfermería (de la Garza Iga et al., 2023), así como fortalecer sus conocimientos y habilidades en un entorno de comunidad virtual para la práctica (Atuhairwe et al., 2023). Aunque existen estudios que han valorado la utilidad de este tipo de programas para los profesionales que reciben mentoría, es importante conocer, también, cómo los especialistas o expertos que proporcionan la mentoría amplían sus conocimientos avanzados de enfermería.

Objetivo General: conocer la utilidad del modelo ECHO para el aprendizaje avanzado de especialistas mentores de enfermeros rurales.

Metodología: se trata de una investigación cualitativa con diseño fenomenológico hermenéutico. Las unidades muestrales serán especialistas de enfermería, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión serán: haber participado como mentores en al menos una de las sesiones ECHO y haber aceptado voluntariamente participar en el estudio. Se utilizará un guion de entrevista semiestructurada. Las entrevistas se realizarán vía Zoom, con una duración aproximada de 45 a 60 minutos. Se grabarán en formato audio, en cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos. El estudio cuenta con aprobación del comité de ética de la PUCE mediante código: EO-49-2022.

Resultados esperados: los hallazgos anticipados sugieren que el modelo ECHO no solo facilita la capacitación de enfermeros más noveles, sino que también potencia habilidades y conocimientos de los mentores especialistas. Este modelo permite que los mentores, al interactuar con colegas menos expertos en circunstancias desafiantes, no solo transfieran su experiencia, sino también desarrollen, a un nivel más profundo, sus propias habilidades y conocimientos de enfermería

avanzada. Este intercambio bidireccional de conocimientos resulta en un enriquecimiento mutuo que contribuye a la elevación del estándar profesional en entornos clínicos.

Investigaciones previas han respaldado la eficacia de la enseñanza interactiva basada en casos reales, evidenciando que este enfoque es significativamente efectivo para mejorar el desempeño individual de los profesionales participantes. Estudios específicos, han demostrado que la interacción constante y el análisis colaborativo de situaciones clínicas reales fomentan una comprensión más profunda y una práctica más reflexiva entre los profesionales de la salud, fortaleciendo así las competencias esenciales para una atención eficaz y compasiva (Agle et al. 2021), (Atuhairwe et al. 2023), (Katzman et al. 2022) y (Raatz et al. 2024).

Por lo indicado, se espera evidenciar que el modelo ECHO no solo representa una herramienta valiosa para la formación y el desarrollo continuo de enfermeros y mentores, sino que también promueve un entorno colaborativo en el que la experiencia y el aprendizaje se potencian mutuamente. A través de este modelo, se pueden alcanzar mejores estándares de atención, fomentando así una cultura de mejora continua en la práctica de enfermería, que es esencial para responder a las crecientes demandas de los sistemas de salud modernos.

Referencias

Agle, J., Delong, J., Janota, A., Carson, A., Roberts, J., & Maupome, G. (2021). Reflections on project ECHO: qualitative findings from five different ECHO programs.

Medical Education Online, 26(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2021.1936435>

- Atuhairwe, I., Ngabirano, A. A., Ahaisibwe, B., Nsubuga, A., Kanyike, A. M., Kihumuro, R. B., Balizzakiwa, T., Ewing, H., Ellis, R., Forbush, L., Joseph, O., Nakyeyune, M. J., & Waniaye, J. B. (2023). Leveraging tele-mentoring and remote learning to strengthen the emergency care capacity of health workers in Uganda. *African Journal of Emergency Medicine*, 13(2), 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2023.04.001>
- de la Garza Iga, F. J., Mejía Alvarez, M., Cockroft, J. D., Rabin, J., Córdón, A., Elias Rodas, D. M., Grazioso, M. del P., Espinola, M., O’Dea, C., Schubert, C., & Stryker, S. D. (2023). Using the project ECHO™ model to teach mental health topics in rural Guatemala: An implementation science-guided evaluation. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(8), 2031–2041. <https://doi.org/10.1177/00207640231188038>
- Katzman, J. G., Thornton, K., Sosa, N., Tomedi, L., Hayes, L., Sievers, M., Culbreath, K., Norsworthy, K., Martin, C., Martinez, A., Liu, J., & Arora, S. (2022). Educating health professionals about COVID-19 with ECHO telementoring. *American Journal of Infection Control*, 50(3), 283–288. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.10.030>
- Raatz, M., Ward, E. C., Moss, P., Reilly, C., Frederiksen, N., Dickinson, C., Clarke, S., Beak, K., & Marshall, J. (2024). Examining the Outcomes of Project ECHO® as an Interprofessional Community of Practice for Pediatric Feeding Clinicians. *Dysphagia*, 39(2), 208–222. <https://doi.org/10.1007/s00455-023-10603-z>

Actitudes frente a la muerte por parte de los profesionales de salud que laboran en Unidades de Cuidados Paliativos

Mónica Villalobos¹, María Teresa Benavides², Miriam Toapanta³

¹Forma parte del grupo de investigación Adulto Mayor y de los Cuidados Paliativos (AMAYP) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Cursa un doctorado en Enfermería, área de concentración Cuidado Humano, en la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
Correo electrónico: mrvillalobos@puce.edu.ec

² Es parte del grupo de Investigación Materno-Infantil (GIMI) y docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Cursa un doctorado en Enfermería, área de concentración Cuidado Humano, en la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Correo electrónico:
Correo electrónico: mbenavides953@puce.edu.ec

³Es integrante del grupo de Investigación Adulto Mayor y de los Cuidados Paliativos (AMAYP), y docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Correo electrónico: mtoapanta865@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: la muerte, como acontecimiento de profundo impacto emocional, afecta significativamente las redes sociales íntimas de las personas. Esta experiencia también repercute en quienes la enfrentan de manera constante en su práctica profesional, como es el caso del personal de las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), donde se brinda atención a personas con enfermedades terminales, enfocándose en el cuidado durante la agonía y el proceso de morir (Vásquez et al., 2023). Para ofrecer una atención verdaderamente humanizada y respetuosa hacia los pacientes y sus familias, los profesionales de la salud deben contar con competencias específicas que les permitan acompañar adecuadamente el final de la vida. El objetivo es garantizar una muerte tranquila, serena, compasiva y tolerable, minimizando la angustia y la ansiedad, y reconociendo la trascendencia que implica para el ser humano cerrar su ciclo vital (Chacho & Yaguachi, 2019). En este contexto, los profesionales que laboran en las UCP requieren estrategias que promuevan una actitud saludable frente a la muerte, con el fin de prevenir el desarrollo de síndromes que puedan afectar negativamente su salud física y emocional. Por lo antes expuesto, se hace necesario realizar un estudio que permita analizar la experiencia de estos profesionales.

Objetivo: develar la actitud de los profesionales de salud frente a la muerte de pacientes en las unidades de cuidados paliativos del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) entre 2021 y 2023.

Metodología: estudio con enfoque cualitativo y descriptivo en unidades de salud que prestan cuidados paliativos en el DMQ. Para tal propósito, se seleccionó la muestra mediante un muestreo por conve-

nencia y predisposición a participar. Se aplicó la técnica de *grupo focal* en un grupo conformado por ocho participantes de diferentes disciplinas del equipo de salud. Mediante un guion de preguntas abiertas, se dirigió la discusión en médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas y trabajadoras sociales de los centros seleccionados. La saturación de la información se obtuvo *in situ*, luego de concluir cada tema tratado en la discusión (Vega et al., 2020). La información fue integrada en categorías y subcategorías que explican el fenómeno. La triangulación entre investigadores facilitó la interpretación de los resultados. En este proceso se encontraron áreas de convergencia y discrepancias, que fueron resueltas entre el grupo de investigadores participantes en la realización del análisis. El estudio cumple con los requerimientos éticos, garantizando la confidencialidad, el respeto y el anonimato de los profesionales.

Resultados: del análisis de la información obtenida en los grupos focales, se identificó la categoría *Actitud*, conceptualizada como la disposición mental que un profesional adopta frente a una situación estresante o no deseada, y que puede influir en la parte emocional de los seres humanos. De esta, emergen tres subcategorías: *Positiva*, *Empática* y *Resiliente*.

En cuanto a la categoría *Actitud positiva* frente a la muerte, se ha identificado el siguiente testimonio:

P1: En ese momento del fallecimiento, cuando ha existido una relación de empatía y un nivel de afectividad muy cercano, se siente un dolor. Me quedo un rato con el fallecido, trato de despedirme, acompañar a la familia con palabras como: “que descanse en paz”, y “que Dios le tenga en su gloria, que vaya en paz”.

Dentro de la categoría *Actitud empática*, se encontró la siguiente vivencia: P2: “mucha tristeza, pena por la partida del paciente, desprenderse de todos los recuerdos de su paciente, sienten un vacío, les causa dolor e impresión, terminando con una oración a Dios por cerrar el ciclo de vida del paciente”.

En cuanto a la *Actitud resiliente*, otro de los participantes comentó en el grupo focal lo siguiente: P6: “consideran que este momento es muy fuerte. Hay ocasiones en que se quedan sin palabras, sin saber cómo reaccionar, pero a la final debe seguir trabajando y cumpliendo con los protocolos establecidos en la institución”.

Discusión: La muerte de un paciente en fase terminal es un escenario que el personal de enfermería enfrenta diariamente. Aceptarlo proporciona un adecuado manejo del duelo y permite brindar cuidados con empatía dirigida al paciente (Ruiz & Pérez, 2022), lo que se ratifica con los resultados de la presente investigación, en la que resalta la empatía de los profesionales frente a la muerte de los pacientes hospitalizados en las UCP.

Los profesionales de la salud, inevitablemente, enfrentan sus limitaciones personales y profesionales al plantearse la concepción de la muerte. Tener consciencia de la muerte genera una diversidad de emociones intensas y una gama de actitudes y creencias que se manifiestan a través de reacciones como desesperación, miedo y ansiedad, incluso ante la propia muerte (Buccheri, 2022); este hecho coincide con los resultados de la información obtenida en los grupos focales.

La actitud del profesional de salud frente a la muerte del paciente es de aceptación. Esto indica su predisposición para la aceptación y adhesión, orientada a la prudencia y el respeto de la dignidad de la persona, y para tratar de comprender la realidad de una mejor forma

y poderse enfocar en aquellas actividades que sean beneficiosas para su entorno (Cota, 2023), lo que fortalece los hallazgos de la investigación.

El aporte que el estudio brinda a los profesionales, al develar la actitud frente a la muerte, permitirá generar un cambio de actitud, en el desarrollo de las sensibilidades del ser humano, con la satisfacción de las necesidades del paciente en sus últimos días y el dolor de su entorno familiar. Se requieren estrategias para una buena actitud frente a la muerte, a fin de prevenir el desarrollo de síndromes que influyan directamente en su salud física y emocional.

Referencias

- Buccheri, M. (2022). Espiritualidad y actitud ante la muerte en médicos residentes de la unidad de terapia intensiva. *PSIQUIS UBA*, 5
- Cota Arroyo, S. (2023). Actitud de los profesionales en enfermería ante la muerte de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho, 2022
- Chacho-Amay, F., & Yaguachi-González, B. (2019). Actitudes y afrontamiento hacia la muerte en estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Cuenca. Año 2018. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32081>
- De Carvalho-Meireles, M. A., Feitosa, R. B., De Almeida-Oliveira, L., De Souza, H. J., & Lobão, L. M. (2019). The perception of death in medical professionals and students. *Revista Bioetica*, 27(3), 500–509. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273334>

- Ramón, F. M., López, F. R., León, A. C., Zamora, R. M. A., Ruíz, M. A. V., De La Cruz-García, C., & Hernández, N. G. (2021). Nursing Staff Attitudes towards Patients' Death. *Revista Cuidarte*, 12(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1081>
- Ruiz, A. S. V., & Pérez, G. P. L. (2022). La muerte como proceso natural en la fase terminal. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(5), 34-47.
- Rodríguez-Sánchez, A. (2021). Actitudes ante la muerte en cirujanos e internistas. In *Revista Cubana de Medicina Militar* (Vol. 50, Issue 4). <http://scielo.sld.cu><http://www.revmedmilitar.sld.cu><http://scielo.sld.cu><http://www.revmedmilitar.sld.cu>
- Vázquez-García, D., de-la-Rica-Escuín, M., Germán-Bes, C., & Caballero-Navarro, A. L. (2023). Anxiety and fear of death among Health Professionals of the Emergency Hospital Services in Aragon. *Enfermería Clínica*, 33(4), 269–277. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.03.002>
- Vega-Ayasta, M. T., Díaz-Manchay, R. J., Cervera-Vallejos, M. F., Rodríguez-Cruz, L. D., Muñoz, S. T., & Guerrero-Quiroz, S. E. (2020). Friendliness, comfort and spirituality in oncological palliative care: Contribution in health. *Cultura de Los Cuidados*, 58, 44–55. <https://doi.org/10.14198/CUID.2020.58.05>

Percepción de los padres en cuanto al acompañamiento recibido durante el duelo perinatal

María Teresa Benavides Borja¹ y Mónica Villalobos Espinosa²

¹Es parte del grupo de Investigación Materno-Infantil (GIMI) y docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Cursa un doctorado en Enfermería, área de concentración Cuidado Humano, en la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Correo electrónico: Correo electrónico: mbenavides953@puce.edu.ec

²Forma parte del grupo de investigación Adulto Mayor y de los Cuidados Paliativos (AMAYP) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Cursa un doctorado en Enfermería, área de concentración Cuidado Humano, en la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Correo electrónico: mrvillalobos@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: la muerte al nacer parece, desde cualquier perspectiva, una situación de lo más desgarradora y sin sentido. Es un

tema con escasa visibilidad en el campo de la salud por la incomodidad que genera el solo hablar de este suceso. Sin embargo, es de gran relevancia social, ya que en el mundo más de 2.5 millones de muertes al año ocurren durante el nacimiento, y van acompañadas por estados de tristeza y estrés significativo para las familias que lo padecen (Corless et al., 2005). Tras la pérdida de un hijo, se inicia el proceso de duelo, a menudo denominado *duelo desautorizado* o *invisibilizado*, porque no está legitimado o aceptado por los profesionales de salud, sus familias o la sociedad. Durante el duelo, los padres experimentan molestias físicas, psicológicas y conductuales (López & Villaverde, 2018), caracterizadas por una experiencia subjetiva e individual, que debe ser acompañada por el equipo de salud para alcanzar un afrontamiento eficaz en el proceso.

Objetivo General: describir el significado de acompañamiento que los padres experimentan durante el proceso del duelo perinatal.

Metodología: estudio con un paradigma cualitativo con un enfoque fenomenológico hermenéutico. Los participantes fueron cinco padres que han transitado un duelo perinatal, entre los años 2022 y 2023, en una institución de Salud Pública en el Distrito Sur de la Ciudad de Quito. A ello se suma el aporte de agentes externos (médico, enfermera y psicólogo), que vivenciaron esta pérdida y que, a su vez, han percibido la atención por parte de los profesionales de la salud. La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista semi estructurada, para cuyo análisis se utilizó el método de Spiegelberg, el cual permitió investigar las esencias generales para la búsqueda de las perspectivas diversas, la constitución de la significación del duelo y su interpretación (Spiegelberg, 1969). El estudio cumple con los requerimientos éticos, garantizando la confidencialidad de la infor-

mación, el anonimato de los sujetos y el respeto a la autonomía de los participantes para abandonar la investigación en cualquier momento. El protocolo fue aprobado por el CEISH de la PUCE con el código PV 15-2022.

Resultados: del análisis de las entrevistas surgió la necesidad de apoyo de los profesionales de la salud para el abordaje integral de los padres en el duelo perinatal. Esta esencia refleja la búsqueda de contención emocional tanto en la familia, en primera instancia, como en los profesionales de la salud que atienden este proceso. En lo que respecta al apoyo familiar, los participantes mencionaron que recibieron soporte por parte de padres, esposos, hijos, suegra, familiares y de amigas, que se reflejó en palabras de ánimo, con verbalizaciones positivas para continuar con sus vidas. Un ejemplo fue la expresión: “Lucha por lo que se quiere, son jóvenes y puedes volver a quedar embarazada, que se recupere rápido” (Dalia). Otra participante recordó la frase: “Ponte bien, ya no te pongas así” (Rosa Amarilla).

También surgieron sentimientos de ocultamiento o de prohibición de hablar sobre la pérdida, por ejemplo: “No entendía que si pudiera tener otro hijo no iba a ser ese hijo” (Rosa Amarilla). Otra de las participantes manifestó: “No podía expresar mis sentimientos, no podía llorar” (Rosa Blanca). En algunos casos, la poca comunicación familiar empezó a afectar las relaciones sociales. Así lo explica una de las entrevistadas: “(Decían) que no les importaba lo que sentía, que me olvide” (Dalia). Otra de las mujeres recordó: “Trataban de que realice otras actividades, pero no podía hacerlo” (Rosa Roja).

En cuanto al acompañamiento de los profesionales, fue únicamente en un plano técnico, por lo que en relación al acompañamiento emocional se hallaron las siguientes vivencias por parte de las personas

participantes: “No entienden lo que uno está pasando, no me explicaron” (Rosa Blanca); y: “No me dieron ningún diagnóstico sobre la causa del fallecimiento de mi hijo” (Rosa Roja).

Asimismo, se ha evidenciado un trato duro hacia quienes atraviesan por un proceso de duelo perinatal, como se evidencia en esta frase: “Llámenle al médico para que le calme, porque esta señora está alterada” (Rosa Blanca). Asimismo, se han hallado tratos despectivos: “Hablan de mi persona como un caso más del hospital” (Dalia). Incluso, acciones deshumanizadas: “los médicos destruyen la esperanza de vida, y yo y mi bebé (sic) nos aferrábamos a esa oportunidad de vida” (Geranio).

Durante la entrevista, se evidenció una actitud indolente hacia algunas madres, con palabras como: “Señora tiene que superarlo, esto les pasa a cuántas mamás, no es la primera” (Rosa Roja).

En muchos de los casos, el personal solo se preocupó por cumplir normativas y procesos administrativos: “(Me decían) que debo superar y que debo llevarme a mi hijo por el protocolo que tiene el hospital; solo se preocupó por cumplir el proceso administrativo” (Rosa Roja).

Los padres se sintieron utilizados todo el tiempo, hubo muchas verbalizaciones sin un apoyo emocional verdadero: “Lo llamaban a mi hijo ‘feto’, no es nada, no tiene vida, es una “bolsa” (Dalia). Otra participante sostuvo: “No entienden lo que uno está pasando” (Rosa Blanca). En ese mismo sentido, una de las entrevistadas dijo: “Nunca me preguntaron si me hubiere gustado que me den los restos de mi bebe, desconocía mis derechos de madre” (Rosa Amarilla).

Discusión: la percepción de los padres sobre el acompañamiento de los profesionales de la salud y de la familia en su proceso de duelo, es que sus sentimientos son invisibilizados y no son validados en su impacto emocional y psicológico y en la repercusión futura en

sus vidas. Con ello coincide Pastor Montero (2016), al explicar que los padres percibieron a la muerte perinatal como una pérdida real, un impacto importante en sus vidas y que además se hizo evidente la falta de estrategias y de recursos por parte de los profesionales para afrontar estas situaciones y dar respuestas a sus necesidades.

El proceso de duelo perinatal evidencia que, de parte de los profesionales de la salud, existe poca preparación para el acompañamiento con estrategias para afrontar este proceso. Así lo sostienen Páez y Arteaga (2019), quienes en una investigación cualitativa explican que hay una escasa sensibilidad por parte de los profesionales de la salud, así como un trato inadecuado, ausencia de acompañamiento ante la situación de duelo y ausencia de atención interdisciplinaria. Los profesionales de la salud no están formados para atender situaciones así, como lo afirma Pastor Montero (2016), para quien existen vacíos en conocimientos y recursos, lo que los lleva a adoptar actitudes inadecuadas.

Los padres sufren un estrés emocional que puede tener consecuencias en su rol social, su relación de pareja y sus vínculos sociales más cercanos. La profesional de enfermería, como parte del equipo de salud, debe ser el puente de comunicación, mostrar empatía ante el dolor, aplicar habilidades blandas y brindar a los padres un espacio físico y tiempo adecuados para que puedan despedirse de su hijo, lo que permitirá la elaboración y afrontamiento del duelo de una manera adecuada.

Referencias

Corless, I., Germino, B., & Pittman, M. (2005). *Agonía, muerte y duelo: un reto para la vida*. El Manual Moderno. <https://>

colombia.manualmoderno.com/agona-a-muerte-y-duelo-9707291613.html

- López, A., & Villaverde, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, 9, Artículo e21. <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>
- Mota González C., Sánchez Bravo C., Carreño Meléndez J., & Gómez López M.E. (2021). Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 13(1), 50–58. revistas.unc.edu.ar/index.php/racc
- Páez, M., & Arteaga, L. (2019). Duelo por muerte perinatal: Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina (Col)*, 19(1), 1–17. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2853.2019>
- Pastor Montero, S. M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal: Un enfoque desde la investigación acción participativa*. [Tesis de doctorado, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional de la UGR. <http://hdl.handle.net/10481/44933>.
- Payás Puigarnau, A. (2018). . *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Spiegelberg, H. (1969). *The Phenomenological Movement: A Historical Introduction* (Vol. 2). Springer Science+Business Media.

Más allá del conflicto familiar: estructura factorial e invarianza del instrumento de Violencia Filio-parental

Luis Burgos Benavides¹

¹ Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, España.
Correo electrónico: burgosluis@uniovi.es

Resumen

Introducción: la violencia filio-parental (VFP) es una forma de violencia doméstica que se caracteriza por conductas agresivas ejercidas por los hijos hacia sus progenitores, así como hacia otros cuidadores familiares o no familiares. Esta violencia puede manifestarse a través de agresiones psicológicas, físicas y económicas, con el propósito de controlar y dominar a las figuras parentales (Pereira et al., 2017; Molla-Esparza & Aroca-Montolio, 2018). La VFP puede generar consecuencias graves tanto para las víctimas como para el entorno familiar, por lo que resulta fundamental contar con herramientas que permitan identificar el riesgo asociado a este tipo de violencia.

Objetivos: analizar la estructura factorial del Cuestionario de Violencia Filio-parental (C-VIFIP); y examinar las medidas de invarianza del cuestionario en función del sexo de los hijos y del país de residencia.

Metodología: en este estudio participaron 6145 adolescentes de entre 10 y 19 años ($M = 14.56$, $DE = 1.602$), provenientes de cuatro países: Ecuador ($n = 2084$; 33.9 %), Colombia ($n = 1613$; 26.2 %), España ($n = 1581$; 25.7%) y Chile ($n = 867$; 14.1 %). Como parte de los instrumentos utilizados, se aplicó una ficha sociodemográfica *ad hoc* que recogió información relevante de los participantes, como edad, sexo, nacionalidad, estado civil de los padres, nivel educativo de los padres e indicadores económicos.

También se empleó el Cuestionario de Violencia Filio-Parental para adolescentes (C-VIFIP; Contreras et al., 2019), compuesto por 14 ítems paralelos, dirigidos al padre y a la madre. Este instrumento evalúa cuatro dimensiones de la violencia filio-parental: psicológica, física, económica y de control/dominio, mediante una escala tipo Likert de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo = seis veces o más). Además, incluye una subescala de razones para la violencia filio-parental, compuesta por 8 ítems que abordan motivos instrumentales y reactivos, valorados en una escala de 0 (nunca) a 3 (algunas veces). En cuanto al procedimiento, los participantes fueron contactados en sus respectivos centros educativos.

Se obtuvo el consentimiento informado de los padres y la aceptación voluntaria de los adolescentes. Posteriormente, los cuestionarios fueron completados en formato papel y lápiz. Este procedimiento se replicó en los cuatro países. En cada uno de ellos, se contó con la aprobación de un comité de ética para investigaciones con seres humanos. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el lenguaje de programación R (R Core Team, 2022). Se llevó a cabo un análisis preliminar de los datos (*data screening*) para evaluar la distribución, asimetría y curtosis.

Posteriormente, se efectuó un Análisis Factorial Confirmatorio Multigrupo (AFCM) utilizando el paquete lavaan (Rosseel, 2022). Dada la ausencia de normalidad multivariada, se empleó el estimador de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV). La fiabilidad del cuestionario se evaluó mediante los coeficientes Alfa de Cronbach y Omega de McDonald (Revelle, 2019). También se analizaron la validez convergente y discriminante del instrumento. Finalmente, se examinó la invarianza del cuestionario según el sexo de los hijos y el país de residencia.

Resultados: Las cargas factoriales multigrupo del CVIFIP fueron superiores a 0.500 en la mayoría de los casos, lo que indica una adecuada relación entre los ítems y sus respectivos factores.

El modelo presentó un buen ajuste en todos los casos. El primer modelo estuvo conformado por cuatro factores (violencia psicológica, física, económica y control dominio). Sin embargo, los factores de violencia económica y control y dominio no mostraron una validez convergente superior a 0.50, aunque fue superior a 0.37.

El segundo modelo estuvo conformado por dos factores (violencia psicológica y física). Este modelo fue satisfactorio. La fiabilidad global de la escala fue adecuada. Los factores de violencia psicológica y física son los que mejor fiabilidad presentan. En los factores de violencia económica y control dominio se presentó una fiabilidad cuestionable.

El modelo de cuatro factores fue invariante total al agrupar los países. El primer grupo lo conformó España y Chile y el segundo grupo Ecuador y Colombia. El modelo de dos factores fue invariante para los cuatro países de residencia. El CVIFIP presentó medidas de invarianza total según el sexo de los hijos.

Discusión: este estudio ha proporcionado evidencia de la validez y fiabilidad multigrupo del Cuestionario de Violencia Filio-parental.

Dada la gravedad y el impacto que este tipo de violencia puede tener en las víctimas, este instrumento representa una opción valiosa para evaluar el riesgo desde la perspectiva de los hijos. Los hallazgos sugieren que el modelo que mejor identifica el riesgo de violencia filio-parental está conformado por los factores de violencia psicológica y violencia física. En futuras investigaciones, se contempla incorporar una medida que permita analizar el riesgo de violencia filio-parental desde la perspectiva de los progenitores, cuidadores familiares y no familiares.

Implicaciones para la práctica profesional de Enfermería: el instrumento mostró estabilidad, validez de constructo adecuada y una confiabilidad excelente. La violencia filio-parental representa una manifestación de agresividad poco estudiada en el campo de la enfermería, pero cada vez más evidente en la práctica de la enfermería familiar y comunitaria.

La validación de este instrumento es un elemento valioso que aporta información objetiva para la construcción de las características definitorias del problema, factores relacionados, población en riesgo y condición asociada en lo que respecta a la creación del diagnóstico de Riesgo de Violencia Filio-Parental, el cual puede ser ubicado en el dominio de seguridad y protección de la clase 3 Violencia del sistema de clasificación NANDA.

Referencias

Contreras, L., Bustos-Navarrete, C., & Cano-Lozano, M. C. (2019). Child-to-parent violence questionnaire (CPV-Q):

- Validation among Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(1), 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.09.001>
- Molla-Esparza, C., & Aroca-Montolio, C. (2018). Child-to-parent violence: An integrative definition and the violence cycle. *Anuario de Psicología*, 28(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.01.001>
- Pereira, R., Loinaz, I., del Hoyo-Bilbao, J., Arrospide, J., Bertino, L., Calvo, A., Montes, Y., & Gutiérrez, M. M. (2017). Proposal for a definition of filio-parental violence: Consensus of the Spanish Society for the Study of Filio-Parental Violence (SEVIFIP). *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 216–223. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2839>
- R Core Team. (2022). *R: A language and environment for statistical computing* [Software de cómputo]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research* (Versión de paquete de R 1.9.12) [Computer software]. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
- Rosseel, Y. (2022). *lavaan: An R package for structural equation modeling* (Version 0.6-12) [Software de cómputo]. <https://CRAN.R-project.org/package=lavaan>

Del rol de docente al de facilitador: potenciando el desarrollo de competencias en estudiantes de enfermería mediante la simulación clínica

Miriam Toapanta¹, María del Cisne Diaz ², María José Rueda ³, Lilia Simbaña⁴

¹Es integrante del grupo de Investigación Adulto Mayor y de los Cuidados Paliativos (AMAYP), y docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Correo electrónico: mtoapanta865@puce.edu.ec

²Forma parte del grupo de investigación Cuidado Integral del Adulto (CIA) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica Ecuador.
Correo electrónico: mdiaz825@puce.edu.ec

³Docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Correo electrónico: mrueda078@puce.edu.ec

⁴Es miembro del Grupo de Investigación Materno-Infantil (GIMI) y docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Correo electrónico: lsimbana970@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: a lo largo de la historia, la simulación clínica ha evolucionado como una metodología activa e innovadora (Sánchez & Guamán, 2022). En el futuro se teme que las prácticas sean limitadas por: la falta de espacios, la alta demanda por parte de las carreras de enfermería, el elevado número de estudiantes y la falta de desarrollo de sus competencias, lo que impacta directamente en la seguridad del paciente (Villacis et al., 2020). Teniendo en cuenta las leyes y normas de amparo al paciente, se ha indagado en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los laboratorios de la carrera de enfermería, destacando las metodologías utilizadas por los docentes de práctica.

Objetivo: explorar las metodologías de enseñanza-aprendizaje adoptadas por docentes en los laboratorios de la carrera de enfermería para mejorar las competencias de los estudiantes.

Metodología: se ha llevado a cabo un estudio exploratorio bajo un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo. Se consideraron a todos los docentes de práctica en laboratorios N=32 de una universidad privada del Ecuador. Para obtener la información, se aplicó una encuesta rápida de 32 preguntas cerradas, y que fue sometida a validación de expertos docentes de enfermería e investigación, quienes revisaron el contenido para garantizar que las preguntas fueran relevantes, claras y adecuadas para medir aspectos específicos de la variable estudiada. Por un lado, los expertos en investigación evaluaron la estructura y la redacción de las preguntas desde una perspectiva metodológica, mientras que los expertos docentes en enfermería han evaluado la relevancia y la adecuación de las preguntas desde el punto de vista de la práctica de enfermería en los laboratorios. Los ítems del instrumento emplea-

do indagaron sobre cuatro temáticas: metodologías impartidas, paradigma educativo, herramientas empleadas e innovación. Su validez se centra en el contenido y en su construcción.

En cuanto a la construcción del instrumento (UNEMI, 2019), las preguntas estuvieron alineadas con los conceptos teóricos, por lo que la validación del instrumento de recolección de datos mediante la revisión de expertos fue un paso fundamental. Este proceso ayudó a asegurar que el cuestionario sea adecuado y confiable para medir la variable simulación clínica como contexto específico de la investigación en enfermería.

Cabe señalar que el trabajo constituye un proyecto de titulación de maestría de Innovación en Educación.

El análisis empleado fue la estadística descriptiva utilizando distribución de frecuencias y porcentajes. Este estudio fue autorizado por el subdecanato de la Facultad de Enfermería y el consentimiento informado de los participantes.

Resultados: se presentan los hallazgos más significativos:

Se evidenció que las metodologías utilizadas por los docentes con mayor frecuencia son la demostración-devolución del procedimiento, alcanzando un 72 %, mientras que la simulación clínica y otras metodologías aparecen en menor proporción. Esto demuestra que mantienen la metodología tradicional. Para Koukourikos et al. (2021), las metodologías de enseñanza son procedimientos innovadores que guían las acciones reflexivas y técnicas para conseguir el desarrollo de las competencias en el aprendizaje de los estudiantes.

El siguiente resultado se obtuvo al cuestionar si las asignaturas de práctica impartidas ofrecen nuevos conocimientos centrados en el estudiante, con el objetivo de promover el desarrollo de competencias

en un entorno globalizado. Como respuesta, se obtuvo que el estudiante no es el protagonista de su aprendizaje. Es evidente que existen varias formas de adquirir conocimientos, sin embargo, los estudiantes necesitan ser guiados por los facilitadores para que apliquen estrategias didácticas, ayudando a desarrollar el pensamiento crítico, reflexivo y afinar las habilidades blandas y técnicas.

En varias universidades se utiliza la simulación clínica como una herramienta educativa con una metodología innovadora basada en un modelo constructivista, encaminado a preservar la seguridad del paciente (Cerón et al., 2020).

En el tercer resultado, referente a si colaborarían en la revisión de los procesos para aplicar metodologías innovadoras, un 59 % respondió afirmativamente, mientras que el 41 % restante sostuvo que lo pensaría. Las respuestas evidencian que más de la mitad del personal está comprometido en este cambio de metodología de enseñanza-aprendizaje.

Discusión: las acciones del docente afectan directamente el aprendizaje estudiantil y el desarrollo de las competencias. De acuerdo con Sánchez y Guamán (2022), se necesita cambiar la enseñanza tradicional por una nueva forma de enseñanza para el desarrollo de competencias y pensamiento científico. Por tanto, es necesario incorporar la aplicación de la simulación clínica. Sin embargo, una de las limitaciones tiene que ver con la falta tiempo para aplicar la simulación en los estudiantes.

En conclusión, el proceso de enseñanza-aprendizaje que los docentes adoptan en los laboratorios de la carrera de enfermería no permite que los estudiantes desarrollen sus competencias. Por ello, resulta relevante el diseño de una propuesta enfocada en transformar el sistema de evaluación tradicional que se ha establecido por

muchos años, y reemplazarlo por una evaluación basada en simulación clínica. De allí surge la necesidad de una propuesta de capacitación y formación docente, donde su rol cambia al de facilitador; de esta manera, se podrá potenciar el desarrollo de competencias que los estudiantes de enfermería requieren durante su formación.

La simulación clínica, como metodología de enseñanza-aprendizaje, ofrece la oportunidad de practicar de manera controlada y en un escenario seguro, sin temor a dañar a un paciente. Estos entornos son lo más parecidos a la realidad para consolidar las competencias que requiere el futuro profesional. Además, este modelo fomenta la habilidad para trabajar en equipo, la autoconfianza y la comunicación. Todo ello contribuye a mejorar la seguridad del paciente.

Referencias

- Cerón, A., Rodríguez, L., Mendoza, M. T., & Loría, J. (2020). Introducción a la simulación clínica. *Revista de Educación e Investigación En Emergencias*, 1(4). <https://doi.org/10.24875/reie.20000057>
- Chanatasig, A., Cunuhay, C., Rueda, D., & Borja, L. (2020). Fases de estandarización en clínica de simulación para la realización de prácticas en estudiantes de enfermería. *Ciencia Digital*, 4(1). <http://portal.amelica.org/ameli/journal/564/5642591008/5642591008.pdf>
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I. V., Iliadis, C., Fratzana, A., & Panagiotou, A. (2021). Simulation

- in clinical nursing education. *Acta Informatica Medica*, 29(1), 15–20. <https://doi.org/10.5455/AIM.2021.29.15-20>
- Sánchez, D., & Guamán, P. (2022). La simulación clínica como estrategia de enseñanza-aprendizaje para la formación en enfermería. *Conecta Libertad*, 6,(1), 85–95. <https://orcid.org/0000-0002-1123->
- Universidad Estatal de Milagro (UNEMI). (2019). *Técnicas e instrumentos de investigación*. https://sga.unemi.edu.ec/media/recursotema/Documento_202043015231.pdf

Fortalecimiento de la autoconfianza en internos rotativos de enfermería mediante una Telementoría ECHO. Estudio fenomenológico

Paulina Gabriela Dávila Cifuentes¹ y Judith Francisco-Pérez²

¹Es investigadora asociada al Grupo de Investigación Salud Digital (E-Health) y docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

²Forma parte del grupo de Investigación Salud Digital (E-Health) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: jifrancisco@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: el modelo *Extension for Community Healthcare Outcomes* (ECHO) ha demostrado ser eficaz en diversas áreas de la salud. Se ha probado su utilidad en el campo de la enfermería para potenciar las capacidades de los participantes en una comunidad de práctica colaborativa interprofesional (Burman et al., 2021; Moss et al., 2023; Shimasaki et al., 2021). Nuestro estudio se centra en explo-

rar cómo este modelo puede fortalecer la autoconfianza en internos rotativos de enfermería, un área menos explorada pero crucial para el desarrollo profesional y la mejora del cuidado al paciente. La pregunta de investigación se plantea: ¿De qué manera la participación en una telementoría basada en el modelo ECHO puede fortalecer la autoconfianza de los internos rotativos de enfermería en su práctica clínica?

Objetivo General: evaluar la utilidad de la participación en una telementoría basada en el modelo ECHO para el fortalecimiento de la autoconfianza de los internos rotativos de enfermería, utilizando un enfoque fenomenológico de sus experiencias y percepciones.

Metodología: investigación cualitativa con diseño fenomenológico. Los participantes serán internos rotativos de enfermería que participen del programa de telementoría que realiza la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con el ECHO Institute. Los participantes deberán estar en rotaciones durante el período del estudio y haber aceptado participar voluntariamente en la investigación. Se utilizará un muestreo no probabilístico intencional para seleccionar a los participantes que puedan proporcionar información sobre sus experiencias en la telementoría. Dado que se trata de un estudio cualitativo fenomenológico, el cálculo muestral se basará en la saturación de datos más que en un número predefinido. La muestra inicial estará compuesta por 10 a 15 internos, ajustando este número según sea necesario para alcanzar la saturación. Se empleará un guion de entrevista semiestructurada para recolectar datos. Las preguntas de entrevista estarán diseñadas para explorar la percepción de la autoconfianza percibida en los internos.

El análisis se realizará siguiendo cuatro etapas: descripción fenomenológica, reducción fenomenológica, búsqueda de invariantes esenciales y síntesis de las invariantes en una descripción consisten-

te del fenómeno (Wertz, 2010). Este análisis permitirá identificar y describir las esencias de las experiencias vividas por los internos. El estudio está aprobado por el Comité de Ética de la PUCE (código de aprobación: EO-49-2022). Se garantizará la confidencialidad y el anonimato de todos los participantes. Antes de la participación, se obtendrá el consentimiento informado de cada uno, explicando claramente el objetivo del estudio, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios, y la voluntariedad de la participación.

Resultados esperados: se anticipa que con esta intervención se podría identificar un aumento de la autoconfianza de los internos rotativos como resultado directo de la orientación y el apoyo recibidos a través de las sesiones de telementoría y de la percepción positiva hacia el apoyo profesional recibido. Los hallazgos se interpretarán con estudios previos que han identificado utilidad del modelo ECHO para fortalecer la autoeficacia en profesionales de la salud (Cinko et al., 2023; Mendizabal et al., 2019), así como la integración teórica práctica y los objetivos de aprendizaje de enfermería (Moss et al., 2023).

Referencias

- Burman, M. E., McGee, N., Proctor, J., Hart, A. M., Moody, E. J., & Hardesty, C. (2021). ECHO: A Model for Professional Development in Nursing Through Learning Networks. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 52(4), 198–204. <https://doi.org/10.3928/00220124-20210315-09>
- Cinko, C., Thrasher, A., Sawyer, C., Kramer, K., West, S., & Harris, E. (2023). Using the Project ECHO Model to Increase Pediatric

- Primary Care Provider Confidence to Independently Treat Adolescent Depression. *Academic Psychiatry*, 47(4), 360–367. <https://doi.org/10.1007/s40596-023-01800-x>
- Mendizabal, M., Ridruejo, E., Ceballos, S., Sixto, M., Billordo, A., Gadea, C., Mengarelli, S., Alonso, C., Palazzo, A., De María, L., Bruno, A., Perez, D., Piñero, F., Deltrozzi, V., Mendoza, C., Figueroa, S., Manero, E., Villa, M., Barreyro, F., & Silva, M. (2019). The ECHO model proved to be a useful tool to increase clinicians' self-effectiveness for care of patients with Hepatitis C in Argentina. *Journal of Viral Hepatitis*, 26(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1111/jvh.13172>
- Moss, P., Nixon, P., Baggio, S., & Newcomb, D. (2023). Turning Strategy into Action – Using the ECHO Model to Empower the Australian Workforce to Integrate Care. *International Journal of Integrated Care*, 23(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.7036>
- Shimasaki, S., Brunner Nii, P., Davis, L., Bishop, E., Berget, C., Perreault, C., & Thomas, J. F. (2021). A School Nurse Application of the ECHO Model. *The Journal of School Nursing*, 37(4), 306–315. <https://doi.org/10.1177/1059840519861748>
- Wertz, F. J. (2010). The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach [Reseña del libro The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach, por A. Giorgi]. *Journal of Phenomenological Psychology*, 41(2), 269–276. <https://doi.org/10.1163/156916210X526079>

Experiencia de profesionales con la activación del código púrpura en un servicio de emergencia. Proyecto de investigación

Meyber González-González

Es parte del grupo de investigación Prevención de la Violencia de Género (E-previo) y del programa de Maestría en Gestión del Cuidado Mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Trabaja en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora HGONA en Quito, Ecuador.
Correo electrónico: mjgonzalezgo@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: la violencia de género constituye una problemática de salud pública que afecta a mujeres en todo el mundo (OMS, 2023). En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) reconoce, desde 1998, la violencia contra las mujeres como un problema prioritario en esta área, y ha desarrollado diversas políticas y normativas para brindar asistencia desde el sistema de salud, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

La actualización normativa más reciente se realizó en 2019, e incluyó la implementación del Código Púrpura, un protocolo que debe activarse ante cualquier caso de violencia basada en género detectado en los establecimientos de salud, sin importar su nivel de atención (MSP, 2019). Desde esta perspectiva, es fundamental que el personal de enfermería, junto con el resto del equipo de salud, contribuya activamente en la detección y respuesta oportuna ante situaciones de violencia de género. En este contexto, surge la necesidad de investigar cuál es la percepción de los profesionales de enfermería del área de emergencia respecto a la activación del Código Púrpura.

Para responder a esta interrogante, se llevará a cabo una investigación de enfoque cualitativo, centrada en un área de emergencia donde el Código Púrpura se activa de manera recurrente, conforme a lo estipulado por el MSP para todas las unidades de atención de emergencias a escala nacional. Cabe destacar que, en este entorno, los profesionales de enfermería suelen ser el primer punto de contacto para las víctimas de violencia, lo que refuerza la relevancia de su rol en la atención inicial y la implementación efectiva del protocolo.

Objetivo general: explorar la percepción de profesionales de enfermería del área de emergencia en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora *Luz Elena Arismendi* (HGONA), sobre la política de protección implementada para la protección de víctimas de violencia de género desde el sector de la salud.

Metodología: se realizará un estudio cualitativo con diseño fenomenológico. Los datos se recolectarán de manera presencial a través de entrevistas semiestructuradas. El diseño de las preguntas consideró información del Estudio Multipaís sobre la Salud de la Mujer y Violencia Doméstica (OMS, 2005). La población está conformada por 40 profe-

sionales de enfermería que laboran en el área de emergencia obstétrica. Se empleará una estrategia de muestreo no probabilístico a conveniencia, ya que el perfil de estas personas cumple con el objetivo de la investigación. Los criterios de inclusión serán: licenciados en enfermería del área de emergencia que muestren interés y acepten ser parte de la investigación. Los criterios de exclusión serán: licenciados que se nieguen a firmar el consentimiento informado y licenciados en enfermería de nuevo ingreso (seis meses). La duración de cada entrevista se estima entre 20 a 45 minutos. Los testimonios serán grabados y transcritos. Para la fase interpretativa, se utilizará el método de análisis cualitativo de contenido Philipp Mayring, el cual consta de cuatro pasos. El primer paso es la selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación. El segundo paso consiste en el desarrollo del preanálisis. El tercer es la definición de las unidades de análisis. El cuarto paso es el establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación. Este procedimiento se llevará a cabo hasta haber clasificado todo el material disponible, considerando las categorías y subcategorías (Tabla 1), en tanto que la sistematización de los datos se hará con el software QCAmap, lo que permitirá tratar la información de una manera más ágil.

Tabla 1

Libro de categorías y subcategorías deductivas

Categoría: gestión del cuidado en víctimas de violencia de género.
Abordaje de los pacientes o posibles víctimas. Seguimiento del protocolo. Tamizaje de víctimas de violencia. Impacto de las capacitaciones internas.

Categoría: formación de los profesionales en el tema violencia de género.
Percepción de la utilidad del protocolo. Capacitación de los profesionales que activan el Código Púrpura. Estrategias de mejora en la atención a víctimas de violencia. Sensibilización de los profesionales para la detección de violencia de género.
Categoría: violencia en la sociedad.
Significado de la violencia de género. La violencia como problema de salud pública. Magnitud de la violencia de género como problema de salud pública.

Nota: definición propia obtenida del software QCAmap.

En cuanto a los aspectos éticos, este protocolo se está sometiendo a revisión por parte del CEISH de la PUCE.

Resultados esperados: de acuerdo con la literatura científica, se puede anticipar algunos hallazgos relevantes que describen el rol de los profesionales de la salud en la atención de víctimas de violencia; un ejemplo es el estudio de Méndez y Calvo (2021), donde se explica que, aunque el equipo de salud más comprometido para el manejo de estos casos son las enfermeras, médicos y psicólogos, por su rol fundamental en la atención, se revela la necesidad de mejorar la formación del personal sanitario en el ámbito de la violencia de género para ofrecer una respuesta adecuada a las mujeres que sufren maltrato (pág. 1). Mientras tanto, una investigación realizada por Fukumoto (2022) explica que los profesionales de la salud son el principal apoyo de las mujeres maltratadas y que dentro de las acciones realizadas por

enfermería se encuentran brindar seguridad y tranquilidad, apoyar durante los exámenes físicos, construir relaciones de confianza, apoyar la recuperación de la salud y la dignidad emocional y física, y garantizar la continuidad del apoyo.

En este estudio se identificaron tres tipos de sistemas institucionales en la atención a las víctimas: (a) médicos que a veces participan en la atención, (b) médicos que brindan atención con equipos de enfermería capacitados y (c) médicos que toman la iniciativa para brindar atención (pág. 2118). En este punto, es de vital importancia reconocer que, para lograr mejores resultados para la población, es imprescindible la capacitación. La preparación en este tema mejora la actitud hacia el problema, aumenta el conocimiento y la seguridad del equipo durante el manejo de los casos. Como limitación de la implementación de esta investigación, cabe señalar que el estudio se centrará en el área emergencia, por lo que los datos pueden no ser generalizables a otros servicios o niveles de atención de salud. Las características de la población atendida, que en este caso son pacientes con complicaciones gineco-obstétrica, y la forma en que los profesionales y las instituciones clasifican y monitorean a los pacientes también influyen en los hallazgos.

Referencias

Fukumoto, T. (2022). Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 10(4), 2118-2131. <https://doi.org/10.1002/nop2.1459>

- Méndez, R. D., & Calvo, M. S. R. (2021). Percepciones del personal sanitario sobre la violencia de género. *Educación Médica*, 22, 414-419. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2021.01.007>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2019). *Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos* (Norma técnica). Dirección Nacional de Normatización. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Norma-tecnica-de-VBG-y-GVDH-.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Estudio multipaís sobre la salud de la mujer y violencia doméstica*. https://oig.cepal.org/sites/default/files/924359351x_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021, 9 de marzo). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Tras el encierro: diseño y validación de una escala del Síndrome de la Cabaña post COVID-19

Cristina Yáñez Corrales¹, Erika Yanez², Juan Pablo Pozo³ y Lucia Flores⁴

¹Forma parte del grupo de investigación Entornos Saludables y Condiciones de Vida (ENSACOVI) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: acyanez@puce.edu.ec

²Trabaja en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y es investigador asociado al grupo de investigación Entornos saludables y condiciones de vida (ENSACOVI). Es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: erikayanezortiz@gmail.com

³Es investigador asociado al grupo de investigación Entornos saludables y condiciones de vida (ENSACOVI). Trabaja como docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: juanpablopozoy@gmail.com

⁴Forma parte del grupo de investigación Entornos saludables y condiciones de vida (ENSACOVI) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: lfflores@puce.edu.ec

Introducción: la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo son los problemas de salud mental más comunes en la población general de todo el mundo. A raíz de la experiencia de confinamiento por la pandemia de COVID-19, se observaron múltiples alteraciones en el funcionamiento habitual de las personas, entre ellas: cambios en los procesos que regulan el sueño, la posibilidad de la aparición de sintomatología psicótica en personas sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica, trastornos del comportamiento y alteraciones en el reconocimiento de emociones. El progresivo ingreso a la *nueva normalidad* supuso un imprevisto y complejo proceso de adaptación para millones de personas a escala mundial, principalmente debido a lo desconocido de la enfermedad, el miedo al contagio y las nuevas formas de interactuar con otras personas. Si bien la ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida, y que puede ser considerada como *normal*, esta se vuelve patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados, y cuando la intensidad y la duración de la respuesta ansiosa supera los límites adaptativos. En el contexto de la pandemia por COVID-19, puede reflejarse en aislamiento, comportamientos compulsivos (desinfección reiterada, exagerada e innecesaria), sentimientos de desasosiego y hasta una crisis de angustia. La necesidad de denominar y dar sentido a esta experiencia ha llevado a los medios a informar sobre el síndrome de la cabaña, encasillándolo como un síndrome post COVID-19. A pesar de que este concepto ha adquirido relevancia a raíz de la experiencia de pandemia, no es un fenómeno nuevo, pues previamente ya ha sido vinculado a situaciones en las que una persona o grupo social experimenta sintomatología emocional, cognitiva y motora tras estar mucho tiempo encerra-

dos en un mismo lugar, sin acceso a nueva y diversa estimulación fuera del mismo. En el contexto actual, el concepto del síndrome de la cabaña se utiliza para dar cuenta de las dificultades a las que se ve sometido el sujeto en su retorno exterior después del encierro domiciliario por la pandemia por COVID-19.

Objetivo: diseñar y validar una escala que mida la ansiedad y el malestar emocional general asociado al desconfinamiento postcuarentena. Con fines técnicos, toda esta nueva sintomatología será recogida bajo la etiqueta *Síndrome de la cabaña*.

Se busca mostrar las propiedades psicométricas (confiabilidad, validez de constructo, validez de criterio y validez concurrente) de la escala, además de conocer el comportamiento de la etiqueta en relación con aspectos sociodemográficos, para así utilizar la herramienta en diferentes espacios, lo que implicará un aporte a la promoción de la salud mental. El contar con una escala que valore el *Síndrome de la cabaña* es de suma importancia para identificar casos de intervención que pueden repercutir en los fines de los colectivos, disminuyendo los ausentismos, así como el rendimiento.

Método: el diseño utilizado fue de tipo descriptivo transversal, pues se pretendía validar el CSC-19 —denominado así por la definición de sus siglas: Cuestionario (C), síndrome (S), cabaña (C), 19 (por la temporalidad del COVID 19)—, especificando sus propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) en la medición de factores contribuyentes: ansiedad y malestar general para caracterizar al *Síndrome de la cabaña*.

El universo contempló a 1391 estudiantes y docentes de la Facultad de Enfermería de las carreras de Enfermería, Nutrición y Fisioterapia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Para la validación del instrumento se realizó un muestreo aleatorio simple y cada carrera

fue considerada un grupo poblacional diferente, al igual que docentes y estudiantes. Para el cálculo se consideró un 95 % de nivel de confianza y un 5 % de margen de error, obteniendo una muestra de 575 docentes y 132 estudiantes.

Resultados: los resultados arrojaron una mayor correlación del *Síndrome de la cabaña* en estudiantes y profesionales de la salud. Se analizó la correlación de los 25 elementos del instrumento, según el cálculo estadístico de correlación de Pearson, obteniendo un valor mínimo de 0.207, un valor máximo de 0.847 y una media de 0.521; presentando una varianza de 0.033. En la revisión de la correlación corregida total por elemento, se muestra que los elementos NAMG1-C y NAMG25-H expresan una correlación baja; en cuanto al elemento NAMG12-D, hay una correlación moderada y en el resto de los elementos existe una alta correlación.

Discusión: Los resultados mostraron una mayor correlación con el *Síndrome de la cabaña* entre estudiantes y profesionales sanitarios, por ejemplo, en los comportamientos relacionados con evitar salir de casa por miedo al contagio (0,890), pensar que salir de casa podría causar la muerte de un familiar por contagio (0,880) y evitar acudir a lugares o actividades por miedo a un posible contagio (0,890). De igual manera, se encontró una asociación significativa entre el aislamiento, la depresión, el estudio ineficaz y el *doomscrolling*, que se refiere al tiempo excesivo dedicado a leer grandes cantidades de noticias en línea (Conroy y Fitzgerald, 2023).

En el contexto universitario, el impacto del aislamiento por COVID-19 y su relación con el acceso a la información en redes sociales también se ha estudiado en poblaciones asiáticas. Se utilizó un instrumento que recopiló aspectos de la percepción del riesgo, el encierro, las

normas subjetivas, la percepción de control conductual y la intensidad del acceso a las redes sociales. Esto demostró que la percepción afectiva del riesgo y la percepción cognitiva del riesgo de COVID-19 se asociaron significativamente con las normas subjetivas. Esto podría explicarse por el hecho de que cuando los estudiantes universitarios perciben la COVID-19 como más peligrosa, su entorno también la percibe como más riesgosa y puede enfatizar más las medidas de protección social (Jo y Baek, 2023), lo cual coincide con los resultados del presente estudio.

Conclusión: la aplicación de una encuesta correlacional entre estilos de vida y comportamientos saludables, estilos de afrontamiento y salud mental durante la pandemia de COVID-19, realizada a estudiantes universitarios y docentes, mostró diferencias en la prevalencia de ansiedad y depresión: esta fue mayor en docentes que en estudiantes. Se identificó que los estilos de vida poco saludables se asociaron positivamente con síntomas de depresión y ansiedad. El instrumento propuesto puede respaldar futuras investigaciones para aplicarlo en entornos educativos de formación en salud.

Referencias

- Conroy, R. M., & Fitzgerald, K. (2023). The lockdown experience scale for students (LESS). *BMC Medical Education*, 23(1), Article 829. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03858-x>
- Jo, H., & Baek, E.-M. (2023). Impacts of social isolation and risk perception on social networking intensity among university students during COVID-19. *PLOS ONE*, 18(4), Article e0283997. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283997>

Estudio de caso sobre el dolor de un miembro fantasma

Lida Ordoñez Abrigo¹ y Mónica Villalobos Espinosa²

¹Forma parte del grupo de investigación Adulto Mayor y Cuidados Paliativos (AMAYP) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de la Universidad de las Américas.

Correo electrónico: lordonez31@hotmail.com

²Es miembro del grupo de investigación Adulto Mayor y Cuidados Paliativos (AMAYP) y docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: mrvillalobos@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: durante el presente caso intervinieron un equipo médico y uno de enfermería, cuyos objetivos eran comunes: mejorar la calidad de vida del paciente, optimizar tiempos, talentos humanos, recursos económicos y materiales.

El *miembro fantasma* fue descrito por primera vez por el cirujano francés Ambrosio Paré, quien lo definió como la sensación álgida de una región del cuerpo posterior a su amputación, aunque el térmi-

no fue acuñado posteriormente por Silas Weir Mitchell, cirujano de la guerra civil (Arshad et al., 2023). Su incidencia es del 50 al 85 % de las amputaciones (Kalapatapu, 2023).

Información del paciente: hombre de 80 años con antecedentes patológicos de hipotiroidismo, hipertrofia prostática, retinopatía diabética, diabetes mellitus de larga evolución, antecedentes quirúrgicos de herniorrafia umbilical, amputación de pierna derecha hace 25 años y pierna izquierda hace 2 meses (secundarias a úlceras recidivantes en pie diabético). Sufre episodios de hipoglucemia con pérdida de la conciencia, además de que manifestaba dehiscencia de la herida de muñón. Ingresó a unidad de salud en donde resolvieron hipoglucemia y prescribieron un esquema de insulina con escapes, para luego referir al paciente para manejo paliativo. En la unidad recibió tratamiento para las patologías de base, y la herida del muñón se cicatrizó satisfactoriamente. Sin embargo, posteriormente manifestó un dolor de intensidad 5/10 de tipo punzante y episódico, con localización en pierna amputada. Por el cuadro clínico sugestivo y el diagnóstico médico por exclusión, se diagnosticó dolor de miembro fantasma. La aplicación de varias escalas internacionales de valoración (Tinetti de marcha y equilibrio, J. H. Downton, Morse y Fragilidad) reveló los siguientes hallazgos: riesgo de caídas, alteraciones en la marcha y el equilibrio, y necesidad de dependencia.. (Matamoros-Villegas, Plata-Contreras, & Payares-Álvarez, 2022).

Hallazgos clínicos: el dolor puede presentarse inmediatamente o años más tarde. Es descrito como sensación de ardor, calambre, corriente eléctrica, quemante, palpitante o una sensibilidad incrementada en la zona 1. La extremidad amputada puede percibirse relajada, distorsionada o fija. La extremidad se describe con volumen, forma,

longitud y movimiento similares a las que tenía antes de la amputación. En gran parte de los casos el dolor se resuelve por sí solo a lo largo del tiempo (Boomgaardt et al., 2022).

Normalmente, el dolor agudo en el muñón, tras la amputación, mengua gradualmente en alrededor de una a tres semanas. Para evitar que se manifieste dolor crónico, se requiere de un manejo óptimo del dolor preoperatorio y posoperatorio, y este debe ser multimodal (epidural, intravenoso y oral) (Kalapatapu, 2023).

Se debe diferenciar entre dolor del muñón y dolor de miembro fantasma. El primero ocurre en la porción residual de la extremidad que fue amputada, luego de procesos en la herida o a prótesis mal acolchadas o ajustadas; este dolor se resuelve a la par de la causa desencadenante. En contraste, el dolor de miembro fantasma no guarda relación con la herida y usualmente no responde a la terapia analgésica habitual. Hay que considerar que las dos formas de dolor pueden coexistir Culp C & Abdi S. (2022). Luego de la amputación, al ser cortado el nervio, la neurona degenera hacia atrás y se encoge, se hincha la terminal nerviosa y el axón intenta regenerar en brotes, lo que hace que, en ciertos casos, se forme una masa desorganizada de fibras, conocida como neuroma. Esta estructura tiene actividad alterada espontánea con descargas ectópicas y hace que los tejidos sean sensibles a estímulos inocuos; además, las moléculas para la transducción de la sensibilidad mecánica y térmica están trastornadas. La presencia del neuroma puede desencadenar dolor de miembro fantasma, pero no se considera como la única causa, ya que con su resección hay un beneficio limitado. Los ganglios de la raíz dorsal pueden facilitar la secreción ectópica de. En el sistema simpático puede producirse un acoplamiento anómalo de los nervios sensoriales y simpáticos, provo-

cando que el nivel álgido, en situaciones de estrés, sea aún mayor en el miembro fantasma. Es probable que exista una sensibilización del sistema nervioso central, lo que incrementa la activación de la asta dorsal y reduce la inhibición gabaérgica y glicinérgica. Ocurre un proceso de reorganización de la corteza y cambios en el mapa somatosensorial. (Boomgaardt et al., 2022).

Otra explicación se sustenta en la memoria propioceptiva: el miembro fantasma puede ser percibido por el paciente conforme la última posición que tenía antes de la amputación, con movimiento o sin él. De esta manera, pueden presentarse recuerdos de dolor adquiridos en el pasado, los cuales son subconscientes, por lo que la retroalimentación visual favorecerá a que finalice esta memoria (Culp & Abdi, 2022).

Evaluación diagnóstica: el diagnóstico médico se realiza por exclusión de otras causas de dolor, como isquemia, infección, neuroma o dolor secundario a heridas por presión. La isquemia del muñón se ratifica midiendo una tensión de oxígeno transcutánea menor a 20 mm Hg en la zona del muñón. El protocolo de diagnóstico incluye la identificación de neuromas mediante una resonancia magnética en T2, la evaluación de puntos de presión ósea o espolones (mediante radiografía del muñón), y el descarte de infecciones (Kalapatapu, 2022).

Para construir los diagnósticos, se utiliza la taxonomía NANDA. En el proceso de valoración se identificaron los siguientes: (00085) Deterioro de la movilidad física, relacionado con alteración de la integridad de la estructura ósea, manifestado por alteración de la marcha; (00133) Dolor crónico relacionado con agente lesivo, manifestado por intensidad del dolor mediante escalas estandarizadas de valoración y; (00007) Hipertermia relacionado con proceso infeccioso, manifestado

por piel caliente al tacto, rubicundez y temperatura elevada. (Herdman & Kamitsuru, 2024).

Intervención terapéutica: para la primera línea de tratamiento se usan analgésicos no opioides, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o el acetaminofén. Se puede utilizar antidepresivos como parte del tratamiento de dolor neuropático, por ejemplo, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina; sin embargo, la evidencia es limitada. La gabapentina inhibe los canales de calcio voltaje dependientes, actuando en la subunidad α_2 (alfa-2-delta) y bloqueando los neurotransmisores, lo que disminuye la excitabilidad nerviosa; de este hecho existe evidencia estadísticamente significativa en la reducción del dolor, pero, en contraste, fármacos como la pregabalina y el topiramato tienen evidencia más limitada. Los opioides son eficientes, pues reducen la reorganización cortical, pero presentan efectos secundarios tras su uso y no deben usarse de rutina. Se ha estudiado el uso de antagonistas de los receptores NMDA por su potencial para evitar la sensibilización central si se administran de forma temprana; no obstante, se requieren más estudios para confirmar su eficacia (Boomgaard et al., 2022).

La analgesia epidural disminuye la frecuencia de presentación del dolor, ya que evita la transmisión aferente nociceptiva al sistema nervioso central y la sensibilización e incremento de la excitabilidad; a pesar de ello, se requieren más estudios. En cuanto a terapias no farmacológicas, destacan la terapia física con masajes, la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) y la estimulación eléctrica transcutánea. Para el abordaje del dolor psicológico, se recomienda incrementar el apoyo psicosocial y el tratamiento de trastornos psicológicos por los que atraviese

el paciente. Desde la enfermería, se proponen intervenciones basadas en un modelo biopsicosocial, que incluyen la administración de medicamentos, las curaciones y la aplicación de medidas de confort. Como tratamiento coadyuvante, se recomienda la terapia en espejo. Aunque es una técnica controvertida, según un metaanálisis de 2023, mostró una reducción significativamente mayor en la intensidad del dolor de miembro fantasma frente a otras intervenciones. El beneficio es aún mayor si se combina con los ejercicios fantasma (Guémann et al., 2023). Otra técnica utilizada es la ejecución motora fantasma, que consiste en hacer que el paciente imagine el movimiento del miembro fantasma, lo que reduce la reorganización cortical.

Asimismo, para casos de amputaciones bilaterales, se utilizan programas de realidad virtual (Jingwei et al., 2023). La rehabilitación con terapia en espejo mediante realidad virtual produce una reducción notable del dolor e incluso puede tener efectos analgésicos en una sola sesión; además, permite realizar entrenamiento motor. El estudio de Osumi et al. (2019) sugiere que el dolor de tipo calambre ocurre cuando se moviliza forzosamente el miembro fantasma, mientras que el dolor de tipo punzante aparece cuando el miembro fantasma adquiere posturas anormales. Esta terapia mejora el dolor en relación con la cinestesia y ayuda a reestructurar el circuito sensitivo motor a través de los centros cognitivos de la corteza cerebral. No obstante, los resultados se evaluaron a corto plazo y se requieren más investigaciones.

Otras terapias comprenden la acupuntura, la estimulación nerviosa transcutánea, la biorretroalimentación por electromiografía, EMDR y terapia electroconvulsiva (Boomgaard et al., 2022).

Si el dolor persiste, se sugieren infusiones con ketamina, bloqueos de nervio periférico con catéter, neuroestimulación cere-

bral profunda a nivel talámico o medular y cirugía (Boomgaardt et al., 2022).

Dentro del Proceso de Atención de Enfermería, algunas de las intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) que corresponden son las siguientes: 3420 actividades para cuidados del paciente amputado, como apoyar al paciente durante el proceso de duelo asociado con la pérdida de una parte del cuerpo, observar las preocupaciones, depresión o ansiedad y el ajuste relacionado con el cambio de imagen corporal; 5230 actividades para mejorar el afrontamiento, como ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y discapacidad, así como presentar al paciente personas o grupos que hayan pasado por la misma experiencia con éxito; 3660 actividades relacionadas a cuidados de las heridas, como enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección y los procedimientos de cuidado de la herida.

Discusión: el paciente, durante su ingreso, manifestaba molestias ligeras en la zona residual de la extremidad a causa de dehiscencia de los puntos de sutura. El dolor fue manejado con paracetamol por vía oral, tres veces al día. Alrededor de 4 semanas más tarde, la dehiscencia de la herida estuvo resuelta, pero días después el paciente refería ciclos de dolor intermitente en la pierna. Al ser interrogado, mencionó un dolor de tipo descarga eléctrica que iniciaba en el muñón izquierdo y se irradiaba hasta el pie (fantasma). Es importante recordar que no en todos los casos el dolor de miembro fantasma aparece en las primeras semanas, sino que, como describe la literatura, puede tardar años en aparecer.

Durante el examen físico no se observó signos de infección en la zona, lesiones por presión ni signos de isquemia. No había zonas de presión ósea a la palpación, como espolones, ni masas. Tampoco

era un dolor secundario asociado a una prótesis, pues no se la había colocado aún. En exploración neurológica del muñón izquierdo, la sensibilidad superficial táctil (vía espinotalámica) estaba ausente a nivel del borde externo, sensibilidad dolorosa conservada, sensibilidad profunda (cordones posteriores) abolida. Debido a que la unidad era de cuidados paliativos, no se disponía de equipo para realización de resonancia magnética ni toma de presión transcutánea. Por exclusión, el médico tratante diagnosticó dolor de miembro fantasma, ya que manifestó episodios de disestesias que no eran secundarias a un estímulo, con dolor de tipo descarga eléctrica, que iniciaba en el muñón y se irradiaba hacia miembro fantasma, además del antecedente previo de miembro fantasma en el muñón derecho.

Se suministró tratamiento a base de gabapentina, 300 mg cada 12 horas, un tratamiento consistente con la evidencia actual para esta patología. La evolución del paciente fue favorable y los episodios de dolor disminuyeron progresivamente. Actualmente, no ha referido nuevamente molestias. No fue posible la realización de terapia en espejo ni ejercicios de ejecución motora fantasma, ya que el paciente presenta amputación bilateral de miembros inferiores y no se dispone de simuladores de realidad virtual en la unidad. Durante su estancia hospitalaria, recibió seguimiento psicológico, que determinó que el paciente acepta su condición actual y se encuentra eutímico. El diagnóstico y el tratamiento fueron coherentes con la bibliografía actualizada de manejo de la patología (Talaya-Navarro et al., 2022).

Conclusiones: es importante realizar una completa indagación de la historia clínica del paciente, que incluya: las causas de la amputación, el tiempo de aparición del miembro fantasma, el tipo de

analgesia que se usó durante el procedimiento quirúrgico. Además, se requiere una descripción precisa de la localización del sitio del dolor y definir cuáles fueron los factores de riesgo para el desarrollo de la patología.

Para su diagnóstico, es esencial descartar otros diagnósticos, como lesiones por presión en la zona, isquemia, espolones óseos, neuromas, procesos infecciosos de la herida del muñón o problemas secundarios al uso de una prótesis. Se recomienda realizar pruebas de imagen y evaluar el estado psicológico del paciente.

El manejo de la patología debe seguir un enfoque de escalas analgésicas, evaluando continuamente la respuesta del paciente. Este abordaje debe acompañarse de terapia adyuvante, fortaleciendo siempre la comunicación activa médico-enfermera.

El trabajo colaborativo entre el personal médico y de enfermería, junto con una adecuada planificación y evaluación, fue fundamental en la aplicación de las cinco fases del proceso de atención de enfermería (PAE) que coadyuvó al objetivo central de mejorar la calidad de vida del paciente.

Referencias

Arshad, N., Khan, H., Rehman, K., Sadiq, M., Rehman, M., & Attiq, N. (2023). Frequency of phantom limb pain sensation and stump pain among amputees. *International Journal of Health Science*, 6(S10), 1176–1181. https://www.researchgate.net/publication/367326902_Frequency_of_phantom_limb_pain_limb_sensation_and_stump_pain_among_amputees

- Boomgaardt, J., Dastan, K., Chan, T., Shilling, A., Abd-Elseyed, A., & Kohan, L. (2022). An algorithm approach to phantom limb pain. *Journal of Pain Research*, *15*, 3349-3367. https://www.researchgate.net/publication/364747590_An_Algorithm_App
- Culp, C., & Abdi, S. (2022). Current understanding of phantom pain and its treatment. *Pain Physician*, *25*(7), E941–E957. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36288580/>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2024). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2024-2026. Elsevier Health Sciences
- Guémann, M., Olié, E., Raquin, L., Courtet, P., & Risch, N. (2023). Effect of mirror therapy in the treatment of phantom limb pain in amputees: A systematic review of randomized placebo-controlled trials does not find any evidence of efficacy. *European Journal of Pain (London, England)*, *27*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1002/ejp.2035>
- Jingwei, W., Jingyuan, F., Raju, G., & Jinmin, Z. (2023). Comparative effects of interventions on phantom limb pain: A network meta-analysis. *World Neurosurgery*, *170*, e45-e56. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2022.10.060>
- Kalapatapu, V. (2023). Lower extremity amputation. *UpToDate*. En K. E. De-Franzo (Ed.), *UpToDate*. Recuperado el 19 de marzo de 2024, de https://www.uptodate.com/contents/lower-extremity-amputation?search=phantom&source=search_result&selectedTitle=1-30&usage_type=default&display_rank=1#H614729011
- Matamoros-Villegas, A., Plata-Contreras, J., & Payares-Álvarez, K. (2022). Correlación entre pruebas y escalas de valoración

- funcional en el seguimiento a la adaptación protésica de personas con amputación de miembro inferior. *Rehabilitación*, 56(2), 116-124. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048712020301298>
- Osumi, M., Inomata, K., Inoue, Y., Otake, Y., Morioka, S., & Sumitani, M. (2019). Characteristics of phantom limb pain alleviated with virtual reality rehabilitation. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 20(5), 1038–1046. <https://doi.org/10.1093/pm/pny269>
- Talaya-Navarro, E., Tarraga-Marcos, L., Madrona-Marcos, F., Romero-de Avila, J., & Tarraga-López, P. (2022). Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. *Journal of Negative and No Positive Results*, 7(2), 235-265. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2022000200005&lng=e
- Villota Luna, D. (2022). *Los patrones funcionales de Marjory Gordon y su aplicación en el contexto clínico desde el enfoque de enfermería*. [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/5cb3d90c-7b43-44b7-bdaa-fd3916ac05ee>

El dolor durante el trabajo de parto: experiencia de mujeres en puerperio inmediato

Verónica González Arrobo

Forma parte del grupo de investigación Prevención de la Violencia de Género (E-previo) y es docente del Programa Maestría en Gestión del Cuidado Mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Correo: vegonzaleza@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: el dolor en el trabajo de parto es una manifestación percibida en la mayoría de las mujeres. La labor de parto se inicia con contracciones uterinas regulares, acompañadas de cambios a nivel cervical, ya sea dilatación, borramiento o ambas (Robles et al., 2020). Este proceso comprende las etapas de dilatación, expulsión y alumbramiento, y ocurre en un periodo aproximado de 24 horas. Sin embargo, esta duración es variable y depende de si las pacientes son nulíparas o multíparas. En este lapso, la madre va experimentando el dolor gradualmente (Ávila, 2024). La importancia de la identificación y la com-

presión adecuada del dolor en pacientes en labor de parto permite la realización de actividades e intervenciones adecuadas y oportunas, en especial, aquellas que corresponden a la implementación de medidas no farmacológicas.

Objetivo general: explorar la definición del dolor en el trabajo de parto desde la experiencia de mujeres en fase de puerperio inmediato.

Metodología: estudio cualitativo fenomenológico. Para la selección de las participantes, se optó por un muestreo no probabilístico intencional, compuesto por mujeres en período postparto. La muestra obedece a las características de la investigación, que incluyen interrogar, observar y medir a las participantes, para lo cual se les realizó una entrevista semiestructurada personal y de manera anónima, dentro de un ambiente cómodo. Mediante una grabadora, se recopilaban las respuestas, que fueron almacenadas en audio y transcritas en archivos cifrados en el ordenador del investigador. Para efectos de esta investigación, se llevó a cabo un análisis inductivo, que consiste en la construcción de temas, categorías y subcategorías que emerjan de las vivencias expuestas por las personas participantes. El proyecto cuenta con código de aprobación EO-204-2023, V2.

Resultados: se obtuvo como categoría principal el significado del dolor para las mujeres participantes en el estudio. Este significado buscó contrastar la comprensión de los procesos biológicos relacionados al dolor en las mujeres entrevistadas. La subcategoría con mayor densidad teórica hace referencia al grupo de participantes que definen el significado del dolor a través del paso previo a la percepción, esto se conoce como *sensación*, y es captado a través un estímulo aferente del sistema nervioso central, conocido como nocicepción. Estas fueron las respuestas obtenidas por parte de las participantes:

P1, P2, P9: “Es una sensación desagradable”.

P3, P5: “Es una fea experiencia que nos da malestar y molestia”.

P6: “Es una sensación mala que en el cuerpo nos da”.

P7: “Es un malestar que da”.

P8: “Es una sensación que no puedo describir, pero es desagradable”.

P9: “Algo desagradable”.

P10: “Es una sensación fea”.

En la segunda subcategoría, denominada *Sistema de alarma*, el dolor adquiere una mayor construcción racional. Es decir, las mujeres entrevistadas lo definieron como un aviso biológico relacionado con daño. Algunas de las participantes mencionaron:

P4: “Es una sensación irrepetible que nos dice que algo está pasando en la salud”.

P6: “Dice que estamos enfermos o algo nos pasa”.

P7: “Indica que algo nos pasa y no está bien”.

P10: “Nos indica que algo está pasando en nuestra salud”.

Finalmente, tenemos la subcategoría *Acompañamiento de síntomas*, referida a la manifestación subjetiva de otras alteraciones que acompañan la afección principal, que es el dolor.

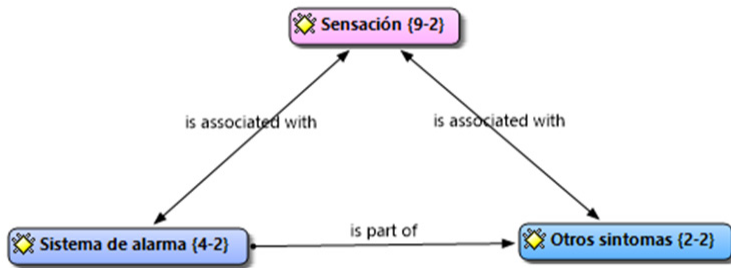
P1: “Es una sensación desagradable en el organismo que va acompañado de otros síntomas”.

P9: “No es normal, da malestar y siempre viene con otras cosas como mareo, náuseas”.

A continuación, se muestran las tres subcategorías que conformaron la red estructural.

Figura 1.

Subcategorías que conforman el significado del dolor



Nota. Generado con ATLAS.ti versión 7.0

Discusión: con estos resultados preliminares, se responde la pregunta de investigación definida para este estudio. Como hallazgo relevante, se ha determinado que el dolor como sensación concuerda con un estudio reciente en el que se define a este como una respuesta fisiológica a un estímulo orgánico, que está influido por diversos factores internos y externos y en el caso del parto son distintos a cualquier otro tipo de dolor (Morales-Matute et al., 2021). Además, se verifica en los testimonios una comprensión dada por las mujeres que es compatible con la definición del dolor como sistema de alarma (Parodi, 2023). Este aspecto también es consistente con la construcción teórica de dolor visto desde la neurofisiología, donde se aprecia la respuesta del sistema nociceptivo hacia la estimulación y que transmite esta in-

formación al sistema nervioso central para su interpretación (Olza et al., 2020). Por último, los síntomas reflejan la idea del dolor acompañado con síntomas como mareos, fatiga, cansancio (Abril, 2024).

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en la implementación efectiva de medidas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, proporcionando educación, apoyo continuo, evaluación y ajuste de las estrategias, y colaborando con otros profesionales de la salud. Se ha observado en este grupo de mujeres que el dolor tiene un significado que se limita a la esfera física o biológica del ser humano. Una limitación del estudio es la propia naturaleza de la investigación, que, por su carácter exploratorio, no permite generalizar los resultados.

Referencias

- Abril, B. C. (2024). Nuevas perspectivas en el abordaje del dolor. *Atención Primaria*, 56(2). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102841>
- Ávila, J. L. D. P. A., Mallén-Pérez, L., Juvé-Udina, E., Roé-Justiniano, M. T., & Domènech-Farrarons, À. (2015). Prevalencia de analgesia obstétrica en pacientes en trabajo de parto en el HGR# 2, El Marqués, Qro. *Matronas Profesión*, 16(2), 61–67. <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/10405>
- Morales-Matute, M. G., Mesa-Cano, I. C., Ramírez-Coronel, A. A., & Pesántez-Calle, M. F. (2021). Ethical conduct of the nursing professional in the direct care of the hospitalized patient: Systematic review. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 256–265. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5039424>

- Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdóttir, S. I., Nieuwenhuijze, M., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, *15*(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Parodi, C. C. (2023). ¿Qué es el dolor? Banderas amarillas y contexto biopsicosocial. En C.C. Parodi (Ed.), *Neurociencias del dolor. Visión teórico-clínica* (p. 51). Editorial Médica Panamericana.
- Robles Arce, V., Rojas Vázquez, S., & Thuel Gutiérrez, M. (2020). Actualización en el manejo de labor de parto pretérmino. *Revista Médica Sinergia*, *5*(1), e330. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.330>

Limitantes para el cuidado humanizado en un servicio de emergencias desde la perspectiva del profesional de enfermería

María del Cisne Díaz Guerrero

Forma parte del grupo de investigación Cuidado Integral del Adulto (CIA) y es docente de la Facultad de Enfermería, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Correo electrónico: mdiaz825@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: el servicio de emergencias es el área donde la persona con necesidades de salud y gravedad llegan para ser atendidas de forma prioritaria, según sus condiciones de salud. El profesional de enfermería debe reconocer estas condiciones y atenderla de forma oportuna, con conocimiento y experticia, con cualidades de buen trato, comunicación y empatía, para que el paciente y familiares se sientan satisfechos con el cuidado (Sira & Guevara, 2021).

Sin embargo, estas características de cuidado humanizado no son constantes y se modifican por factores inherentes al sistema, estructura física, escasez de recursos humanos, materiales y económi-

cos, así como factores personales que alteran la comunicación entre enfermera–paciente, como irritabilidad y cansancio. Estos hechos provocan la insatisfacción de los pacientes y la frustración de los profesionales de enfermería al no otorgar un cuidado humanizado (Gómez Martínez, 2021).

Objetivo general: establecer la construcción de significados sobre el cuidado humanizado y sus limitantes desde la percepción de profesionales de enfermería de un servicio de emergencias.

Metodología: se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico hermenéutico, utilizando el método fenomenológico de Herbert Spiegelberg (Susana & Brentano, 2020). Se obtuvo la percepción con respecto al fenómeno de estudio desde la experiencia de vida de cinco profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencias de un hospital de Quito, mediante entrevistas en profundidad hasta la saturación.

Para obtener las esencias, se analizó cada entrevista y se procedió a la codificación de las esencias emergentes, luego se establecieron las interacciones entre las opiniones y vivencias sobre el significado del cuidado humanizado, y se construyó la matriz epistémica para concentrar las estructuras generales y esencias emergentes. Se realizó la triangulación para contrastar la postura de los informantes, la investigadora y los fundamentos teóricos bibliográficos. Entre los aspectos éticos, se obtuvo la aprobación del CEISH de la PUCE, con código EO-013-2024, y el consentimiento voluntario de los informantes, garantizando la confidencialidad y discreción de la información.

Resultados: del análisis, emerge la esencia *Percibiendo las limitaciones para el cuidado humanizado en el servicio de emergencias*, la cual se compone de dos estructuras generales:

a. *Factores institucionales*: saturación de pacientes, sobrecarga de trabajo, déficit de insumos o materiales de mala calidad, ineficiencia de la estructura física, falta de recursos humanos, despreocupación de la salud mental y psicológica de usuarios y del personal por parte de la institución. También se incluyen en esta estructura la queja de usuarios por el tiempo de espera, así como la presencia de personal nuevo que no conoce la dinámica del servicio, normas o protocolos.

b. *Factores intrínsecos de la persona*: se considera la empatía para lograr un efecto o propósito con los pacientes, así como destrezas y habilidades técnicas, como canalización de vías intravenosas, administración de medicamentos, conocimiento del protocolo de RCP. En contraposición, aparecen factores como el cansancio del personal, lo que limita la atención y provoca acciones automáticas y monótonas al controlar signos vitales o registrar datos en la computadora, sin preocuparse del estado del paciente. Asimismo, se registran manifestaciones de miedo a contagios por falta de insumos e irritabilidad, lo que genera miedo y maltrato al paciente o familiares.

Discusión: varios autores coinciden en que la prioridad de los profesionales se centra en los aspectos biológicos para la conservación de la vida. Gutiérrez Vásquez & Lázaro Alcántara manifiestan que el exceso laboral, la falta de personal en emergencias y las condiciones físicas dificultan el cumplimiento satisfactorio de la privacidad, compañía y asistencia espiritual (2019).

Se demuestra que el trabajo administrativo es importante para el funcionamiento del servicio hospitalario, pero que este no debe desplazar la interacción con los pacientes. Hay factores que alteran el aspecto humano en emergencias, como el estrés laboral y la rutina o monotonía, lo que genera frustración y una mala actitud a la hora de

brindar cuidado humanizado. De igual forma, se ha evidenciado una inadecuada capacitación para ejercer la atención, falta de comunicación enfermera-paciente y falta de empatía y proactividad dentro de sus cuidados (Chavarro & Peña, 2019).

En conclusión, existen varios factores expresados por los profesionales de enfermería y percibidos por los pacientes, que hacen que el cuidado humanizado pierda su característica. Como estrategia, se considera la implementación de capacitaciones al profesional de enfermería para superar estos limitantes y mejorar el aspecto humano en un servicio de emergencias.

Referencias

- Chavarro, M. A., & Peña, E. (2019). *Cuidado de enfermería en pacientes de urgencias a través de la teoría del cuidado de Jean Watson*. 5(1), 49–56.
- Gómez Martínez, M. (2021). Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud y Familia, Junta de Andalucía.
- Gutiérrez Vásquez, D. E., & Lázaro Alcántara, E. (2019). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina. Chiclayo. 2018. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 6(2), 68–82. <https://doi.org/10.35383/cietna.v6i2.258>
- Sira E., & Guevara, B. (2021). *Significado que le confiere el paciente al cuidado proporcionado por el personal de enfermería en la*

unidad de emergencia de adultos: una mirada desde lo axiológico.
[Tesis de maestría, Universidad de Carabobo]. Repositorio
Institucional de la Universidad de Carabobo.

Spiegelberg, H., & Curvello, F. V. (2021). A Fenomenologia de Husserl e o Existencialismo. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, 2(2), 310-316. <https://doi.org/10.62506/phs.v2i2.132>

Etnicidad y Acceso a Información Sanitaria: análisis observacional en la población adulta de Ecuador

Diana Maricela Vuele Duma¹, Judith Inmaculada Francisco Pérez²

¹Es docente de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja (UNL),
Correo electrónico: diana.vuele@unl.edu.ec

²Forma parte del grupo de Investigación Salud Digital (E-Health) y es docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Correo electrónico: jifrancisco@puce.edu.ec

Resumen

Introducción: en el contexto global actual, la equidad en el acceso a la información sanitaria es crucial para la promoción de la salud pública y el manejo efectivo de enfermedades. Sin embargo, las disparidades en este acceso pueden ser influenciadas por múltiples factores socioculturales, incluyendo la autoidentificación étnica. En Ecuador,

un país caracterizado por su diversidad étnica y cultural, entender cómo la etnicidad afecta el acceso a la información sanitaria es fundamental para diseñar políticas inclusivas y efectivas.

La relación entre la etnicidad y el acceso a la salud ha sido explorada en diversos contextos, evidenciando que los grupos minoritarios a menudo enfrentan barreras sanitarias, incluyendo las representaciones de la salud indígena como defectuosa y de las personas indígenas como ignorantes, vulnerables u obstinadas (Montesi, 2023). Por ello, estos grupos culturales minoritarios enfrentan problemas de traducción cultural (Rosendiz et al., 2021), presentan resultados de salud más desfavorables que el resto de la población (Del Pino, 2018), y deben enfrentar una visión del mundo de los profesionales de otros grupos étnicos.

No se han detectado estudios recientes sobre cómo la autoidentificación étnica influye en el acceso a información sanitaria en el contexto ecuatoriano, pese a ser un elemento clave para el empoderamiento individual y comunitario frente a decisiones de salud. Este estudio tiene el potencial de revelar patrones específicos y desafíos que enfrentan distintos grupos étnicos, lo cual es vital para el diseño de intervenciones y políticas de salud pública efectivas.

Objetivo General: investigar la relación entre la autoidentificación étnica y el acceso a información sanitaria en población adulta ecuatoriana.

Metodología: este estudio fue observacional, descriptivo, de campo y transversal. La población incluyó adultos residentes en Ecuador, con énfasis en la representación de diversas etnias. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo estratificado, para garantizar la representatividad de las principales categorías ét-

nicas definidas por el censo nacional. Para una población de aproximadamente 13 millones de habitantes (INEC, 2021), con un nivel de confianza del 95 %, un margen de error del 5 % y un factor de diseño de 1.5 para compensar posibles datos erróneos, la muestra se calculó en 576 personas.

Los datos se están recogiendo en la actualidad, a través de un cuestionario estructurado que incluye preguntas sobre demografía, autoidentificación étnica y acceso a información sanitaria. Este cuestionario está siendo administrado cara a cara y mediante un formulario de Google, por investigadores capacitados para asegurar una comprensión uniforme de las preguntas y evitar sesgos en las respuestas.

Para el análisis, se está utilizando *software* estadístico SPSS. Se realizarán análisis descriptivos para caracterizar la muestra en términos de variables demográficas y étnicas. Para evaluar la relación entre la autoidentificación étnica y el acceso a información sanitaria, se emplearán técnicas de análisis inferencial como chi cuadrado.

El estudio fue revisado y aprobado por el comité de ética de la PUCE con código 007-UIO-2024. Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio y se les pidió consentimiento informado antes de participar. Se garantizó la confidencialidad de los datos personales y se utilizaron únicamente para fines de investigación.

Resultados preliminares: aunque el análisis completo de los datos está pendiente, debido a que hasta la fecha solo se ha recogido el 30 % de la muestra prevista, las tendencias preliminares sugieren que el acceso a la información sanitaria puede estar influenciado por el nivel educativo, el lugar de residencia (las áreas rurales tienen menor nivel de alfabetización en salud que las urbanas), el tipo de seguro de

salud con el que cuentan, y las dificultades financieras. Dado que la mayoría de estas variables tienen mayor prevalencia en comunidades indígenas, se anticipa que este grupo étnico podría enfrentar niveles más bajos de alfabetización en salud, comparado con otros grupos, como mestizos y afroecuatorianos.

Discusión: estas observaciones preliminares están en línea con resultados de estudios anteriores que han documentado desigualdades en la accesibilidad a los recursos sanitarios en contextos multiculturales y podrían reflejar patrones persistentes de inequidad social y salud (Liberona Concha et al., 2023; Montesi, 2023). Dado el avance en la recolección de los datos para la fecha de presentación de esta ponencia, los resultados presentados son preliminares y podrían variar conforme el levantamiento de nueva información. Por ello, estos resultados se han interpretado con cautela hasta no contar con la totalidad de los datos, y se espera que análisis inferenciales futuros, como pruebas de chi cuadrado o análisis de regresión logística, confirmen estas tendencias y permitan cuantificar la magnitud de las asociaciones entre la autoidentificación étnica y el acceso a la información sanitaria.

Los resultados anticipados del estudio pueden tener implicaciones importantes para la práctica de la enfermería, particularmente en la mejora del cuidado de pacientes de diversas etnias y en la promoción de la equidad en salud. Esto incluye la capacitación culturalmente apropiada, el desarrollo de materiales informativos inclusivos, la participación en políticas de salud que mejoren los servicios para los pueblos indígenas (Del Pino, 2018; López & Lepez, 2022), los montubios y otros grupos étnicos que existen en América que, en muchas ocasiones siguen enfrentando barreras en el acceso a una atención sanitaria de calidad.

Referencias

- Del Pino, S., Góngora Arredondo, C. A., Gutiérrez-Sánchez, J. G., & Rojas Cabrera, J. R. (2018). Política sobre etnicidad y salud: Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Revista Española de Salud Pública*, 92, Artículo e201809059. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100305&lng=es&tlng=es
- Liberona Concha, N., Piñones-Rivera, C., & Álvarez Torres, C. (2023). Consecuencias del orden estructurante de las relaciones interétnicas: Barreras en el acceso a la atención de salud de mujeres migrantes y sus familias en Tarapacá. *Chungará (Arica)*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562023005000502>
- López, L. E., & Lepez, C. O. (2022). Rol de la enfermería en la salud intercultural: desafíos en el contexto argentino. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2, Artículo 66. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202266>
- Montesi, L. (2023). Representaciones estereotipadas de la etnicidad en un hospital rural oaxaqueño: barreras a la salud intercultural. *Alteridades*, 33(65), 111–122. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2023v33n65/Montesi>

Las Memorias de la II Jornada Científica Internacional de Enfermería JCIE-2024 reúnen aportes de investigaciones nacionales e internacionales, profesionales de la práctica clínica, docentes, y estudiantes comprometidos con el desarrollo del conocimiento enfermero desde una perspectiva científica, ética y humanística. Esta obra recoge experiencias, reflexiones y resultados de investigación que dialogan con los desafíos contemporáneos del cuidado en contextos clínicos, comunitarios, educativos y tecnológicos, consolidándose como un espacio de intercambio académico que fortalece la práctica profesional, la formación y la proyección social de la enfermería.



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

edi
PUCE



Grupo de
Editoriales
Universitarias
AUSIAL



ISBN: 978-9978-77-791-6



9789978777916
