

SUMARIO

EDITORIAL

1 PROGRAMAS DE DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN CHILE

CARTAS A EDITORA

4 LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS FALLAN, CLARO, PERO ¿CON QUÉ FRECUENCIA? SÍNTESIS DE REPORTES DE ESTADOS UNIDOS EL AÑO 2022

7 EL ROL EMERGENTE DE LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN CHILE: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

11 CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES HACIA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE POSGRADO EN ENFERMERÍA

22 FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD DE ADULTOS Y PERSONAS MAYORES POR COVID-19 EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

33 ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO INTENSIVE CARE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL EN COLOMBIA

44 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ESTUDIANTES DE TECNICATURA EN ENFERMERÍA

57 SOBRECARGA EN CUIDADORES CHILENOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

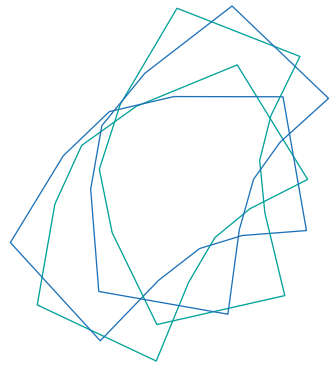
69 DECISIONES POR SUSTITUCIÓN EN PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO Y SU DELEGACIÓN DE AUTONOMÍA ¿REPRESENTADA?

78 ROL DEL COORDINADOR DE ENFERMERÍA EN LAS SUBDIRECCIONES DE GESTION DEL CUIDADO



Departamento de Enfermería

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE



SUMMARY

EDITORIAL

1 INTERINSTITUTIONAL DOCTORATE PROGRAMS IN CHILE

LETTERS TO THE EDITOR

4 MEDICAL DEVICES FAIL, SURE, BUT HOW OFTEN? SYNTHESIS OF REPORTS FROM THE UNITED STATES IN 2022

7 THE EMERGING ROLE OF ADVANCED PRACTICE NURSING IN CHILE: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

RESEARCH ARTICLES

11 KNOWLEDGE, SKILLS, AND ATTITUDES OF POSTGRADUATE NURSING STUDENTS REGARDING SCIENTIFIC RESEARCH

22 FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY DUE TO COVID-19 IN ADULTS AND OLDER PEOPLE IN A PUBLIC HOSPITAL IN CHILE: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

33 CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE INTENSIVE CARE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL IN COLOMBIA

44 HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG TECHNICAL NURSING STUDENTS

57 BURDEN AMONG CHILEAN CAREGIVERS OF PEDIATRIC PATIENTS DIAGNOSED WITH EPILEPSY

REFLECTION ARTICLE

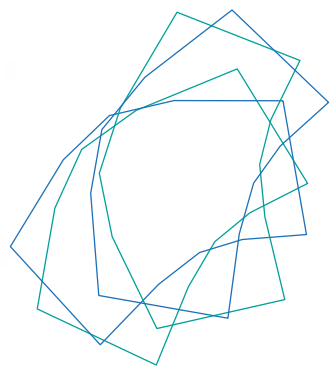
69 SURROGATE DECISION-MAKING IN OLDER PEOPLE WITH COGNITIVE IMPAIRMENT AND THE DELEGATION OF THEIR AUTONOMY: IS IT REPRESENTED?

78 THE ROLE OF NURSING COORDINATORS WITHIN CARE MANAGEMENT SUB-DIRECTORATES



Departamento de Enfermería

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE



SUMARIO

EDITORIAL

1 PROGRAMAS DE DOUTORADO INTERINSTITUCIONAIS NO CHILE

CARTAS A EDITORA

4 DISPOSITIVOS MÉDICOS FALHAM, CLARO, MAS COM QUE FREQUÊNCIA? SÍNTESE DOS RELATÓRIOS DOS ESTADOS UNIDOS EM 2022

7 O PAPEL EMERGENTE DA ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA NO CHILE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

ARTÍGOS DE PESQUISA

11 CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES RELACIONADOS A PESQUISA CIENTÍFICA DE ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

22 FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE EM ADULTOS E IDOSOS POR COVID19 EM UM HOSPITAL PÚBLICO CHILENO: ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO

33 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO INTENSIVE CARE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL NA COLÔMBIA

44 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM ESTUDANTES DE TÉCNICA DE ENFERMAGEM

57 SOBRECARGA EM CUIDADORES CHILENOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA

ARTIGOS DE REFLEXÃO

69 AS DECISÕES DE SUBSTITUIÇÃO EM IDOSOS COM DEFICIÊNCIA COGNITIVA E SUA DELEGAÇÃO DE AUTONOMIA ¿REPRESENTADA?

78 PAPEL DO COORDENADOR DE ENFERMAGEM NAS SUBDIRETORIAS DE GESTÃO ASSISTENTE



Departamento de Enfermería


FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE



PROGRAMAS DE DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN CHILE
INTERINSTITUTIONAL DOCTORATE PROGRAMS IN CHILE
PROGRAMAS DE DOUTORADO INTERINSTITUCIONAIS NO CHILE

Zita Lagos Sánchez^{1a} 

¹ Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad de los Andes, Chile. Santiago, Chile.

^a **Autor de correspondencia:** zlagos@uandes.cl 

Como citar: Lagos Sánchez Z. Programas de Doctorado Interinstitucional en Chile. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):1-3. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.73531>

Fecha de recepción: 20 de diciembre del 2023

Fecha de aceptación: 22 de diciembre del 2023

Fecha de publicación: 31 de diciembre del 2023

Editora: Denisse Parra-Giordano 

Los programas de Doctorado Interinstitucional (DINTER) nacen en Brasil como una oportunidad para formar capital humano avanzado dirigido a zonas más desfavorecidas. Los programas de Magister Interinstitucional (MINTER) y DINTER son programas de carácter interinstitucional orientados a la formación de recursos humanos calificados en los grados de maestría (magister) y doctorado para el desarrollo socioeconómico, científico tecnológico cultural y de innovación en el propio país, así como internacionalmente.¹

Estos programas tienen como objetivo posibilitar la formación en modalidad *stricto sensu* o *lattu sensu*, que permitan fomentar la producción científica académica y fortalecer líneas de investigación que respondan a demandas asociadas a la realidad, contexto y desarrollo local e internacional.¹

Se sabe que Latinoamérica existe una desigualdad e inequidad en las oportunidades para formar capital humano avanzado con el grado de doctor, especialmente en las disciplinas asociadas a la Enfermería y Matronería.²

En este contexto, se han desarrollado a la fecha tres programas DINTER patrocinados por universidades de Brasil, en respuesta al llamado de la Organización Panamericana de Salud (OPS) para la creación y desarrollo de programas doctorales en Enfermería en la región de América Latina y el Caribe, en especial en Chile. El compromiso es generar una agenda de trabajo que contemple la consolidación de alianzas nacionales e internacionales para el desarrollo de nuevos programas de doctorado en el territorio nacional.

El primer programa y pionero en Brasil fue el DINTER Internacional EEUSP/EEPUC-Chile que se inició el año 2012. Este programa fue introducido por la Coordinadora de Perfeccionamiento del Personal en la Enseñanza Superior en Brasil (CAPES) con el objetivo de construir conocimiento en diferentes niveles de salud, así como formar profesionales avanzados capaces de detectar y resolver problemas, e igualmente poder contar con una masa crítica de profesionales innovadores y creativos que permitiera a ambas instituciones desarrollar investigación colaborativa y en red.³

Este primer programa finalizó el año 2017, con un egreso de nueve doctoras chilenas. En el año 2021 se sumaron dos nuevos programas, que cursan ya el segundo año de formación, uno es producto de un convenio entre la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo y la Facultad de Enfermería de la Universidad de los Andes, que actualmente cursan diez candidatos a doctores en ciencias, este programa es multiprofesional y abarca diferentes universidades chilenas, formando a enfermeros, matrones y un odontólogo.

Por último, también en su segundo año se encuentra el programa DINTER de la Universidad de Santa Catarina y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Magallanes, en el extremo sur de Chile, mismo que una vez finalizado permitirá contar con diez doctores más para la disciplina de Enfermería.⁴

Para la ejecución de estos programas la CAPES dispone de financiamiento para aquellos proyectos que tienen por objetivo formar a un grupo de estudiantes de postgrado y tienen como requisito que el programa requirente, cuenten con una acreditación de concepto mayor a cinco en el sistema de acreditación brasilero que califica con un máximo de nota 7.⁵

Los programas DINTER en Chile son de modalidad *latto censu*, lo que implica importantes sacrificios de los estudiantes pues no necesariamente han abandonado sus funciones de claustro académico, lo que significa una carga de trabajo adicional que sobrellevar durante al menos cinco años. A pesar de esta realidad que les corresponde vivir, los resultados esperados serán fundamentales, sabiendo que al invertir en sí mismos, aumentan el potencial de sus posibilidades e incrementan su bienestar potenciando el crecimiento y desarrollo de conocimiento disciplinar.

Es una importante tarea y desafío para las instituciones de educación superior en Chile, considerar el compromiso y toma de conciencia por parte de los directivos de las unidades docentes de Enfermería, para sortear los obstáculos de la formación doctoral, en especial por la demanda académica con escaso tiempo necesario para lograr una decantación del grado de doctor y traspasar a nuevos proyectos su nuevo estado.⁶

Estos programas DINTER ya han comenzado a dar frutos con aportes al desarrollo científico y académico, ofreciendo soluciones innovadoras a las brechas ya detectadas. Los profesionales con grado de doctor fortalecerán el conocimiento y la política pública, llegando a ser transformadores en el logro de impactos positivos en el cuidado de las personas y la comunidad.

CONFLICTOS DE INTERÉS: No se presentan

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

ZLS: Conceptualización, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Universidad Federal de Santa Catarina. Proyectos Interinstitucionales. 2023. <https://pgcin.ufsc.br/es/pgcin-minter/>

2. Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Formación doctoral en enfermería en América Latina y el Caribe. Washington, DC. 2017. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34312/OPSHSS17020-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Pimenta CAM, Lagunas LF, Bertolozzi MR, Secoli SR. International Interinstitutional PhD Program in Nursing: a successful experience between Brazil and Chile. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03467. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2019ed0103467>
4. Abertura do semestre 2020.2 e lançamento do Doutorado Internacional em Enfermagem. 2020. <https://ppgenf.posgrad.ufsc.br/2020/12/01/abertura-do-semester-2020-2-e-lancamento-do-doutorado-internacional-em-enfermagem/>
5. Ministério da Educação de Brasil. Funcionamiento de la CAPES. 2023. <https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/bolsas/bolsas-no-pais/programasencerradosnopais/dinter>
6. Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. Doctorado en Enfermería en Chile: Un camino no exento de dificultades. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(3):379-86. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0634.2568>

**LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS FALLAN, CLARO, PERO ¿CON QUÉ FRECUENCIA? SÍNTESIS DE REPORTES DE ESTADOS UNIDOS EL AÑO 2022****MEDICAL DEVICES FAIL, SURE, BUT HOW OFTEN? SYNTHESIS OF REPORTS FROM THE UNITED STATES IN 2022****DISPOSITIVOS MÉDICOS FALHAM, CLARO, MAS COM QUE FREQUÊNCIA? SÍNTESE DOS RELATÓRIOS DOS ESTADOS UNIDOS EM 2022**

Sebastián Lobos Arancibia^{1,2} , **Pablo Reyes**^{1,2} , **Alexis Arriola**^{1,2} ,
Scarlett Lever^{1,2} , **Stéren Chabert**^{1,2,3} 

¹ Escuela de Ingeniería Civil Biomédica. Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

² Certemed-UV. Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

³ Instituto Milenio Intelligent Healthcare Engineering iHealth, Chile

steren.chabert@uv.cl 

Como citar: Lobos Arancibia S, Reyes P, Arriola A, Lever S, Chabert S. Los dispositivos médicos fallan, claro, pero ¿con qué frecuencia? Síntesis de reportes de Estados Unidos el año 2022. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):4-6. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.70426>

Fecha de recepción: 21 de abril del 2023

Fecha de aceptación: 10 de julio del 2023

Fecha de publicación: 18 de julio del 2023

Editora: Denisse Parra-Giordano 

Estimada Editora:

En la actualidad, no queda duda de que la práctica clínica depende en gran medida de las tecnologías. Al mismo tiempo, es sabido que la tecnología no está exenta de dificultades y puede fallar por varias razones, como son los errores de diseño, acompañados del retiro del dispositivo inseguro del mercado de los equipos cuestionados (*recall*), o también envejecimiento de los dispositivos que conducen a desperfectos mecánicos, problemas de baterías u otros – la lista es larga.

La pregunta concreta que queda para el/la usuario/a de los dispositivos médicos es en qué grado poder confiar en el equipamiento que tiene a su alcance, dimensionar la frecuencia de ocurrencia de los desperfectos y su origen. Sin embargo, el tener datos concretos que permitan evaluar la magnitud del problema de manera adecuada no es trivial, y la literatura es numerosa sobre la complejidad de este seguimiento y los distintos abordajes de la tecnovigilancia,¹⁻³ más allá de los informes presentados en Chile por el Instituto de Salud Pública,⁴ o del incipiente observatorio de dispositivos médicos en

Chile.⁵ Algunos sistemas internacionales ofrecen una propuesta muy interesante, dado que sus reportes pueden ser consultados en forma abierta, y así obtener una información precisa, abundante y densa de analizar; el más famoso de ellos es el sistema *Manufacture and User Facility Device Experience* (MAUDE), correspondiente a los eventos adversos reportados a la *Food and Drug Administration* (FDA) en Estados Unidos (EE. UU.).⁶

Queremos aprovechar el presente espacio para poder compartir una síntesis de los reportes de eventos asociados a Dispositivos Médicos (DDMM) en EE. UU. durante el año 2022, para acercarnos a una cuantificación de los problemas asociados a los DDMM. Se obtuvieron en forma automática los informes publicados en el MAUDE, reportes correspondientes a una lista de dispositivos que seleccionamos según su definición de criticidad por el Ministerio de Salud de Chile, como los ventiladores, o su frecuencia de uso en el país, como las camas clínicas. La cantidad de eventos reportados en un año se reporta en la Tabla 1, incluyendo tanto los inconvenientes de mal funcionamiento, los daños y muertes de pacientes.

Tabla 1: Cantidad de reportes asociados a los Dispositivos Médicos indicados en la primera columna, durante el año 2022, en el sistema MAUDE, en EE. UU.

Tipo de Equipo	Malfuncionamiento	Daño a paciente	Muerte de paciente
Categoría: Ventiladores ^a	21993	920	163
Categoría: Desfibriladores ^b	14601	165	190
Categoría: Monitor ^c	1342	206	125
Categoría: Cama ^d	973	149	7

^a Se incluye en esta categoría: Ventilador de Uso Continuo en Instalaciones hospitalarias; Ventilador de Alta Frecuencia; Ventilador de Emergencia Energizado; Ventilador de Uso Continuo de No Soporte Vital; Ventilador de Uso continuo en el hogar; Ventilador de Uso Continuo con Mínimo Soporte Ventilatorio en Instalaciones hospitalarias; Ventilador de Uso Continuo con Mínimo Soporte Ventilatorio en el hogar.

^b Se incluye en esta categoría: Desfibrilador DC de Baja Energía (Hasta 360 J), Desfibrilador Externo Automático (*Non-Wearable*).

^c Se incluye en esta categoría: Monitor Fisiológico de Paciente, Con y Sin Detección De Arritmias Ni/O Alarmas; Monitor de Cabeecera.

^d Se incluye en esta categoría: Cama de hospital ajustable con alimentación de CA, Cama Terapéutica ajustable con alimentación de CA para uso en el hogar.

Fuente: Elaboración propia basada reporte.

Por problema de funcionamiento de equipo, se reportaron 190 fallecimientos asociados a desfibriladores, 163 asociados a equipos de ventilación mecánica, 125 asociados a problemas de monitoreo y 7 por problemas con la cama hospitalaria – 3 de las cuales fuera del contexto hospitalario. Los reportes asociados a ventiladores ascendieron a cerca de 22.000 durante todo el año 2022, con cerca de 1000 pacientes que resultaron con daño producto del malfuncionamiento de estos equipos. Probablemente estamos observando algunos efectos que sean específicos del año 2022, con los *recall* de dispositivos asociados a ventilación, pero nos permite destacar la magnitud de eventos que posiblemente la mayoría de nosotros como profesionales de la salud en Chile no estamos dimensionando a cabalidad, como la cantidad de eventos asociados a desfibriladores, monitores o incluso dispositivos como una cama hospitalaria.

Según la clasificación propia del sistema MAUDE, las causas de eventos que generan mayor letalidad corresponden a problemas asociados al sistema de alarmas, confirmando el tema identificado en instancias anteriores por organismo como la *Emergency Care Research Institute* (ECRI).⁷ Es relevante también subrayar que los decesos asociados a problemas de energización de dispositivos ascienden a 34 en un año en los equipos considerados en esta síntesis. Más allá de los fallecimientos en sí, los reportes del MAUDE reflejan que, en 293 casos de daño generado a paciente, es el estado

del dispositivo que estaba en el origen del problema. Es fundamental insistir en la vigilancia continua de los DDMM, incluyendo su mantención conforme.

Ahora bien, estos datos corresponden a lo reportado el año pasado en un país de un poco más de 333 millones de habitantes, cuando Chile tiene un poco menos de 20 millones de habitantes. No pretendemos aquí hacer una evaluación de la tasa de incidencia de eventos adversos en DDMM, ni una extrapolación directa a lo que debiéramos observar en Chile. Por elaborados que sean, los sistemas de tecnovigilancias y reporte siguen conociendo límites, como lo subraya el mismo MAUDE; más aún, los sistemas de salud de los dos países en cuestión son estructurados de maneras muy diferentes para permitir una extrapolación sencilla. Sin embargo, a través de esta síntesis queremos transmitir una estimación cuantitativa de lo observado en un país donde el acceso al informe de tecnovigilancia es abierto. Es cierto también que presentamos aquí un subconjunto de dispositivos específicos; el tener un listado más largo igualmente sería posible, pero el objetivo de esta comunicación no es buscar la exhaustividad de los reportes en DDMM, sino transmitir una estimación cuantificada de la magnitud de los eventos adversos asociados a dichos DDMM, que creemos mayor a la percepción común de cada usuario. Los programas de mantención y la evaluación cabal del estado de los DDMM son fundamentales para garantizar una atención de salud oportuna, de calidad, y sobre todo que no provoque daños adicionales al paciente.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores no declaran tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

SLA, PR, AA, SL, SC: Concepción y diseño del trabajo, Análisis e interpretación de datos, Revisión crítica del manuscrito, Aprobación de su versión final:

SLA: Recolección/obtención de resultados.

SLA, SC: Redacción del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Polisena J, Gagliardi A, Urbach D, Clifford T, Fiander M. Factors that influence the recognition, reporting and resolution of incidents related to medical devices and other healthcare technologies: a systematic review. *Syst Rev* 2015;4:37. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0028-0>
2. Salazar JW, Redberg RF. Leading the Call for Reform of Medical Device Safety Surveillance. *JAMA Intern Med* 2020;180(2):179-180. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.5170>
3. Pane J, Verhamme KMC, Villegas D, Gamez L, Rebollo I, Sturkenboom MCJM. Challenges Associated with the Safety Signal Detection Process for Medical Devices. *Med Devices (Auckl)* 2021;14:43-57. <https://doi.org/10.2147/MDER.S278868>
4. Instituto de Salud. Ministerio de Salud Chile. Boletines de tecnovigilancia. <https://www.ispch.cl/andid/tecnovigilancia/boletines-de-tecnovigilancia/>.
5. Universidad de Valparaíso Chile. Observatorio de Rendimiento de Dispositivos Médicos <https://observatorioddmm.uv.cl/>
6. U.S. Department of health al human services. FDA. MAUDE - Manufacturer and User Facility Device Experience. <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfmaude/search.cfm>
7. ECRI. Emergency Care Research Institute. <https://www.ecri.org/>

**EL ROL EMERGENTE DE LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN CHILE: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES****THE EMERGING ROLE OF ADVANCED PRACTICE NURSING IN CHILE: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES****O PAPEL EMERGENTE DA ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA NO CHILE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES****Felipe Cortés Leddy** ^{1,2a} ¹ Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile.² Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.^a **Autor de correspondencia:** fcortesleddy@minsal.cl 

Como citar: Cortés Leddy F. El rol emergente de la enfermería de práctica avanzada en Chile: desafíos y oportunidades. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):7-10. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.73476>

Fecha de recepción: 30 de octubre del 2023

Fecha de aceptación: 22 de diciembre del 2023

Fecha de publicación: 31 de diciembre del 2023

Editor: Felipe Machuca-Contreras 

Estimada editora:

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) ha cobrado una especial relevancia a nivel mundial. De igual modo, es motivo de discusión y diálogo en el contexto de salud chileno. Su incorporación concreta en nuestro país se encuentra enmarcada en las complejas y diversas necesidades de una población que ha presentado cambios demográficos caracterizados por un incremento en su esperanza de vida y envejecimiento, sumado a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que traen consigo una alta carga de multimorbilidad y morbimortalidad. Lo anterior ha focalizado diversos esfuerzos por generar una mayor articulación del sistema sanitario con un enfoque integral centrado en la persona.

Si bien la pandemia de *Coronavirus Disease* (COVID-19) y sus consecuencias han permitido relevar, entre otras, la importancia de la incorporación de la EPA en los sistemas de salud mundiales, con especial énfasis en Latinoamérica y el Caribe, la implementación de este nuevo rol profesional en el sistema de salud chileno presenta desafíos y oportunidades que se relacionan con la situación nacional actual.

Escasez de profesionales médicos en Atención Primaria de Salud

En el marco de la oferta y la demanda de prestaciones de salud, el déficit de profesionales médicos en el sistema público chileno y en la Atención Primaria de Salud (APS) es un problema que se ve incrementado por su distribución asimétrica a lo largo del país, lo cual se evidencia mayormente en zonas rurales y remotas del territorio nacional. A pesar de las medidas de fortalecimiento al sistema, la población percibe una crisis en salud caracterizada entre otras por la ausencia de acceso a una atención de salud integral, oportuna, pertinente, continua y centrada en la persona.¹

Formación de Enfermería de Práctica Avanzada en Chile

Chile ha avanzado en la formación de Enfermeras de Práctica Avanzada a través de programas de Magíster en universidades nacionales con enfoque clínico,² en consonancia con la experiencia internacional ante escenarios de escasez médica en el nivel primario de atención y del aumento de la demanda de atención de salud de la población, contando estos profesionales con un mayor nivel de resolutivez. Al respecto, es importante asegurar que estos programas, además de contar con una alta calidad técnica, se encuentren en línea con las necesidades actuales del sistema de salud y la población a atender.

Definición del rol de Enfermeras/os de Práctica Avanzada

Una definición precisa de lo que implica la Enfermería de Práctica Avanzada y quién califica como una/un Enfermera/o de Práctica Avanzada sigue siendo un tema en evolución. Esto también se refleja en Chile, donde se requiere lograr un consenso sólido sobre las funciones y el alcance de estos profesionales, sumado a la necesidad de reconocimiento legal para el ejercicio de este nuevo rol.

Financiamiento y organización del trabajo

Se requiere de un análisis exhaustivo de los sistemas de financiamiento y organización del trabajo para que Enfermeras/os de Práctica Avanzada tengan la posibilidad de desempeñarse de forma coherente y articulada dentro de la red. En Chile, esto significa abordar aspectos regulatorios, financieros y laborales. Se requeriría, entre otras, de una mayor claridad en las normativas para circunscribir su ámbito de acción en el marco de las estrategias ya existentes de fortalecimiento de el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como lo es la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad.³⁻⁴

Liderazgo de enfermería:

Se requiere relevar y fortalecer el rol de liderazgo de enfermería para poder, en caso necesario, alinear las funciones de la EPA con las prioridades políticas del país, trabajando en colaboración con los referentes de la red y tomadores de decisiones.⁵ Al respecto, el Ministerio de Salud cuenta con una Dirección Nacional de Enfermería (DNE), en cuyas funciones se encuentra el desarrollo de la profesión a nivel nacional.

Telemedicina y tecnología en la atención de salud

Las estrategias de telesalud emanadas desde el Nivel Central, a través del Departamento de Salud Digital, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud,⁶ así como diversos avances tecnológicos en la materia y en otros escenarios para brindar soluciones sanitarias integrales a la población, se han vuelto muy relevantes en los últimos años. En este contexto, la capacidad de enfermeras formadas en Práctica Avanzada para adaptarse y utilizar eficazmente la

telesalud y realizar intervenciones de atención remota de forma integral y en todo el curso de vida pudiese contribuir a mejorar el acceso a la atención de salud.

Universalización de la Atención Primaria de Salud

Reforzar la APS es una prioridad nacional y el trabajo actual de su universalización es uno de los pasos fundamentales para el inicio de la transformación del sistema de salud chileno en un Sistema Universal de Salud.⁷ Esta constituye una ventana de oportunidad para, entre otras, repensar la formación de pregrado de profesionales de la salud, priorizando el enfoque en APS y el manejo de enfermedades crónicas, incluyendo el cáncer como prioridad ministerial, además de velar por un enfoque integral centrado en la persona y la transición del cuidado en la red.

Al respecto, la EPA desempeña un rol a evaluar en este contexto, ya que se cuenta con profesionales capacitados de forma especializada que han demostrado a nivel internacional ser costo-efectivos para abordar necesidades y brechas de atención de salud a lo largo del curso de vida de la población, contribuyendo a una atención de calidad y continua en todos los territorios.⁸

La situación de las/os Enfermeras/os de Práctica Avanzada en Chile es un reflejo de los desafíos y oportunidades que enfrenta este rol en el contexto de la atención de salud a nivel mundial. La evidencia sanitaria global ha destacado la importancia de estas profesionales, y su implementación local requiere de un análisis profundo que permita su inserción armónica dentro del sistema sanitario, poniendo a las personas al centro del cuidado.

CONFLICTOS DE INTERÉS: No se presentan

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

FCL: Conceptualización, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición

REFERENCIAS

1. Aguirre-Boza F, Achondo B. Towards universal access to health care: incorporation of advanced practice nurses in primary care. *Rev. méd. Chile* 2016;144(10):1319-1321. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001000011>
2. Aguirre-Boza F, Cerón C, Soto P. Reporte simposio: La enfermería de práctica avanzada como una estrategia para alcanzar el acceso y cobertura universal de salud. ACHIEEN-Universidad de Los Andes-Red de Enfermería de Práctica Avanzada para la APS Chile. Santiago, Chile; 2016. 26 p.
3. Vargas Palavicino I, Barros Rubio X. Marco Operativo: Estrategia De Cuidado Integral Centrado En Las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Primera Edición. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2011. 96p
4. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Primera edición. Washington, DC. 2010: Organización Panamericana de la Salud;2010. 102 p.
5. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L: Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017;30;25:e2826. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>
6. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Departamento de Salud Digital. Departamento de Salud Digital. <https://portalsaluddigital.minsal.cl/>

7. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Universalización de la Atención Primaria de Salud, 2022 <https://www.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>
8. Aguirre-Boza F. El rol de la enfermería de práctica avanzada en atención primaria en Chile. Rev. Med. Clin. Condes 2018;29(3):343-346. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.006>



CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES HACIA LA
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE POSGRADO EN
ENFERMERÍA


KNOWLEDGE, SKILLS, AND ATTITUDES OF POSTGRADUATE NURSING
STUDENTS REGARDING SCIENTIFIC RESEARCH

CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES RELACIONADOS A
PESQUISA CIENTÍFICA DE ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

Mariana Evangelina Campos ¹ , Lorena Miño ¹ 
Carlos Jesús Canova-Barrios ^{2a} 

¹ Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

² Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, Argentina.

^a **Autor de correspondencia:** carlos.canova1993@gmail.com 


Como citar: Campos ME, Miño L, Canova-Barrios CJ. Conocimientos, habilidades y actitudes hacia la investigación científica de estudiantes de posgrado en enfermería. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):11-21. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.71133>

Fecha de recepción: 25 de junio del 2023

Fecha de aceptación: 11 de septiembre del 2023

Fecha de publicación: 13 de septiembre del 2023

Editora: Denisse Parra-Giordano 

Editor: Felipe de La Fuente 

RESUMEN

Objetivo: Describir los conocimientos, habilidades y actitudes hacia la investigación científica de los estudiantes del posgrado en Enfermería en Cuidados Críticos de una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el primer semestre del 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Con una muestra intencional de 43 estudiantes de posgrado de Enfermería. Se implementaron y validaron dos instrumentos diseñados para la autoevaluación de las habilidades investigativas y la evaluación de las percepciones hacia el proceso de enseñanza y aprendizaje de la investigación; durante los meses de marzo a abril del 2023. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial utilizando el software Infostat. Se implementó el consentimiento informado y no se recolectaron datos filiatorios. **Resultados:** Los encuestados tuvieron una media de edad de 34,14 años, y fueron mayormente mujeres, de estado civil solteras, sin hijos, y con 8,98 años de experiencia laboral. El escaso abordaje de la investigación en el plan de estudios y los conocimientos en análisis estadístico, fueron las actitudes y habilidades con peor valoración, mientras, la vinculación de la investigación con la profesión y la interpretación de resultados, fueron las actitudes y habilidades mejor evaluadas. Si bien el 48,84% reportaron haber participado en actividades de investigación, solo el 6,98% han publicado un artículo científico. **Conclusiones:**

Se halló una valoración mayormente positiva hacia la investigación científica, mientras, la autoevaluación de conocimientos y habilidades para investigar fue medianamente adecuada. El sexo, la edad y la antigüedad profesional mostraron relación con los conocimientos y habilidades para investigar.

Palabras clave: Investigación en Enfermería; Educación de Postgrado en Enfermería; Gestión del Conocimiento para la Investigación en Salud; Investigación en Educación en Enfermería.

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge, skills, and attitudes that students of a postgraduate program in Critical Care Nursing at a private institution in the Autonomous City of Buenos Aires have regarding scientific research, in the first semester of 2023. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional, and quantitative study with a purposive sample of 43 postgraduate nursing students. Two instruments were implemented and validated between March and April 2023, designed for the self-assessment of research skills and to evaluate the perceptions of the process of teaching and learning about research. A descriptive and inferential analysis was conducted using the Infostat software. Informed consent was obtained from the participants, and no personal data were collected. **Results:** The mean age of the respondents was 34.14 years, who were in their majority women, single, without children, and had 8.98 years of work experience. The attitudes and skills that received the worst evaluation were the limited approach to research in the curriculum and the knowledge of statistical analysis, while the best evaluated were the link of research to the profession and interpretation of results. Although 48.84% reported participating in research activities, only 6.98% had published a scientific article. **Conclusions:** An overall positive perception of scientific research was found, while the self-assessment of research knowledge and skills was moderately adequate. Gender, age, and professional seniority correlated with the participants' knowledge and skills regarding research.

Keywords: Nursing Research; Education, Nursing, Graduate; Knowledge Management for Health Research; Nursing Education Research.

RESUMO

Objetivo: Descrever os conhecimentos, habilidades e atitudes frente à pesquisa científica de estudantes de pós-graduação em Enfermagem em Cuidados Críticos de uma instituição privada da Cidade Autônoma de Buenos Aires no primeiro semestre de 2023. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo. Com amostra intencional de 43 estudantes de pós-graduação em enfermagem. Foram implementados e validados dois instrumentos concebidos para autoavaliação de competências de investigação e avaliação de percepções relativamente ao processo de ensino e aprendizagem de investigação; durante os meses de março a abril de 2023. Foi realizada análise descritiva e inferencial por meio do software Infostat. O consentimento informado foi implementado e nenhum dado de afiliação foi coletado. **Resultados:** Os entrevistados tinham idade média de 34,14 anos, sendo em sua maioria mulheres, solteiras, sem filhos e com 8,98 anos de experiência profissional. A escassa abordagem da investigação no currículo e os conhecimentos em análise estatística foram as atitudes e competências com pior avaliação; enquanto a ligação da investigação com a profissão e a interpretação dos resultados foram as atitudes e competências mais bem avaliadas. Embora 48,84% tenham relatado ter participado de atividades de pesquisa, apenas 6,98% publicaram um artigo científico. **Conclusões:** Foi encontrada uma avaliação maioritariamente positiva da investigação científica, enquanto a autoavaliação de conhecimentos e competências de investigação foi medianamente adequada. Sexo, idade e antigüidade profissional apresentaram relação com conhecimentos e habilidades de pesquisa.

Palavras-chave: Pesquisa em Enfermagem; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem; Gestão do Conhecimento para a Pesquisa em Saúde; Pesquisa em Educação de Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales enfermeros desempeñan un papel importante en la atención sanitaria, brindando cuidados a los pacientes, familias y comunidades, tanto en la salud como en la enfermedad.¹ La profesión enfermera, ha mutado en su esencia con el pasar del tiempo, pasando de un rol centrado en las tareas, a una disciplina basada en el conocimiento científico, con diversas áreas de injerencia más allá de lo asistencial y que abarcan la gestión de servicios de salud y de Enfermería, la docencia y la investigación, siendo esta última, el área de interés del presente estudio.²

La investigación científica desempeña un papel fundamental en el avance y desarrollo de cualquier disciplina, incluida la Enfermería.³ La investigación científica en Enfermería es esencial para mejorar la calidad de los cuidados y fundamentar las intervenciones y prácticas clínicas, las cuales han de basarse en evidencia sólida, a lo cual se lo refiere a menudo como Enfermería Basada en la Evidencia.⁴ Para lo anterior, se amerita del abordaje y desarrollo de las competencias ligadas a la investigación como la gestión del conocimiento, la producción y publicación de manuscritos científicos y la evaluación de la calidad de los trabajos de investigación.^{5,6}

A menudo, los planes de estudio de las carreras de posgrado en Enfermería se centran en el desarrollo de conocimientos, competencias y/o habilidades orientadas mayormente al eje asistencial, y con una acentuada menor intensidad en el abordaje de las competencias del enfermero investigador. Lo anterior, afecta considerablemente la ejecución del rol del enfermero en este ámbito, lo cual se traduce en dificultades para trasladar los avances de la disciplina hacia los cuidados brindados a los pacientes, y a los otros ejes de desempeño disciplinar.⁷ Los posgraduados de programas como Enfermería en Cuidados Críticos, se desarrollarán en ambientes cambiantes y complejos, lo cual demanda de la incorporación de competencias ligadas a la gestión del conocimiento para asegurar en la medida de lo posible, la prescripción y ejecución de cuidados de calidad al sujeto de atención.

Diversos estudios han mencionado que los graduados, tanto de grado como de posgrado, muestran conocimientos inadecuados en la recolección, gestión y procesamiento de datos y en el uso de softwares estadísticos, también, se han descrito deficiencias en cuanto a la formación en redacción científica y ausencia del hábito de lectura, los cuales conjugados con la alta carga de trabajo asistencial, el poli empleo, las jornadas de trabajo largas y la falta de estímulos para la educación continua y para la realización de investigaciones, generan un panorama complejo, que incide tanto en la imagen que se tiene de la investigación como en las capacidades para realizar actividades ligadas a esta.⁸⁻¹¹

A pesar de la importancia de la investigación científica en Enfermería, existen pocos estudios que hayan evaluado las percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas hacia la investigación de los estudiantes de posgrado en Enfermería en Cuidados Críticos. Comprender las concepciones sobre la investigación y el nivel de desarrollo de competencias asociadas, es crucial para el diseño de actividades de capacitación que propendan por una formación sólida y promover una práctica basada en la evidencia en este ámbito especializado.

Basados en lo anterior, se realizó el presente trabajo con el objetivo de describir los conocimientos, habilidades y actitudes hacia la investigación científica de los estudiantes del posgrado en Enfermería en Cuidados Críticos de una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el primer semestre del 2023.

METODOLOGIA

Estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal. Se incluyó a los estudiantes de un posgrado en Enfermería en Cuidados Críticos de una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina) que se encontraban matriculados en el primer semestre del 2023 y que accedieron de forma voluntaria a participar en el estudio. Se partió de una población de 49 estudiantes a los cuales se les invitó en el marco de sus actividades académicas a participar del estudio, brindándoles información de la investigación y solicitándose un medio de contacto para remisión de los instrumentos y del formulario de consentimiento

informado. Accedieron a participar 43 alumnos (87,75%). El muestreo implementado fue de tipo no probabilístico.

Para la recolección de datos se implementaron dos instrumentos y una batería de preguntas durante los meses de marzo a abril del 2023. Se realizó la validación de constructo por la estimación de la fiabilidad de la consistencia interna de ambos instrumentos con el alfa de Cronbach.

El primero de ellos es una encuesta diseñada por Vera Rivero et al., el cual permite realizar una autoevaluación de los conocimientos y habilidades para investigar por medio del auto reporte y que se halla compuesto por nueve preguntas/habilidades que son valoradas en una escala de Likert de tres adjetivos: adecuado (puntaje 3), medianamente adecuado (puntaje 2) e inadecuado (puntaje 1). Se incluyeron dos preguntas orientadas a la autoevaluación de la habilidad para analizar datos cualitativos y para realizar citas y referencias en formatos APA y Vancouver. Se realizó el cálculo de alfa de Cronbach para la muestra obteniéndose un valor de 0,72 (buena fiabilidad).¹²

El segundo instrumento, fue la encuesta diseñada por Barahona Migueles & Medina el cual explora las percepciones y actitudes hacia el proceso de enseñanza y aprendizaje de la investigación de los estudiantes. Este instrumento se encuentra conformado por 19 preguntas agrupadas en tres dimensiones: Interés personal, Vinculación entre la ciencia, sociedad y la investigación y La investigación científica como una forma de ser. Las preguntas se responden en una escala tipo Likert de 5 adjetivos que van desde “Muy de acuerdo” a “Muy en desacuerdo”, y se asignaron valores entre uno (peor percepción) y cinco (mejor percepción). Se realizó el cálculo de alfa de Cronbach para nuestra muestra obteniéndose un valor de 0,91 (buena fiabilidad).¹³

La recolección de datos se complementó con una batería de preguntas cuyo objetivo era caracterizar sociodemográfica y laboralmente a los encuestados, indagando sobre variables como sexo, edad, estado civil, tenencia de hijos, año de cursado, experiencia en docencia y en actividades de investigación, y antigüedad en la profesión (años transcurridos desde su graduación).

Para la recolección de datos se volcó el instrumento a un formulario de Google y se remitió vía correo electrónico junto con el consentimiento informado. Para el análisis de los datos, se procedió a exportar las encuestas en una base de datos en Microsoft Excel y fueron procesados utilizando el programa Infostat/L. Para las variables cualitativas, se calcularon frecuencias absolutas (n) y relativas (%), mientras, para variables cuantitativas se calculó la mediana (Me) y rango intercuartílico (RIQ). Para el análisis inferencial, se utilizaron test no paramétricos (dado el comportamiento de los datos y el muestreo implementado) como la prueba de U-Mann-Whitney-Wilcoxon, prueba de Kruskal Wallis y el test de correlación de Spearman (rho). Se fijó un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

Se implementó el Consentimiento Informado y no se recolectaron datos personales ni filiatorios de los sujetos como nombres, apellidos, números de documentos, números de matrícula, correo electrónico o cualquier otra información que permitiese filiar al encuestado con el instrumento diligenciado; de ese modo, se aseguró el anonimato. De acuerdo con la legislación argentina vigente el presente constituye un estudio “sin riesgo” dado que es un estudio observacional, de respuesta anónima y que no se recopilaron datos sensibles.^{14,15}

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 43 estudiantes de la carrera de Especialista en Enfermería en Cuidados Críticos del Adulto, con una edad media de 34,14 años (DE: 4,87, rango: 26-44 años), mayormente de sexo femenino (74,42%), de estado civil soltero (55,81%) y sin hijos (51,16%). En cuanto a las variables académicas y laborales, tenían una antigüedad en el ejercicio profesional de 8,98 años (DE: 4,66), eran mayormente de primer año (62,79%), sin experiencia en docencia en nivel superior (69,77%), sin antecedentes de participación en actividades de investigación (51,16%) ni en la publicación de artículos científicos (93,02%) (Tabla 1).

La actitud global hacia el proceso de enseñanza y aprendizaje de la investigación de los encuestados fue mayormente positiva, con una mediana (Me) de 3,47 (RIQ:0,48) de 5. Se identificó una mejor evaluación en los reactivos “la investigación está vinculada con mi carrera” (M:5, RIQ:1) y “aprender a investigar implica utilizar textos adecuados” (Me:5, RIQ:1) situando estas afirmaciones en las categorías “muy de acuerdo” y “de acuerdo”, respectivamente. Por el contrario, obtuvieron medias inferiores los reactivos “en el plan de estudios de mi carrera se aborda ampliamente la investigación” (Me:2, RIQ:0) y “tengo amplios conocimientos en programas estadísticos” (Me:2, RIQ:1), lo cual sitúa estas afirmaciones en la categoría de evaluación “en desacuerdo” (Tabla 2).

No se identificaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las percepciones hacia el proceso de enseñanza y aprendizaje de la investigación con las variables sociodemográficas como edad (p:0,955), sexo (p:0,911), tenencia de hijos (p:0,751) y estado civil (p:0,658); variables académicas como año de cursado (p:0,406), participación en actividades de investigación (p:0,330) y experiencia en publicación de artículos (p:0,999); y variables laborales como antigüedad profesional (p:0,117).

Tabla 1: Caracterización de la muestra, 2023. (n = 43)

Variable	Categoría	n	%
Edad	Media ± DE	34,14 (4,87)	
Sexo	Hombre	11	25,58
	Mujer	32	74,42
	Otro	0	0,00
Estado civil	Soltero(a)	24	55,81
	Casado(a)	11	25,58
	Unión libre	8	18,60
	Divorciado(a)	0	0,00
	Viudo(a)	0	0,00
Tenencia de hijos	Si	21	48,84
	No	22	51,16
Año académico	Primero	27	62,79
	Segundo	16	37,21
Experiencia en docencia (nivel superior)	Si	13	30,23
	No	30	69,77
Participación en actividades de investigación	Si, he participado	20	46,51
	Si, participo actualmente	1	2,33
	No, no he participado	22	51,16
Experiencia en publicación de artículos científicos	Si	3	6,98
	No	40	93,02
Antigüedad profesional	Media ± DE	8,98 (4,66)	
Total		43	100,00

Fuente: Elaboración propia.

Al realizar el análisis de la autoevaluación de los conocimientos y habilidades para investigar se encontró una mejor autoevaluación en los ítems “La presentación de los informes finales con el empleo de las TIC (ejemplo, PowerPoint, Canva, etc)” y “La interpretación y discusión de los resultados que se presentan en tablas y gráficos” con un 37,21% de la muestra autoevaluando sus conocimientos como adecuados. Por otro lado, se encontró que los conocimientos y habilidades para “el análisis y procesamiento de la información a través de las diferentes técnicas estadísticas” y “la selección, elaboración y aplicación de métodos, técnicas e instrumentos” fueron las peor evaluadas con tan solo un 20,93% de los encuestados evaluándolas como adecuadas (Tabla 3).

Tabla 2: Percepciones hacia el proceso de enseñanza y aprendizaje de la investigación de los estudiantes, 2023. (n = 43)

Actitud	Me (RIQ)	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni acuerdo, ni en desacuerdo		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Me gusta la investigación científica	4 (1)	8	18,60	20	46,51	12	27,91	2	4,65	1	2,33
Aprender a investigar requiere que me prepare más	5 (1)	23	53,49	17	39,53	2	4,65	0	0,00	1	2,33
Me interesa aprender a investigar	4 (1)	15	34,88	20	46,51	7	16,28	0	0,00	1	2,33
Aprender a investigar requiere disciplina	4 (1)	21	48,84	21	48,84	0	0,00	0	0,00	1	2,33
Me gustaría realizar investigaciones o participar en proyectos de investigación en mi carrera	4 (1)	12	27,91	23	53,49	7	16,28	0	0,00	1	2,33
El enseñar a investigar en las universidades no es importante para la sociedad	4 (1)	5	11,63	5	11,63	0	0,00	12	27,91	21	48,84
La investigación no contribuye a generar nuevos conocimientos	5 (1)	3	6,98	0	0,00	2	4,65	14	32,56	24	55,81
La investigación está vinculada con mi carrera	5 (1)	26	60,47	15	34,88	1	2,33	0	0,00	1	2,33
En el plan de estudios de mi carrera se aborda ampliamente la investigación	2 (0)	10	23,26	29	67,44	3	6,98	0	0,00	1	2,33
Aprender a investigar implica utilizar textos adecuados	5 (1)	25	58,14	16	37,21	1	2,33	0	0,00	1	2,33
Tengo amplios conocimientos sobre metodologías de investigación	3 (1)	2	4,65	6	13,95	22	51,16	11	25,58	2	4,65
Me gusta más estudiar los temas de mi carrera que investigar	2 (1)	7	16,28	19	44,19	13	30,23	2	4,65	2	4,65
La experiencia en investigación no es necesaria para trabajar	4 (1)	4	9,30	4	9,30	9	20,93	17	39,53	9	20,93
Mi compromiso es conocer ligeramente la metodología de investigación	3 (2)	2	4,65	15	34,88	13	30,23	8	18,60	5	11,63
Tengo amplios conocimientos en programas estadísticos	2 (1)	1	2,33	3	6,98	13	30,23	19	44,19	7	16,28
Tengo la facilidad para investigar	3 (2)	3	6,98	8	18,60	14	32,56	15	34,88	3	6,98
Los estudiantes adquirimos las competencias investigativas necesarias durante las clases de investigación	3 (1)	5	11,63	13	30,23	18	41,86	7	16,28	0	0,00
En las clases de investigación se logra que el aprendizaje de investigación sea integral	4 (1)	7	16,28	22	51,16	12	27,91	1	2,33	1	2,33
Me considero un investigador	2 (1)	2	4,65	6	13,95	11	25,58	15	34,88	9	20,93

Fuente: Elaboración propia.

En el análisis inferencial, no se identificó relación entre el año de cursado, experiencia en docencia, experiencia en la publicación de artículos científicos y la participación en trabajos y/o actividades de investigación con la autoevaluación de los conocimientos y habilidades para investigar. Se identificó en los encuestados de género masculino una mejor autoevaluación en este eje (2,42 vs 2,01, p:0,015), y una correlación negativa en las variables edad (ρ :-0,35, p:0,021) y antigüedad profesional (ρ :-0,45, p:0,002), de modo, que a menor edad y menor antigüedad en la profesión, mejor autoevaluación de los conocimientos y las habilidades para investigar.

La valoración positiva de los conocimientos sobre metodología de la investigación (ρ :0,32, p:0,036), en el uso de programas estadísticos (ρ :0,30, p:0,054) y la consideración de sí mismos como un investigador (ρ :0,35, p:0,022), obtuvo una correlación positiva con los conocimientos y habilidades para investigar.

Tabla 3: Autoevaluación de los conocimientos y habilidades para investigar, 2023. (n = 43)

Conocimientos y habilidades para investigar	Adecuada		Medianamente adecuada		Inadecuada	
	n	%	n	%	n	%
El empleo de catálogos, libros de descriptores y elaboración de fichas bibliográficas	12	27,91	23	53,49	8	18,60
La formulación de un problema científico, objetivos investigativos e hipótesis de investigación, a partir de un problema de salud	11	25,58	23	53,49	9	20,93
La selección de la población, la muestra y el tipo de muestreo a emplear	14	32,56	26	60,47	3	6,98
La selección, elaboración y aplicación de métodos, técnicas e instrumentos	9	20,93	25	58,14	9	20,93
El análisis y procesamiento de la información a través de las diferentes técnicas estadísticas	9	20,93	25	58,14	9	20,93
El procesamiento y análisis de datos cualitativos	10	23,26	25	58,14	8	18,60
La interpretación y discusión de los resultados que se presentan en tablas y gráficos	16	37,21	22	51,16	5	11,63
La elaboración de conclusiones y recomendaciones	14	32,56	23	53,49	6	13,95
La elaboración de informes finales de investigación	14	32,56	22	51,16	7	16,28
La presentación de los informes finales con el empleo de las TIC (ejemplo, PowerPoint, Canva, etc)	16	37,21	20	46,51	7	16,28
La realización de citas y referencias siguiendo las normativas APA y Vancouver	15	34,88	13	30,23	15	34,88

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los profesionales de la Enfermería nos hemos familiarizado a lo largo de los años con la investigación evidenciándose un aumento en la cantidad de estudios publicados, en el compromiso creciente de las instituciones educativas por formar investigadores competentes y propender por el desarrollo de estudios conducidos por docentes y con participación de alumnos. En el caso de Argentina, lo anterior, se ha traducido en un aumento en la cantidad de horas asignadas a la investigación en los planes de estudio de la formación de grado, en la cual alcanza un 10,31% de la carga horaria mínima total de la carrera, el desarrollo de los contenidos de investigación, además, que la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) evalúa la cantidad, calidad e impacto de los

productos (artículos y trabajos finales de grado) de los docentes y estudiantes de las carreras de Enfermería en el marco de la acreditación.¹⁶

En el posgrado, no se ha detallado la carga horaria que debe destinarse a la formación en investigación, sin embargo, si se identifica como obligatorio que los estudiantes culminen su tramo formativo con la presentación de un trabajo final que integre habilidades de investigación básicas (búsqueda de información, sistematización, redacción científica, citación, entre otras).¹⁷

Diversos estudios han identificado una relación entre la participación en la formación de posgrados con el desarrollo profesional y una búsqueda de aumentar la calidad de los cuidados brindados a los pacientes.¹⁸ Estos aspectos se relacionan además con el desarrollo de competencias profesionales que se orientan a la jerarquización de la profesión y la búsqueda de mejoramiento continuo, las cuales están presentes en el ámbito de la investigación en salud.¹⁹

Un estudio realizado en Lima (Perú) con una muestra de 145 estudiantes de Enfermería, identificó que en su mayoría estos percibían medianamente favorable la inclusión de la investigación en el plan de estudios y de las habilidades de investigación logradas.²⁰ En el presente trabajo, se identificó una percepción positiva sobre la investigación en salud, representada en que la creencia de que la investigación se encuentra vinculada con la carrera con la media más alta de las actitudes hacia la investigación siendo superior al estudio anteriormente mencionado. Esta diferencia puede estar relacionada con los distintos perfiles de estudiantes encuestados, de grado y de posgrado, identificando una vinculación más clara estos últimos con el desarrollo de las habilidades profesionales.

En cuanto a la relación entre la edad y la antigüedad profesional con las actitudes hacia la investigación, si bien no se identificaron estudios que describieran hallazgos similares en estudiantes de posgrado, la relación puede explicarse dado que los encuestados más jóvenes (más recientemente graduados y con menor experiencia profesional) son graduados de planes de estudio más recientes que involucran un mayor desarrollo de las competencias de investigación y que destinan mayor carga horaria a las asignaturas relacionadas, a su vez, los estudiantes de Enfermería más jóvenes suelen ser más hábiles en el uso de la tecnología y pueden haber crecido en una era en la que las plataformas digitales y los recursos en línea desempeñan un papel importante en la difusión de la investigación. Esta familiaridad con la tecnología puede influir positivamente en su percepción sobre la investigación científica y de su capacidad para realizar actividades relacionadas. Mientras, respecto a la antigüedad laboral, se ha descrito que los profesionales que han estado expuestos más tiempo a entornos de atención médica reconocen el valor de la investigación como parte del proceso de atención de calidad de los pacientes, sin embargo, dada la ausencia de participación en actividades relacionadas y el tiempo transcurrido desde la formación de grado, la autoevaluación de sus conocimientos y habilidades para investigar muestra un marcado deterioro.²¹

Se destaca que, en el presente trabajo, la experiencia en la publicación de manuscritos científicos fue baja, coincidiendo otros antecedentes en los cuales menos de una décima parte de los estudiantes han colaborado en la menos un trabajo de investigación.²² Asimismo, si bien no se identificó relación entre el año del plan de estudios del alumno y la autoevaluación de las habilidades para investigar, diversos trabajos han descrito un mejoramiento en las habilidades para escribir textos usando terminología académico-profesional, el diseño y desarrollo de proyectos de investigación, el mentoreo y la participación en organizaciones profesionales.²³

Algunos trabajos como el de Ochoa-Vigo et al., en el cual se incluyó una muestra de 556 estudiantes de Enfermería, identificó una relación estadística entre las percepciones y las actitudes hacia la investigación. En nuestro estudio, no se halló relación entre los elementos mencionados, posiblemente relacionado con el tamaño muestral bajo que afecta la potencia de las pruebas estadísticas.²⁴

Resulta interesante el hallazgo de la estadística como área identificada como deficitaria tanto en las actitudes hacia la investigación como en la autoevaluación de las habilidades para investigar, en las cuales, se percibe un bajo conocimiento en el análisis y procesamiento de la información y en el uso de herramientas para el análisis de datos. Estos hallazgos coinciden con diversos estudios que han detallado que los enfermeros graduados y posgraduados, muestran desconocimientos en torno a la gestión, recolección y procesamiento de datos, uso de softwares estadísticos, y que la estadística se vincula con sentimientos de odio, pánico, ansiedad y miedo.^{11,17,25-27}

El abordaje de la investigación en el plan de estudios es un elemento identificado como deficitario por los encuestados, lo cual se traduce, en que se percibe que los contenidos abordados en la carrera son insuficientes. Este resultado se ha detallado en otros trabajos de investigación como el de Magariño-Abreus et al., quienes en su estudio identificaron que una cuarta parte de los encuestados (n:91) consideran la necesidad de incrementar la cantidad de cursos de metodología de la investigación ofrecidos en la carrera.²⁸

Como limitaciones, puede mencionarse el hecho de trabajar con un bajo tamaño muestral y la aplicación de un muestreo no probabilístico, lo cual puede afectar la representatividad y extrapolación de los hallazgos. Pese a lo anterior, el trabajo contribuye con la comprensión de la problemática e identifica áreas de interés para las instituciones que buscan el desarrollo de las competencias de investigación en sus graduados.

CONCLUSIONES

Se halló una valoración mayormente positiva hacia la investigación científica, la cual no mostró relación con las variables sociodemográficas, laborales ni académicas. El abordaje de la investigación en el plan de estudios de la carrera y los conocimientos en el uso de programas estadísticos, fueron los aspectos con peor valoración.

En cuanto a la autoevaluación de conocimientos y habilidades para investigar, se encontró una valoración caracterizada como “medianamente adecuada”, con dificultades reportadas en la realización de citas y referencias, y en el análisis y el análisis y procesamiento de la información a través de técnicas estadísticas. El sexo, la edad y la antigüedad profesional mostraron relación con los conocimientos y habilidades para investigar.

Resulta importante destacar que, si bien el 48,84% reportaron haber participado en actividades de investigación, solo el 6,98% han publicado un artículo científico. Las actitudes hacia la investigación científica y la autoevaluación de conocimientos y habilidades para investigar no mostraron relación estadística.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores no declaran tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

CME, ML, CBCJ: Concepción y análisis formal de datos, Redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final.

CME, ML: Recolección/obtención de resultados, investigación, metodología y recursos.

CME: Administración del proyecto y supervisión.

CBCJ: Curación de datos, validación.

REFERENCIAS

1. Ley 24004. Ley del Ejercicio de la Enfermería. Boletín Oficial del Estado, Argentina, 1991. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403/texto>

2. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. *Rev Med Clin Las Condes.* 2018;29(3):301-310. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.007>
3. Chen Q, Sun M, Tang S, Castro AR. Research capacity in nursing: a concept analysis based on a scoping review. *BMJ Open.* 2019;9(11):e032356. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032356>
4. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2030-2038. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
5. Martínez Abreu J. La revisión de los artículos científicos como procedimiento esencial para lograr calidad en la comunicación científica. *Rev Med Electrón.* 2014;36(1):60-74. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n1/tema07.pdf>
6. Zarate SJ, Rueda-Santamaría L, Cañón-Montañez W. Rol del profesional de enfermería en la investigación clínica. *Rev Cuid.* 2011;2(1):246-249. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.66>
7. Benitez J. La importancia de la investigación en enfermería. *Enferm Investig.* 2020;5(1):1-2. <https://doi.org/10.29033/enferm.%20investig..v5i1.826>
8. Gonzalez-Argote J, Lepez CO. Estrategias para elevar los estándares de calidad, normalización, visibilidad e impacto científico de la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería. *Salud, Ciencia y Tecnología.* 2022;2:47. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202247>
9. Bahadori M, Raadabadi M, Ravangard R, Mahaki B. The barriers to the application of the research findings from the nurses' perspective: A case study in a teaching hospital. *J Educ Health Promot.* 2016;5:14. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.184553>
10. Naranjo-Hernández Y, González-Bernal R. Investigación cualitativa, un instrumento para el desarrollo de la ciencia de enfermería. *Arch méd Camagüey.* 2021;25(3):e7324. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v25n3/1025-0255-amc-25-03-e7324.pdf>
11. Carreño Moreno S, Mayorga Álvarez JH. Pensamiento estadístico: herramienta para el desarrollo de la enfermería como ciencia. *Av Enferm.* 2017;35(3):345-356. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n3.62684>
12. Vera-Rivero DA, Chirino-Sánchez L, Ferrer Orozco L, Blanco Barbeito N, Amechazurra Oliva M, Machado Caraballo DL, Moreno Rodríguez K. Autoevaluación de habilidades investigativas en alumnos ayudantes de una universidad médica de Cuba. *Educ Medica.* 2021;22(1):20-26. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.11.009>
13. Barahona Migueles J, & Medina E. Percepción de los docentes y estudiantes hacia el proceso enseñanza-aprendizaje de la investigación en la Facultad de Ingeniería, Ciudad Universitaria, 2014. *Portal de la Ciencia.* 2015;8(0):77-91. <https://doi.org/10.5377/pc.v8i0.2160>
14. Resolución 1480. Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Ministerio de Salud, 2011. http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/resolucion_1480-2011.pdf
15. Canova Barrios CJ. Aspectos éticos en la publicación de manuscritos científicos: Una revisión de literatura. *Salud, Ciencia y Tecnología.* 2022;2:81. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202281>
16. Resolución Ministerial 2721/15. Contenidos curriculares básicos, carga horaria mínima, criterios de intensidad de formación práctica y estándares para la acreditación de la carrera de Licenciatura en Enfermería, 2015. <https://www.coneau.gob.ar/archivos/Resolucion-ministerial-Enfermeria-2721-15.pdf>
17. Canova-Barrios CJ, Lepez CO, Manzitto G, Ortigoza A. La investigación y la publicación científica en enfermería en Argentina. *Data & Metadata.* 2022;1:27. <https://doi.org/10.56294/dm202235>
18. Ríos NB, Mosca AM. Influencia de factores personales, profesionales y motivacionales en la participación de enfermeros en educación continua. *Salud, Ciencia y Tecnología.* 2022;2:93. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202293>

19. Vélez Vélez E. Investigación en Enfermería, fundamento de la disciplina. *Rev Adm Sanit.* 2009;7(2):341-356. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-investigacion-enfermeria-fundamento-disciplina-13139769>
20. Rivas Diaz LH, Loli Ponce RA, Quiroz Vásquez MF. Percepción de estudiantes de enfermería sobre la investigación formativa en el pregrado. *Rev Cubana Enferm.* 2020;36(3):e3486. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3486>
21. Tíscar González V. Percepción de la práctica de enfermería basada en la evidencia de estudiantes de un master de investigación. 2015;9(2). <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200005>
22. Castro Rodríguez Y, Sihuay-Torres K, Pérez-Jiménez V. Producción científica y percepción de la investigación por estudiantes de odontología. *Educ Med.* 2018;19(1):19-22. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.11.001>
23. Pelletier D, Donoghue J, Duffield C, Adams A. Nurses' perceptions of their professional growth on completion of two years of postgraduate education. *Aust J Adv Nurs.* 1998;16(2):26-35.
24. Ochoa-Vigo K, Bello Vidal C, Villanueva Benites ME, Ruiz-Garay MI, Manrique Borjas GA. Percepción y actitud del universitario de enfermería sobre su formación en investigación. *Rev Med Hered.* 2016;27(4):204-215. <http://doi.org/10.20453/rmh.v27i4.2989>
25. DiBartolo MC, Salimian FM, Kotteman JE, DiBartolo GR. Engaging baccalaureate nursing students in statistics. *Nurse Educ.* 2012;37(4):145-146. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31825a87ff>
26. Aranguiz Bravo C. Integración curricular de habilidades investigativas en enfermería: análisis de una universidad privada chilena. *Rev Chil Enferm.* 2023;5(1):34-45. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.68769>
27. Epstein I, Santa Mina EE, Gaudet J, Singh MD, Gula T. Teaching statistics to undergraduate nursing students: an integrative review to inform our pedagogy. *International Journal of Nursing Education Scholarship.* 2011;8(1):1-15. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.2234>
28. Magariño-Abreus L, Echevarría-Regojo L, Rivero-Morey RJ, Ramos-Rangel Y. Percepción sobre investigación científica en estudiantes de estomatología. *Universidad Médica Pinareña.* 2021;17(2):1-12. <https://www.redalyc.org/journal/6382/638268499009/html/>



**FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD DE ADULTOS Y PERSONAS
MAYORES POR COVID-19 EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO:
ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO**


**FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY DUE TO COVID-19 IN ADULTS
AND OLDER PEOPLE IN A PUBLIC HOSPITAL IN CHILE:
A RETROSPECTIVE COHORT STUDY**

**FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE EM ADULTOS E IDOSOS POR
COVID19 EM UM HOSPITAL PÚBLICO CHILENO:
ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO**

Camila Cortez Ahumada^{1a} , **Gloria Pino Quintanilla**² 

¹ Hospital Biprovincial Quillota-Petorca.

² Universidad de Valparaíso.

^a **Autor de correspondencia:** camila.cortez14@gmail.com 

Como citar: Cortez Ahumada C, Pino Quintanilla G. Factores asociados a mortalidad de adultos y personas mayores por covid-19 en un hospital público chileno: estudio de cohorte retrospectivo. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):22-32. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.71282>

Fecha de recepción: 6 de julio del 2023

Fecha de aceptación: 11 de octubre del 2023

Fecha de publicación: 26 de octubre del 2023

Editora: María Angélica Saldías Fernández 

RESUMEN

Introducción: Los factores de riesgos asociados a la mortalidad por COVID-19 están siendo estudiados en múltiples países dado el impacto de la pandemia alrededor del mundo. Si bien, en Chile hay investigaciones relacionadas con la enfermedad, aún son escasos los estudios que hayan expuesto cuáles son los factores de riesgo que se podrían asociar a la mortalidad por COVID-19 en personas que fueron hospitalizadas por esta patología. **Objetivo:** Determinar cuáles son los factores de riesgo que podrían incidir en la mortalidad en personas que fueron hospitalizadas por COVID-19 en el Hospital de Quillota. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyó a la totalidad de pacientes adultos con diagnóstico principal de hospitalización por COVID-19 durante el año 2020 y el primer semestre del año 2021. Se midieron cinco factores de riesgo: edad mayor a 60 años, sexo hombre, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. **Resultados:** La muestra estudiada

fue de 428 sujetos. 50,7% personas mayores de 60 años, 56% hombres y 63,4% presentaba alguna comorbilidad. La letalidad hospitalaria fue de un 26,6%. Las personas mayores de 60 años tuvieron un 40% de riesgo de fallecer y a su vez, tendrían 3 veces más riesgo de fallecer en relación con los menores de 60 años. No se mostró una asociación estadística significativa para afirmar que los otros factores estudiados constituyeran un riesgo de muerte. **Conclusiones:** Se identificó que la edad mayor a 60 años es un factor de riesgo que podría incidir en la mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19.

Palabras claves: COVID-19; Mortalidad; Factores de Riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Many countries are studying the risk factors associated with death in patients with COVID-19, due to the impact that the SARS-CoV-2 pandemic has had globally. Although there are several studies on this disease in our country, research that explores the risk factors associated with COVID-19-related mortality in people who were hospitalized for this pathology is scarce. **Objective:** To determine the risk factors that could influence mortality in patients who were hospitalized for COVID-19 in Hospital de Quillota. **Methods:** Retrospective cohort study. All adult patients hospitalized with a main diagnosis of COVID-19 during 2020 and the first semester of 2021 were included. Five risk factors were analyzed: age over 60 years, male gender, high blood pressure, type 2 diabetes, and obesity. **Results:** The sample consisted of 428 subjects, with a mean age of 58.8 years, where 50.7% were older than 60 years, 56% were men, and 63.4% presented some comorbidity. Hospital fatality was 26.6%. People over 60 years of age had a 40% risk of mortality, with 3 times more risk of death than those younger than 60 years. No significant statistical relationship was observed between the remaining factors and the risk of death. **Conclusion:** It was found that age greater than 60 years is a risk factor that could influence mortality in patients hospitalized for COVID-19.

Keywords: COVID-19; Mortality; Risk Factors.

RESUMO

Introdução: Os fatores de risco associados à mortalidade por COVID-19 estão sendo estudados em vários países, devido ao impacto da pandemia de SARS-CoV-2 em todo o mundo. Apesar de, em nosso meio, existirem diversas investigações relacionadas à doença, ainda são poucos os estudos que expuseram os fatores de risco que poderiam estar associados à mortalidade por COVID-19 em pessoas que foram hospitalizadas por esta patologia. **Objetivo:** Determinar quais são os fatores de risco que podem afetar a mortalidade em pacientes hospitalizados por COVID-19 no Hospital de Quillota. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo. Foram incluídos todos os pacientes adultos com diagnóstico primário de internação por COVID-19 durante 2020 e primeiro semestre de 2021. Foram medidos 5 fatores de risco: idade acima de 60 anos, sexo masculino, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade. **Resultados:** A amostra estudada foi de 428 sujeitos. 50,7% eram pessoas com mais de 60 anos, 56% homens e 63,4% apresentavam alguma comorbidade. A mortalidade hospitalar foi de 26,6%. Pessoas com mais de 60 anos tinham 40% de risco de morrer e, por sua vez, teriam 3 vezes mais risco de morrer em relação aos menores de 60 anos. Nenhuma associação estatística significativa foi mostrada para confirmar que os outros fatores estudados constituíam risco de morte. **Conclusões:** Identificou-se que a idade acima de 60 anos é um fator de risco que pode afetar a mortalidade em pacientes internados por COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19; Mortalidade; Fatores de Risco.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) como una enfermedad causada por un nuevo coronavirus llamado Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2). Este organismo tuvo noticia por primera vez de la existencia del virus el 31 de diciembre del 2019, al ser informada de un grupo de casos de neumonía vírica que se habían declarado en Wuhan, China.¹ Este agente infeccioso puede generar desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como la Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave.²

En Chile, el Ministerio de Salud confirma el primer caso de COVID-19 el 3 de marzo del 2020, cuando una persona de 33 años llega al país luego de haber viajado al sudeste asiático, específicamente a Singapur, país que se encontraba con brote de la enfermedad.³ Durante el mismo mes, el 11 de marzo del 2020, la OMS determina que la enfermedad por COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia.⁴ De acá en adelante, en el mundo entero se han reportado, hasta mediados del 2023, más de 750 millones de casos de la enfermedad, llegando a una cifra que supera a los 6 millones de defunciones.⁵

En nuestro país, se han reportado miles de casos que hasta el segundo mes del 2023 ascienden a más de cinco millones de personas confirmadas con la enfermedad, en donde lo más preocupante ha sido sin lugar a duda el número de fallecidos, que supera los 60 mil casos confirmados de muertes causadas por COVID-19, siendo la primera causa de muerte durante el año 2020.⁶⁻⁷

El Coronavirus del tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS- CoV- 2) tiene una alta capacidad de propagación, por lo que toda la población es susceptible a enfermar, pero la mayoría de las personas que desarrollan la enfermedad manifiestan síntomas leves, y solo un 15% aproximadamente, evoluciona a una patología grave que requiere hospitalización y el 5% requiere ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).¹

Las hospitalizaciones por causa COVID-19 en Chile generaron una alta demanda de atención de salud por parte de los establecimientos de atención cerrada, que afectó principalmente a las unidades de emergencia y UCI, en donde incluso, la ocupación de camas UCI a nivel nacional llegó al 97% durante el 2021.⁸ De esta enfermedad, ya se han reportado, hasta principios del 2023, más de 200 mil personas que han requerido hospitalización, en donde las tasas de incidencia más altas de casos por COVID-19 notificados en personas hospitalizadas corresponde a los grupos mayores de 60 años y las comorbilidades que están más presentes en los pacientes hospitalizados son la hipertensión, la diabetes y la obesidad.⁹

Toda la población es susceptible a enfermar de COVID-19, sin embargo, destaca que personas de edad avanzada y/o con comorbilidades crónicas pueden ser más susceptibles a presentar manifestaciones más graves de la enfermedad.¹⁰ En este contexto, existen varios estudios internacionales que afirman la edad sería un factor asociado a un mayor riesgo de muerte en pacientes hospitalizados por COVID-19, ya que, a mayor edad, las personas tendrían más riesgo de desarrollar una condición crítica o mortal.¹¹⁻¹³ Otros estudios indican que además de la edad, comorbilidades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad también serían componentes que contribuyen a incrementar el riesgo de muerte.¹⁴⁻¹⁸ Asimismo, algunas investigaciones describen que otras características como el sexo masculino, igualmente podrían asociarse a un mayor riesgo de mortalidad por COVID-19.¹⁹⁻²¹

En Chile, también se han elaborado investigaciones en relación con esta temática. Un estudio realizado en la clínica Indisa de Santiago, indicó que los factores de riesgos independientes de morir en pacientes hospitalizados por COVID-19 fueron la edad y la diabetes, entre otros.²² Otro estudio nacional realizado en pacientes con infección aguda por SARS-CoV-2 concluyó que los principales

predictores de hospitalización y admisión en la unidad de cuidados críticos fueron la edad y enfermedades preexistentes, especialmente la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad, enfermedad neurológica crónica, inmunosupresión y depresión.²³

A pesar de esta valiosa información, existen escasos datos disponibles en Chile sobre las comorbilidades presentes en los pacientes fallecidos por COVID -19, y sobre otros factores que pudieran estar asociados. En base a lo expuesto, este estudio tuvo por objetivo determinar cuáles son los factores de riesgo que podrían incidir en la mortalidad en personas que fueron hospitalizadas por COVID-19 en un hospital público Chileno.

METODOLOGIA

El estudio corresponde a una cohorte retrospectiva de análisis secundario de información.

Esta investigación se realizó en el Hospital San Martín de Quillota, un hospital público de alta complejidad de la quinta región que atiende a la población de 12 comunas de la zona, en donde los beneficiarios son aproximadamente 310 mil habitantes.²⁴

La población de estudio corresponde a 763 que fueron hospitalizados. En cuanto a la definición de muestra, para fines de este estudio, se realizó un muestreo intencional, con la finalidad de que participaran todas las personas que fueron hospitalizadas con diagnóstico COVID-19 durante el 29 de marzo del año 2020 (fecha del primer caso recibido) y hasta el 30 de junio del 2021 y que cumplieron con los siguientes criterios de elegibilidad:

- Criterios de inclusión: Personas hospitalizadas que tienen como diagnóstico principal la enfermedad por COVID-19, que cumplen con la definición de caso confirmado establecida por el MINSAL²⁵ y con una edad mayor a 18 años.
- Criterios de exclusión: Personas que enfermaron de COVID-19 durante su hospitalización, pacientes hospitalizados por COVID-19 que fueron derivados a otros centros, ya sean de la red pública o privada de salud y pacientes que fueron hospitalizados por otro diagnóstico y además presentaban COVID-19.

En cuanto a las variables se reconoce la variable independiente como los factores de riesgo a estudiar, y la variable dependiente las personas fallecidas por COVID-19 durante su hospitalización.

Los Factores de riesgo contemplados para este estudio fueron: a) sexo hombre, b) edad mayor a 60 años, c) antecedentes de hipertensión arterial, d) antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, y e) antecedente de obesidad. Los dos primeros factores, se definieron como la presencia de características personales y los tres posteriores, como los antecedentes de salud presentes en la historia clínica, todos factores que pudieran afectar negativamente en el progreso de la enfermedad por COVID-19.

Se estableció la hipótesis de investigación como el sexo masculino, la edad mayor a 60 años, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad son factores de riesgo que podrían incidir en la mortalidad en personas que fueron hospitalizadas por COVID-19 en el periodo de estudio.

Referente a la recolección de datos se accedió a una base de datos Excel anonimizada, realizada por la jefa de la unidad de Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) del Hospital. Esta base de datos incluía los factores de riesgo a estudiar. Posteriormente, se realizó la revisión de esta planilla Excel con los datos ya anonimizados, para finalmente realizar una nueva planilla únicamente con los datos de interés para este estudio.

En el procesamiento y análisis de datos, las estadísticas descriptivas de las variables categóricas incluyeron el análisis de frecuencias y porcentajes, y promedio más desviación estándar para las variables continuas. Dada la alta presencia de variables tipo categóricas, las comparaciones bivariadas

se realizaron mediante el test de Chi-cuadrado, debido a su capacidad para analizar la asociación entre variables de este tipo. Por otra parte, se utilizó el de test de Fisher para determinar la existencia de una asociación significativa entre dos variables categóricas específicas con frecuencias bajas en las celdas de su respectiva tabla de contingencia, ya que ofrece una aproximación más exacta y confiable en tales escenarios. Dado el análisis de variables categóricas, corresponde utilizar tales pruebas, las cuales no operan bajo de supuestos de normalidad de ajuste.

Se utilizaron modelos de regresión logística binaria para analizar la asociación entre las variables independientes y la variable dependiente. Para este estudio se utilizaron medidas de efecto, ya que permiten cuantificar discrepancias en la ocurrencia del evento de interés en grupos que difieren en la presencia o no de cierta característica. Estas fueron el riesgo absoluto (RA), que permite obtener la probabilidad de desarrollar el evento de interés en un determinado tiempo y el riesgo relativo (RR), que representa la fuerza de la asociación entre exposición y el evento de interés, en este caso, indicando la probabilidad que se desarrolle el fallecimiento en las personas expuestas a un factor de riesgo, en relación con el grupo de los no expuestos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$, con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa STATA®.

Respetando las consideraciones éticas el estudio se realizó cumpliendo los criterios de la declaración de Helsinki, asimismo, este estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, acta N° 21/2021, y con la autorización por parte del Dirección del Hospital de Quillota.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

En el periodo de estudio fueron atendidos un total de 763 personas con la enfermedad de COVID-19, de los cuales se excluyeron 335 pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, quedando constituida la muestra por un total de 428 personas.

La Tabla 1 muestra las principales características personales y las comorbilidades de las personas estudiadas. La mayoría correspondían a personas mayores de 60 años y de sexo hombres. La Hipertensión arterial fue la comorbilidad más presente. La letalidad hospitalaria de la cohorte fue de 26,6%. En pacientes con hipertensión arterial fue de un 32,8%, disminuyendo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad con un 23,2% y 18,5% respectivamente.

La Tabla 2 muestra los porcentajes de las comorbilidades estudiadas en esta investigación presentes en los pacientes fallecidos. La hipertensión arterial fue la enfermedad más predominante en este grupo, con un 56,1% al contrario de la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad, en donde fallecieron más pacientes que no presentaron esta patología, en comparación a quienes sí. Otras patologías no fueron incluidas, independiente de si las presentaban o no.

En el Gráfico 1 se puede visualizar la distribución de los pacientes fallecidos según los factores de riesgo estudiados. Fallecieron más pacientes hombres, mayores de 60 años e hipertensos. Por el contrario, fallecieron más pacientes que no presentaban diabetes mellitus tipo 2 u obesidad.

Tabla 1. Características personales, comorbilidades y promedio de estadía de los pacientes hospitalizados por COVID-19.

Características	Total % (n=428)	Vivos (n=314)	Fallecidos (n=114)
Rangos de edad			
Mayores de 60 años	50,7% (217)	41,4% (130)	76,3% (87)
Menores de 60 años	49,3% (211)	58,6% (184)	23,7% (27)
Sexo			
Hombre	56% (239)	53,8% (169)	61,4% (70)
Mujer	44% (189)	46,2% (145)	38,6% (44)
Número de comorbilidades			
0	36,6% (157)	37,6% (118)	34,2% (39)
1	33,1% (142)	31,2% (101)	35,9% (41)
2	24,7% (106)	23,9% (75)	27,2% (31)
3	5,3% (23)	6,3% (20)	2,6% (3)
Hipertensión arterial	45,6% (195)	67,2% (131)	32,8% (64)
Diabetes Mellitus tipo 2	29,2% (125)	76,8% (96)	23,2% (29)
Obesidad	24,0% (103)	81,5% (84)	18,5% (19)
	Total	Mínimo	Máximo
Promedio de días de hospitalización	16.6	1 día	145 días
Promedio de edad ambos sexos	58.8	19 años	92 años

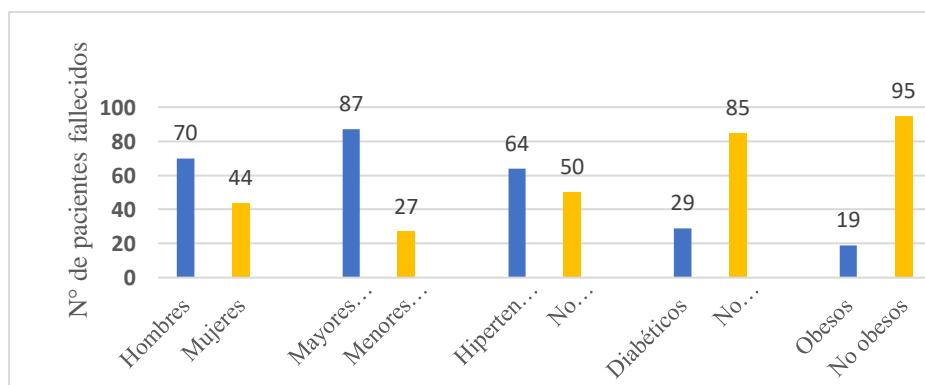
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Porcentaje de comorbilidades en pacientes fallecidos.

Comorbilidades	Presencia / ausencia	Fallecidos (n=114)
Hipertensión	Con hipertensión arterial	56,1% (64)
	Sin hipertensión arterial	43,9% (50)
Diabetes	Con Diabetes Mellitus tipo 2	25,4% (29)
	Sin diabetes Mellitus tipo 2	75,6% (85)
Obesidad	Con obesidad	16,7% (19)
	Sin obesidad	83,3% (95)

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. Distribución de pacientes fallecidos según los factores de riesgo estudiados.

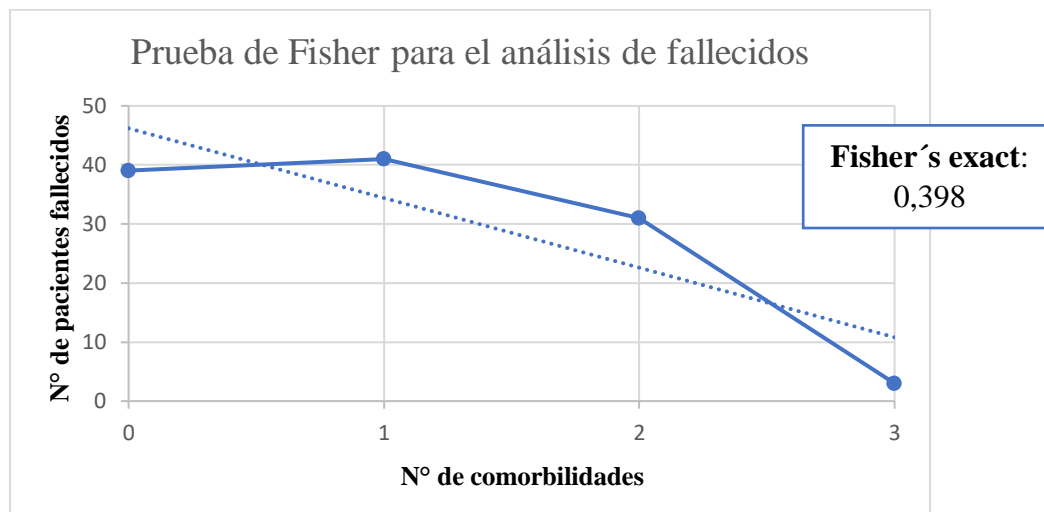


Fuente: Elaboración propia.

Análisis de asociación

La Figura 1 muestra la prueba de Fisher, que se realizó para el análisis de los fallecidos según el número de comorbilidades (Variables cualitativas). La figura muestra que no existe una asociación entre el número de pacientes fallecidos y el número de comorbilidades que éstos presentaban, ya que el número de pacientes fallecidos disminuía a medida que aumentaba el número de comorbilidades que éstos presentaban.

Figura 1. Prueba de Fisher para el análisis de los fallecidos



Fuente: Elaboración propia.

Las tablas 3 y 4 muestran la regresión logística con riesgo relativo realizada a los factores de riesgo estudiados. Las personas mayores de 60 años tuvieron 3 veces más riesgo de fallecer en comparación con los más jóvenes. El resto de los factores no mostraron una asociación estadística significativa. En adición, las personas con una edad mayor a 60 años tuvieron un 40,09% de riesgo de fallecer, en comparación a las personas menores a 60 años quienes presentaron un 12,79% de riesgo de fallecer, con una asociación estadística significativa. Asimismo, las personas que presentaron hipertensión arterial tuvieron un 32,82% de riesgo de fallecer, en comparación a las personas que no presentaron hipertensión

Tabla 3. Riesgo Relativo según los factores de riesgo.

Variables	Riesgo Relativo (RR)	P	IC 95% (intervalo de confianza)
Sexo (Hombre)	1,24	0,16	[0,91-1,69]
Edad (Mayor a 60 años)	3,17	0,00	[2,11-4,77]
Hipertensión Arterial	1,04	0,78	[0,75-1,44]
Diabetes Mellitus tipo 2	0,69	0,05	[0,48-1,00]
Obesidad	0,80	0,08	[0,97-1,00]

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Riesgo Absoluto según los factores de riesgo.

Variables	Sub-variables	Riesgo absoluto (RA)	P	IC 95% (intervalo de confianza)
Sexo	Hombres	29,28%	0,16	[0,90-1,74]
	Mujeres	23,28%		
Edad	Edad >60 años	40,09%	0,00	[2,12-4,61]
	Edad <60 años	12,79%		
Hipertensión Arterial	Si	32,82%	0,00	[1,11-2,10]
	No	21,45%		
Diabetes Mellitus tipo 2	Si	23,20%	0,30	[0,57-1,19]
	No	28,05%		
Obesidad	Si	18,44%	0,03	[0,40-0,97]
	No	29,23%		

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Se obtuvo que la edad corresponde a un factor de riesgo, ya que las personas con una edad mayor a 60 años hospitalizadas por COVID-19, tuvieron un 40% de riesgo de fallecer, en comparación con un 12,7% que presentaron las personas menores a 60 años. Asimismo, las personas mayores a 60 años tendrían 3 veces más riesgo de fallecer en relación con las personas con una edad menor a 60 años. Estos resultados son similares a la evidencia científica descrita en diversos países como Estados Unidos, México, Perú, incluido el nuestro, en donde se indica que la edad es un factor asociado a un mayor riesgo de muerte.^{11-13,22-23}

Por otra parte, con relación al sexo hombre, no existe una asociación estadística significativa para poder afirmar éste es un factor de riesgo que podría incidir en la mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19. Es importante indicar que, de los pacientes estudiados, el 61,4% de los fallecidos correspondieron a hombres, pero no se asoció a un factor de riesgo de muerte, a diferencia de lo que describen diversos estudios internacionales,¹⁹⁻²¹ lo que podría explicarse por la coexistencia de otras variables y características asociadas al sexo hombre y no necesariamente a la condición biológica.

En cuanto a las comorbilidades, se obtuvo que las personas con que presentaban hipertensión arterial tenían un 32,8% de riesgo de fallecer en comparación con el 21,4% que presentaban las personas que no eran hipertensas, pero, por otra parte, no se mostró una asociación estadística significativa para afirmar que es un factor de riesgo relativo, al igual que la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad, que no mostraron una asociación estadística significativa para afirmar que fueron factores de riesgo de muerte en este estudio, resultado similar a lo descrito en algunos países como Perú en donde de varios factores y comorbilidades estudiadas, sólo la edad resultó ser un factor asociado a muerte por COVID-19.²⁶ Aun así, este resultado se contrapone a investigaciones internacionales y nacionales, que indican que la presencia de estas patologías sí se asocia a un mayor riesgo de muerte por COVID-19.^{14-18, 22, 23} Esto podría tener relación con características específicas de la población estudiada, en cuanto a factores socioeconómicos, culturales y ambientales, además del control que realizan las personas de

dichas comorbilidades, lo que pudiera incidir más allá de la presencia o no de alguna de estas enfermedades crónicas.

La limitación principal de este estudio fue que, al ser de carácter retrospectivo, la planilla Excel anonimizada entregada no contenía algunos datos relevantes como, por ejemplo, la administración de alguna dosis de vacuna contra COVID-19 en los pacientes estudiados, lo que pudiera haber afectado el alcance de los resultados de esta investigación, ya que no se diferenció quienes pudieran tener alguna dosis administrada de quienes no.

CONCLUSIONES

Al igual que lo observado en distintos estudios, la edad fue un factor de riesgo que podría incidir en la mortalidad de personas hospitalizadas por COVID-19, ya que las personas con una edad mayor a 60 años tuvieron un 40% de riesgo de fallecer y a su vez, tendrían tres veces más riesgo de fallecer por COVID-19 en relación con las personas menores de 60 años.

La pandemia por COVID-19 significó un gran desafío para los establecimientos de salud, en cuanto a otorgar una atención oportuna y de calidad. Si bien, en la actualidad se reportan cada vez menos casos confirmados y con ello, un menor número de pacientes que requieren hospitalización, este estudio representa un gran aporte para los equipos de salud de la atención cerrada que atienden directamente a este grupo de personas, ya que al conocer los factores de riesgo que podrían incidir en la mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19, se pueden realizar acciones focalizadas y específicas, anticipándose al curso de la enfermedad y a sus posibles complicaciones.

Es necesario seguir realizando estudios para establecer si el sexo hombre, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad son efectivamente factores de riesgo de mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19. Junto con esto, también es imprescindible seguir estudiando otras comorbilidades de interés, como la enfermedad renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la presencia de tumores o cáncer, entre otros, y así, identificar las patologías asociadas a un mayor riesgo de muerte por COVID-19.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Las autoras no declaran tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

CCA: Conceptualización, Metodología, Investigación, Escritura-Borrador original.

PG: Análisis formal, Validación, Redacción.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Información básica sobre la COVID-19. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
2. Ministerio de Salud, Chile. ¿Qué es el nuevo Coronavirus? <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/que-es-el-nuevo-coronavirus/>
3. Ministerio de Salud, Chile. Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Chile. <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/>
4. World Health Organization. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
5. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>
6. Gobierno de Chile. Cifras Oficiales COVID-19. <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/>
7. Departamento de Estadística e Información en Salud. Defunciones Covid-19. Cifras oficiales 2020.

- https://public.tableau.com/app/profile/deis4231/viz/DefuncionesSemanales1_1_16102396688650/DEF
8. ICOVID Chile. Capacidad hospitalaria. Uso de camas UCI nacional. <https://www.icovidchile.cl/capacidad-hospitalaria>
 9. Informe Epidemiológico N°242 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 12 de junio de 2023. https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2023/06/Informe_Epidemiologico-242.pdf
 10. Subsecretaría de Salud Pública. Cuidado de la Salud de las personas con enfermedades crónicas en contexto de la pandemia COVID-19. Plan paso a paso para la atención primaria de la salud. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/Cuidado-de-Salud-de-las-Personas-con-Enf-Cro%CC%81nica.pdf>
 11. Incerti D, Rizzo S, Li X, Lindsay L, Yau V, Keebler D, Chia J, Tsai L. Prognostic model to identify and quantify risk factors for mortality among hospitalised patients with COVID-19 in the USA. *BMJ Open.* 2021;11(4):e047121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047121>
 12. Rodríguez-Zúñiga MJ, Quintana-Aquehua A, Díaz-Lajo VH, Charaja-Coata KS, Becerra-Bonilla WS, Cueva-Tovar K et al. Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con neumonía por SARS-CoV-2 en un hospital público de Lima, Perú. *Acta méd. Peru.* 2020; 37(4):437-446. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.374.1676>
 13. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, Li Q, Jiang C, Zhou Y, Liu S, Ye C, Zhang P, Xing Y, Guo H, Tang W. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.* 2020;81(2):e16-e25. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.021>
 14. Salinas-Aguirre JE, Sánchez-García C, Rodríguez-Sánchez R, Rodríguez-Muñoz L, Díaz-Castaño A, Bernal-Gómez R. Características clínicas y comorbilidades asociadas a mortalidad en pacientes con COVID-19 en Coahuila (México). *Rev Clin Española.* 2021;222(5):288-292. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.12.006>
 15. Hernández-Morales MR, Maldonado-Castañeda S, Mancilla-Hernández E, Amaro-Zarate I, Aguirre-Barbosa M, Nazarala-Sanchez S. Frecuencia de características clínicas y factores asociados con mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19 en Puebla, México. *Rev. alerg. Méx.* 2022;69(2):67-71. <https://doi.org/10.29262/ram.v69i2.1146>
 16. Li J, Huang DQ, Zou B, Yang H, Hui WZ, Rui F, Yee NT, Liu C, Nerurkar SN, Kai JC, Teng ML, Li X, Zeng H, Borghi JA, Henry L, Cheung R, Nguyen MH. Epidemiology of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of clinical characteristics, risk factors, and outcomes. *J Med Virol.* 2020;93(3):1449-1458. <https://doi.org/10.1002/jmv.26424>
 17. Parohan M, Yaghoubi S, Seraji A, Javanbakht MH, Sarraf P, Djalali M. Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Aging Male.* 2020;23(5):1416-1424 <https://doi.org/10.1080/13685538.2020.1774748>
 18. Du Y, Lv Y, Zha W, Zhou N, Hong X. Association of Body mass index (BMI) with Critical COVID-19 and in-hospital Mortality: a dose-response meta-analysis. *Metabolism.* 2020;117:154373. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154373>
 19. Biswas M, Rahaman S, Biswas TK, Haque Z, Ibrahim B. Association of Sex, Age, and Comorbidities with Mortality in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Intervirology.* 2020;64(1):36-47. <https://doi.org/10.1159/000512592>
 20. Pijls BG, Jolani S, Atherley A, Derckx RT, Dijkstra JI, Franssen GH, Hendriks S, Richters A, Venemans-Jellema A, Zalpuri S, Zeegers MP. Demographic risk factors for COVID-19 infection, severity, ICU admission and death: a meta-analysis of 59 studies. *BMJ Open.* 2021;11(1):e044640. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044640>

21. Lara Rivera AL, Parra Bracamonte GM, López Villalobos N. Tasas de letalidad y factores de riesgo por COVID-19 en México. *Rev Cubana Salud Pública.* 2021;47(4): e2872. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000400009&lng=es
22. Araujo M, Ossandón P, Abarca AM, Menjiba AM, Muñoz AM. Prognosis of patients with COVID-19 admitted to a tertiary center in Chile: A cohort study. *Medwave.* 2020;20(10):e8066-e8066. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.10.8066>
23. Saldías Peñafiel F, Peñaloza Tapia A, Farías Nesvadba D, Farcas Oksenberg K, Reyes Sánchez A, Cortés Meza J et al. Manifestaciones clínicas y predictores de gravedad en pacientes adultos con infección respiratoria aguda por coronavirus SARS-CoV-2. *Rev. méd. Chile.* 2020;148(10):1387-1397. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001387>
24. Cuenta pública Hospital San Martín de Quillota año 2018. www.hsmq.cl. 2018 <https://www.hsmq.cl/wp-content/uploads/2019/04/CUENTA-PUBLICA-CON-FORMATO-VERSION-FINAL-v1.pdf>
25. Subsecretaría de salud pública. Actualización de la definición de caso sospechoso, confirmado, probable, personas con alerta COVID-19 y contacto estrecho de brotes confirmados y priorizados; períodos de aislamiento; para vigilancia epidemiológica ante pandemia de COVID-19 en Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/ORD-269-19-01-2022.pdf>
26. Hueda-Zavaleta M, Copaja-Corzo C, Bardales-Silva F, Flores-Palacios R, Barreto-Rocchetti L, Benites-Zapata VA. Factores asociados a la muerte por COVID-19 en pacientes admitidos en un hospital público en Tacna, Perú. *Rev Peru Medicina Exp Salud Publica.* 2021;38(2):214-23. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.7158>


**ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO INTENSIVE CARE
PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL EN COLOMBIA****CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE INTENSIVE CARE
PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL IN COLOMBIA****ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO INTENSIVE CARE
PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL NA COLÔMBIA**

Jhon Fernando Martínez-Ceballos^{1a} , **Laura Estefanía Buitrago-Velandia**² ,
Juan Domingo Palacio-Abello³ 

¹ Universitätsklinikum Münster, Alemania.

² Clínica los Cobos Medical Center, Bogotá, Colombia.

³ Universidad Antonio Nariño, Neiva, Colombia.

^a **Autor de correspondencia:** jhonfermar82@gmail.com 

Como citar: Martínez-Ceballos JF, Buitrago-Velandia LE, Palacio-Abello JD. Adaptación transcultural del instrumento intensive Care Psychological Assessment Tool en Colombia. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):33-43. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.71649>

Fecha de recepción: 10 de agosto del 2023

Fecha de aceptación: 29 de octubre del 2023

Fecha de publicación: 1 de noviembre del 2023

Editora: María Angélica Saldías Fernández 

RESUMEN

La hospitalización de una persona en unidad de cuidados intensivos (UCI) puede generar alteraciones mentales y físicas post internación; en Colombia existen pocas investigaciones para la detección anticipada de morbilidad psicológica en UCI. Este estudio busca generar una versión al español equivalente al instrumento *Intensive Care Psychological Assessment Tool* (IPAT). Se realizó una traducción directa e inversa del instrumento, previa autorización de los autores se incluyó participación de profesionales lingüistas en las traducciones. Se aplicaron entrevistas a personas de diferentes perfiles sociodemográficos hospitalizadas en UCI, para verificar la adecuación cultural y comparación de la versión colombiana con la versión original. Se encontraron que los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 presentaron comprensibilidad del 100%, los restantes ítems 6, 7, 8 y 9 comprensibilidad del 97,5% y el ítem 10 una comprensibilidad del 90% que requirió modificaciones. Las medidas de soporte vital como la ventilación mecánica, experiencias traumáticas y recuerdos de la hospitalización, han

demonstrado ser factores para desarrollar: Ansiedad depresión y trastorno de estrés postraumático, se espera que este estudio sea un punto de referencia para nuevas investigaciones basadas en adaptaciones transculturales de enfermería en Latinoamérica respecto a morbilidad psicológica. La versión colombiana del instrumento IPAT derivada por la adaptación transcultural es equivalente a la inglesa. El estudio sirve como inicio de nuevas investigaciones que busquen desarrollar un instrumento en español personalizado y verificado, y que pueda ser utilizado de forma habitual por el personal de enfermería en un futuro próximo.

Palabras claves: Pruebas Psicológicas; Morbilidad; Cuidados Críticos; Estrés Psicológico; Trastornos de Estrés Traumático.

ABSTRACT

Hospitalization in the intensive care unit (ICU) can result in mental and physical disturbances post-hospitalization. In Colombia, there is little research exploring the early detection of psychological morbidity in the ICU. This study aimed to develop a version of the Intensive Care Psychology Assessment Tool (IPAT) in Spanish equivalent to the original instrument. Direct and reverse translations of the IPAT instrument were carried out with prior authorization from the authors and the participation of professional linguists. People with different sociodemographic profiles, hospitalized in the ICU, were interviewed to confirm the cultural adequacy of the Colombian version, as well as to compare it with the original version. It was found that items 1, 2, 3, 4, and 5 presented 100% comprehensibility, items 6, 7, 8, and 9 had 97.5% comprehensibility, and item 10 had 90% comprehensibility, requiring modifications. Life support measures such as mechanical ventilation, traumatic experiences, and memories of the hospital stay were detected as factors for the development of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder. It is hoped that this study will be a reference point for new research based on cross-cultural adaptations related to psychological morbidity, in the nursing field in Latin America. The Colombian version of the IPAT instrument derived from this cross-cultural adaptation is equivalent to the English one. This study represents a starting point for new research that aims to develop a personalized and validated instrument in Spanish that can be used regularly by nursing staff in the near future.

Keywords: Psychological Tests; Morbidity; Critical Care; Psychological Stress; Traumatic Stress Disorders.

RESUMO

A internação de uma pessoa na unidade de terapia intensiva (UTI) pode gerar alterações mentais e físicas pós-internação; na Colômbia há poucas pesquisas para a detecção precoce de morbilidade psicológica na UTI. Este estudo busca gerar uma versão em espanhol equivalente ao instrumento *Intensive Care Psychology Assessment Tool* (IPAT). Foi realizada tradução direta e reversa do instrumento IPAT, com autorização prévia dos autores, foi incluída a participação de linguistas profissionais nas traduções. Serão aplicadas entrevistas com pessoas de diferentes perfis sociodemográficos internadas na UTI, para verificar a adequação cultural e comparação da versão colombiana com a versão original. Verificou-se que os itens 1, 2, 3, 4 e 5 apresentaram 100% de compreensibilidade, os demais itens 6, 7, 8 e 9 tiveram 97,5% de compreensibilidade e o item 10 teve 90% de compreensibilidade que necessitou de modificações. Medidas de suporte à vida, como ventilação mecânica, experiências traumáticas e memórias de hospitalização, demonstraram ser fatores no desenvolvimento de: ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, espera-se que este estudo seja um ponto de referência para novas pesquisas baseadas em estudos cruzados de adaptações culturais da enfermagem na América Latina em relação à morbilidade psicológica. A versão colombiana do instrumento IPAT derivada da adaptação transcultural é equivalente à inglesa. O estudo serve como início de novas pesquisas que buscam desenvolver um instrumento

personalizado e verificado em espanhol, e que possa ser utilizado regularmente pela equipe de enfermagem em um futuro próximo.

Palavras-chave: Testes Psicológicos; Morbidade; Cuidados Intensivos; Estresse Psicológico; Transtornos de Estresse Traumático.

INTRODUCCIÓN

El incremento de las enfermedades crónicas, dentro de las cuales se encuentran las de tipo cardiovascular, pulmonar y renal, junto con los hábitos poco saludables de la población han contribuido a aumentar los ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) provocando deterioro general e incluso la muerte.¹⁻² La UCI es conocida por proporcionar cuidados a individuos en situaciones críticas de salud y el ingreso a estas unidades implica una experiencia altamente estresante por ser potencialmente mortal. Esta situación expone al individuo a una monitorización continua, a procedimientos invasivos que pueden implicar acontecimientos abrumadores y dolorosos. Además, a contextos que amenazan la estabilidad emocional del individuo como el estrés, ansiedad, preocupación, inquietud, irritabilidad, culpa, frustración, depresión e incertidumbre.³

En ese sentido, la literatura establece un vínculo entre los ingresos a UCI y el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, al respecto este trastorno se define como una reacción emocional intensa ante un evento traumático, lo que genera alteraciones sensorio-perceptivas alterando el bienestar, por lo tanto, existe una carga psicológica que afecta a las personas que egresan de las unidades de cuidado intensivo.⁴⁻⁷

En respuesta a la carga psicológica posterior al egreso de UCI, se han implementado diversos instrumentos que permiten una interpretación sobre que pacientes pueden llegar a requerir más intervención que otros; un instrumento interesante es el *Intensive Care Psychological Assessment Tool* (IPAT), creado por Wade et al., en una investigación realizada en Inglaterra donde se evidenció que 154 personas que habían sido hospitalizadas en UCI, de ellas el 55% presentó cambios de morbilidad psicológica, entre ellos un 27,1% mostró trastorno de estrés postraumático, un 44,4% ansiedad y un 46,3% mostró depresión.⁸ Dichas circunstancias pueden influir en el nivel de vida durante un período de dos años después del alta y provocar una repercusión psicológica y fisiológica tanto en el paciente como en la familia.⁹

El mismo instrumento se validó en Turquía, donde se descubrió que el IPAT es una herramienta válida y fiable para identificar cambios psicológicos en personas de UCI. Con respecto a la detección de la ansiedad, la herramienta muestra una sensibilidad del 85% y una especificidad del 61%. Además, demuestra una sensibilidad del 74% y una especificidad del 82% para detectar la depresión.¹⁰

Teniendo en cuenta que, en Colombia, existen pocas investigaciones sobre adaptación transcultural de instrumentos que permitan detectar tempranamente morbilidad psicológica futura entre las personas de UCI y con el fin de identificar posibles efectos psicológicos en el futuro para el paciente antes del alta de la UCI, surgió la necesidad de generar una versión al español equivalente al instrumento IPAT, ya que, este cuestionario es una herramienta validada y utilizada a nivel mundial para detectar morbilidad psicológica en personas de UCI.

METODOLOGIA

El diseño se ciñó a procedimientos metodológicos de adaptación transcultural y lingüística, bajo seis fases consistentes en: Traducción inicial, síntesis de traducciones, resolución de discrepancias,

traducción del idioma destino al idioma de origen, verificación por comité de expertos, experiencia de la versión pre final y entrega de documentación a los autores del instrumento.

Se realizó un estudio controlado para determinar la mejor estrategia de recopilación, ordenación y análisis de los datos. La planificación, desarrollo, certificación, validación y la estimación de instrumentos son temas que se tratan en las investigaciones metodológicas.¹¹ Como se puede apreciar a continuación se tomó como referencia la metodología planteada por Beatón et al.,¹² que de manera sistemática permitió controlar el riesgo de sesgo relacionado con la equivalencia y en ese proceso el periodo de tiempo empleado fue un año.¹³

Etapa I. Traducción inicial

Se realizaron dos traducciones distintas del instrumento, en las que el idioma original (inglés) se tradujo al idioma de destino (español). Estas traducciones fueron realizadas por traductores divergentes, cada uno de los cuales dio fe de su bilingüismo y de que el español era su lengua materna. Además, cada traductor elaboró un informe escrito individual.

En cuanto al instrumento está compuesto por 10 preguntas tipo Likert 3 (A: No, B: Si un poco, C: No mucho) donde A corresponde a 0 puntos, B a 1 punto y C a 2 puntos, para un total de 20 puntos. Donde un puntaje superior o igual a 7 muestra que el paciente se encuentra en riesgo y demanda manejo psicológico, el diligenciamiento de la prueba conlleva un tiempo no mayor a 10 minutos.

Etapa II. Síntesis de traducciones y resolución de discrepancias

Se consideró necesario contar con la experiencia de traductores anteriores y de un observador, con el objetivo de realizar una comparación meticulosa de los resultados, a fin de determinar el grado de concordancia entre las traducciones. Posteriormente, se realizaron las modificaciones necesarias con el objetivo de garantizar que el idioma utilizado en el texto traducido fuera comprensible para el público destinatario y, al mismo tiempo, mantener los principios de la equivalencia semántica, conceptual, idiomática y experiencial con respecto al texto fuente.

Etapa III. Traducción del idioma destino al idioma de origen

De la versión unificada en español, traductores certificados que no conocían el instrumento original realizaron dos traducciones inversas al inglés. En cuanto al panel de traductores, se recurrió a cinco traductores autorizados, dos de los cuales poseían capacidades bilingües, y se encargaron de la traducción inicial del documento del inglés al español. A los tres traductores restantes, de origen británico, estadounidense y colombiano, se les encomendó la tarea de realizar la retrotraducción.

Etapa IV. Verificación por comité de expertos

El comité estaba formado por tres profesionales de la salud, una persona con experiencia en el idioma (específicamente, un filólogo en inglés) y dos traductores certificados en inglés. Durante la reunión, se concretó la versión inicial de la IPAT traducida. Posteriormente, el documento se transmitió electrónicamente a los autores originales con el fin de obtener la autorización necesaria para su utilización entre la muestra del estudio.

Etapa V. Experiencia de la versión pre final

La investigación se realizó en el 2019 en las ciudades de Bogotá y Neiva en las instalaciones de cuidados intensivos de diferentes hospitales.

En esta fase, durante la prueba de campo se administró la penúltima versión del cuestionario del IPAT a la población objetivo. En este caso, la cohorte estaba formada por 40 personas hospitalizadas en UCI que cumplían los criterios de inclusión.

Se lleva a cabo la investigación con personas hospitalizadas en UCI, seleccionadas de manera intencional, que cumplieron los siguientes criterios de elegibilidad: se encontraban alerta, conscientes, orientadas y cuyo idioma nativo fue el español. Además, debían ser mayores de 18 años, con más de 48 horas de ingreso y con dos o más soportes hemodinámicos. Se necesitaron 40 personas hospitalizadas en UCI de las ciudades anteriormente nombradas para probar la traducción pre final de la adaptación transcultural del instrumento.¹⁴

Respecto a la recolección y análisis de datos, los datos se recolectaron a través de cuestionarios escritos aplicados por los investigadores en las diferentes unidades de cuidado intensivo, al obtener el consentimiento de los autores de la IPAT inglesa original. Posteriormente, se continuó con el proceso para establecer la equivalencia entre el cuestionario adaptado y el original, siguiendo las *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures* garantizando la equivalencia idiomática al idioma español, igualmente, se garantizó la equivalencia conceptual gracias al consenso entre expertos (profesionales de la salud y profesionales lingüísticos) que ajustaron términos para que se entendieran las preguntas en el lenguaje español, finalmente, la equivalencia experiencial permitió a los participantes comprender el instrumento a través de representaciones de la vida cotidiana y experiencias culturalmente relevantes donde se incluyeron preguntas sociodemográficas para caracterizar a la población, analizándose con frecuencias y porcentajes.¹²

Al completar el instrumento IPAT en las 40 personas, se realizó una entrevista para analizar si cada pregunta era comprensible, se codificaron como 1 si la pregunta no era comprensible y 2 si esta lo era, posteriormente la información fue tabulada, generando frecuencias por pregunta el cual fue llevado a porcentajes. Luego, para poder analizar la comprensibilidad y ajuste de las preguntas, se llegó a un acuerdo entre los investigadores de la siguiente manera: si el nivel de comprensibilidad era de > al 96% no se realizaban ajustes, si el valor arrojaba entre el 90 - 95% se requerían ajustes menores y si el valor arrojaba < o igual al 89% se debían realizar ajustes de fondo.

Etapa VI. Entrega de documentación a los autores del instrumento

En esta fase final del estudio de adaptación, se entregó el informe a los autores principales del instrumento y al comité que realiza la revisión de la versión transcrita al idioma español.

Dentro de las consideraciones éticas, se obtuvo permiso para la adaptación del instrumento directamente de los autores originales, posteriormente el estudio fue revisado y aprobado por los comités de bioética de las instituciones bajo las actas número CEI-013-2019 y 045/18, finalmente para la aplicación se tuvo en cuenta principios éticos de la profesión y consideraciones internacionales en donde siempre se garantizó que los sujetos de la investigación dieran su consentimiento informado.

RESULTADOS

En cuanto a los diagnósticos de ingreso a UCI el 37,5% de personas se encontraban en posoperatorio de cirugía cardiovascular, 17,5% presentó alteraciones pulmonares, seguido con un 5% que presentó sepsis en posoperatorio de cirugía general y neurocirugía. El 58% de los participantes fueron personas mayores de 60 años, seguido por un 42% de personas entre 45 a 59 años. La distribución por sexos de la muestra fue de un 55% de mujeres. En cuanto a los grupos socioeconómicos, el 73% de la población afectaba a los estratos 1 y 2, el 25% a los estratos 3, y los estratos 4 y 5 tenían una representación insignificante.

Respecto a la escolaridad de los participantes del presente estudio el 33% tenía bachillerato completo (entendido como secundaria), el 25% primaria completa, el 18% primaria incompleta, el 13% bachillerato incompleto, 3% carrera técnica y sólo un 8% estudios universitarios, factor que facilitó la comprensión de las preguntas.

Por otro lado, el soporte más predominante de las personas en UCI fue el vasoactivo con un 45%, seguido por el requerimiento de soporte ventilatorio con un 41% y en tercer lugar el uso de terapias de reemplazo renal con un 9%. El promedio de estancia en UCI de los participantes de este estudio fue de 10 días.

En cuanto a la forma de responder el instrumento: El 62% de la población lo desarrolló por sus propios medios y el 38% de la población necesitaba algún tipo de asistencia debido al descondicionamiento físico o al deterioro de la visión.

En relación con la claridad de los ítems, las 5 primeras preguntas alcanzaron un 100% de comprensibilidad, mientras que de las preguntas 6 a 9 presentaron un 97.5% de comprensibilidad. Así pues, según los protocolos determinados de la investigación, los ítems no requirieron ajustes, pero la pregunta número 10 obtuvo un 90% de comprensibilidad, por lo que fue necesario ajustarla en razón a la extensión de la pregunta, pues la incomprendibilidad fue afectada por la dimensión, ya que la pregunta se refería a experiencias posteriores al egreso de UCI y las personas del estudio aún se encontraban hospitalizadas, es decir, la pregunta 10 inicial fue: ¿Los recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo se repiten una y otra vez en su mente? Una vez ajustada quedó así: ¿tiene repetitivamente recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo? Al realizar todos los cambios se puede apreciar la versión final del IPAT (Anexo).

DISCUSIÓN

El presente estudio evidenció que el 50% de la muestra exhibió alteraciones cardiovasculares lo que concordó con lo realizado por Quezada Vera et al., autores que destacan que las condiciones cardiovasculares y respiratorias son las más diagnosticadas en UCI.¹⁵ En la publicación de Mas et al., se encontró que un 47,1% de la población mostraba alteraciones de tipo cardiovascular.¹⁶ Por otro lado, en la investigación elaborada por Castellero sobresalta que el 70% de las personas en postoperatorio de intervención cardiovascular exteriorizaron ansiedad conexas al estado de salud, lo cual es coherente con la presente investigación.¹⁷

En cuanto a la sepsis, el estudio realizado por Velasteguí et al., da a conocer que las personas sobrevivientes a una condición crítica relacionada a una infección sistémica con frecuencia presentan alteraciones prolongadas en la esfera mental, estos hallazgos demuestran que las personas que se someten a un proceso de infección mientras residen en la UCI presentan una calidad de vida reducida; en el mismo estudio, se aplicó el instrumento EuroQol-5D, el cual mide calidad de vida relacionada con la salud y es equivalente al síndrome post-cuidado intensivo según los autores.¹⁸ En contraste, el IPAT es más específico para la esfera mental, sin embargo, siempre se debe tener en cuenta la diversidad en cuanto a las condiciones clínicas de las personas, ya que son factores que predisponen a desarrollar morbilidad psicológica antes y después del alta hospitalaria.

En cuanto a la edad, la muestra tenía un promedio 56 años, de los cuales el 55% de las personas correspondió al sexo femenino y de los mismos el 58% correspondió a una edad superior a 60 años, resultados asociados a la investigación realizada por Romero et al., Donde la media de edad de las personas enfermas del estudio fue 59 años, aunque un 67,5% de la muestra fue conformada por hombres y el 32,5% por mujeres, donde, además, concluyen que es necesario valorar la presencia de depresión previa para poder optimizar el tratamiento del paciente críticamente enfermo.¹⁹

En el presente estudio, la incorporación de una amplia gama de grupos de edad en el grupo de participantes adultos de la prueba de la versión previa a la final facilitó garantizar la claridad de los elementos y la comprensión de las variables sociodemográficas. Por último, la estancia prolongada de una persona en UCI, sumado a las medidas de soporte vital como la ventilación mecánica, diferentes experiencias traumáticas, recuerdos de la hospitalización, han demostrado ser grandes

factores para desarrollar depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, lo cual se caracteriza por la persistencia de los síntomas a largo plazo incluso de 1 a 2 años después del egreso de UCI.²⁰⁻²² Además, cabe destacar que existe una correlación entre la angustia mental que experimenta el cuidador y los gastos, así como las cuestiones relacionadas con la eficacia de la atención institucionalizada.²³⁻²⁴

Teniendo en cuenta todos los factores antes mencionados, se puede afirmar que se garantizó la comprensibilidad de los ítems. Este estudio en particular ha demostrado que el grupo demográfico con mayor representación estaba conformado por personas de más de 60 años, que también tenían estancias prolongadas que superaban las descritas anteriormente en la literatura, lo que justifica la comprensibilidad del instrumento.

Una de las posibles limitaciones para la realización de este estudio, es la escasez de publicaciones en Colombia que adapten y validen el cuestionario IPAT, por lo cual, se espera que este estudio sea un punto de referencia para nuevas investigaciones basadas en adaptaciones transculturales de enfermería en Latinoamérica respecto a personas con morbilidad psicológica.

Dentro de las implicaciones para futuras investigaciones, se considera que se requieren pruebas psicométricas empleando el IPAT traducido al español en una muestra estadísticamente significativa con el fin de evaluar consistencia interna, además de validez de constructo comparando el instrumento con otros y un análisis factorial empleando otro tipo de pruebas estadísticas.²⁵

La herramienta IPAT ha sido utilizada para evaluar los síntomas mentales en pacientes de UCI, traducida y validada en diferentes idiomas, entre ellos el persa, el alemán y el turco, puede ser empleada en una fase aguda y solo tiene en cuenta la dimensión psicológica.²⁶⁻²⁸ Al respecto, es importante mencionar que recientemente fue validada la escala *Healthy Aging Brain-Care Monitor* (HABC-M) la cual muestra buenas propiedades psicométricas para detectar el síndrome post cuidado intensivo, no obstante, hasta el momento se desconoce la sensibilidad y especificidad de estas pruebas en el contexto latinoamericano, por lo cual se requieren más estudios que puedan indicar cuál prueba puede ser más indicada para valorar el estrés postraumático de la unidad de cuidado intensivo.²⁹

CONCLUSIONES

La adaptación transcultural de la IPAT se llevó a cabo para su implementación en el contexto colombiano, manteniendo la equivalencia conceptual, experiencial, semántica e idiomática del instrumento original desarrollado inicialmente en un hospital de Inglaterra.

Este esfuerzo de investigación tiene un potencial significativo para fortalecer el ámbito de los cuidados intensivos y servir como plataforma de partida fundamental para futuras investigaciones que tengan como objetivo construir un instrumento en español o validar el IPAT en contextos latinoamericanos. Una vez desarrollada, el personal de enfermería puede administrar esta escala de forma rutinaria para descubrir indicios de morbilidad psicológica en las personas que se han sometido a hospitalización en UCI y se pueda intervenir tempranamente este grupo de pacientes priorizados.

Finalmente, la aplicabilidad y replicabilidad del estudio se extienden más allá del contexto colombiano para abarcar otros países de habla hispana donde actualmente no se dispone de ninguna herramienta para evaluar el estrés postraumático.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores no declaran tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

MCJF, BVLE, PAJD: Concepción, análisis formal de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión final.

MCJF, BVLE: Recolección/obtención de resultados, investigación, metodología y recursos.

REFERENCIAS

1. Serra VMÁ. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. Rev. Finlay Finlay. 2020;10(2):78-8. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000200078&lng=es
2. Barrera L, Mabel G, Chaparro L, Sánchez B. Cuidado de Enfermería en situaciones de enfermedad crónica Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2014. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/82737/9789587617641.pdf?sequence=2>
3. Bernal-Ruiz D. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del Environmental Stress Questionnaire. Revista Cubana de Enfermería. 2016;32(2):182-195. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/774>
4. Leah, Hughes., Joanne, McPeake. Intensive care nurses should seek to identify those patients at risk of developing post-traumatic stress syndrome. Evidence-Based Nursing, 2021. <http://dx.doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103360>
5. Bermúdez Durán LV, Barrantes Martínez MM, Bonilla Álvarez G. Trastorno por estrés postrauma. Rev.méd.sinerg. 2020;5(9):1-10. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
6. Ramona O, Hopkins. Emotional Processing/Psychological Morbidity in the ICU. 2018:31-47. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-94337-4_4
7. Deffner T, Michels G, Nojack A, Röbler I, Stierle D, Sydlik M, Wicklein K. Psychological care in the intensive care unit: Task areas, responsibilities, requirements, and infrastructure. Medizinische Klinik. 2020;115:205-212. <http://dx.doi.org/10.1007/S00063-018-0503-1>
8. Deffner, T., Michels, G., Nojack, A., Röbler, I., Stierle, D., Sydlik, M., ... & Wicklein, K.. Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Crit Care*. 2012;16(5):R192. <https://doi.org/10.1186/cc11677>
9. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Tzavellas E, Karaiskos D, Ilias I, Kokras N. Increased comorbidity of depression and post-traumatic stress disorder symptoms and common risk factors in intensive care unit survivors: a two-year follow-up study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014;18(1):25-31. <https://doi.org/10.3109/13651501.2013.855793>
10. Duman B, Kotan, Z, Kotan VO, Mutlu NM, Erdoğan BD, Akaslan DS, & Kumbasar H. Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT): Turkish validity and reliability study. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2019;49(4):1236-1242. <https://doi.org/10.3906/sag-1812-164>
11. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra*. 2011;34(1):63-72. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007
12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, & Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
13. Escobar Bravo, M. Á. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enfermería Clínica*. 2004;14(2):102-106. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(04\)73863-2](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(04)73863-2)
14. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de Instrumentos de evaluación en salud: Historia y Reflexiones del Por Qué, Cómo y Cuándo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020;31(1):85-94. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.003>
15. Quezada S, Rojas D, Chavarro D, Riaño I. Mortalidad en pacientes mayores de 65 años ingresados en Cuidados Intensivos del Hospital Universitario San Ignacio en el 2014. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2019;19(2):61-68. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2018.11.002>
16. Mas N, Olaechea P, Palomar M, Álvarez F, Rivas R, Nuvials X, et al. Análisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y

- quirúrgica. *Medicina Intensiva.* 2015;39(5):279-289. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.07.006>
17. Castellero A. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2007;25(1):52-63. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902506>
 18. Velasteguí J, Almache W, Severidad de las disfunciones orgánicas como predictores de síndrome post-cuidado intensivo a 90 días, en sobrevivientes a la sepsis del Hospital Carlos Andrade Marín, en el periodo de junio de 2018 a junio de 2019 [tesis de grado]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16850/TRABAJO%20DE%20TITULACION%20SINDROME%20POST%20CUIDADO%20INTENSIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 19. Romero de San Pío, María Jesús; Romero de San Pío, Emilia; Vallina Riopedre, Amparo; Wensell Fernández, Ana; Linares Gutiérrez, María Begoña; Rodríguez Villanueva, Lara María; Fernández Ordóñez, Beatriz; González Fernández, Adrián; Clavero Ballester, Natividad. Estudio de la influencia de la presencia de depresión previa en el aumento de la morbilidad del paciente crítico. *Enfermería Docente.* 2020; (112): 4-0. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ed/11204ed>
 20. Barragán-Becerra J, Moreno-Mojica C, Hernández-Bernal N. Nivel de independencia funcional tras el alta de cuidados intensivos. *Medicina interna de México.* 2018;34(5):683-691. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i5.2027>
 21. Kapfhammer H. Depressive, Angst-und posttraumatische Belastungsstörungen als Konsequenzen intensivmedizinischer Behandlung. *Nervenarzt.* 2016;87(3):253-263. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0070-8>
 22. Rose L, Nonoyama M, Rezaie S, Fraser I. Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2014;30(3):145-151. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.11.002>
 23. Wade DM, Hankins M, Smyth DA, Rhone EE, Mythen MG, Howell DC, et al. Detecting acute distress and risk of future psychological morbidity in critically ill patients: validation of the intensive care psychological assessment tool. *Crit Care.* 2014; 18(5). <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0519-8>
 24. Mora S, Barreto C, García L. Procesos médico-administrativos en Hospitalarios y prolongación de la estancia. Hospital de San José, Bogotá DC Colombia. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía.* 2015;24(4):284-293. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v24.n4.2015.603>
 25. G. Efstathiou. Translation, Adaptation and Validation Process of Research Instruments. In: *Individualized Care: Theory, Measurement, Research and Practice.* Cham: Springer International Publishing; 2019. http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-89899-5_7
 26. Baughcum AE, Clark OE, Lassen S, Fortney CA, Rausch JA, Dunnells ZD, ... & Gerhardt CA. Preliminary Validation of the Psychosocial Assessment Tool in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology.* 2023;48(6):503-511. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac081>
 27. Ghafouri S, Jahani S, Maraghi E, Biparva Haghighi S. Psychometrics and Validation of the Intensive Care Unit Memory Assessment Tool in the Iranian Population. *Caspian Journal of Neurological Sciences.* 2023;9(1):30-38. <https://doi.org/10.32598/cjns.9.32.391.1>
 28. Vincelette C, Rochefort CM. Adapting the Healthy Work Environment Assessment Tool for French-Canadian Intensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care.* 2023; 32(1):62-70. <https://doi.org/10.4037/ajcc2023298>

29. Narváez Martínez MA, Henao Castaño Ángela M. Validation into Spanish of a Scale to Detect the Post-intensive Care Syndrome. *Invest. Educ. Enferm.* 2023;41(1):e09. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e09>

ANEXO:

Versión final de Instrumento para la Evaluación Psicológica en Unidades de Cuidado Intensivo (IPAT)

Fecha y hora: _____

Nombre del paciente: _____ Identificación del paciente: _____

Instrumento para la evaluación psicológica en unidades de cuidado intensivo

© University College London Hospitals NHS Foundation Trust

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su permanencia en la unidad de cuidados intensivos y sobre cómo usted se ha sentido. Estos sentimientos pueden ser una parte importante de su recuperación. Para responder, encierre con un círculo la respuesta más apropiada, o responda de la manera de que le sea posible (ejemplo: hablando o señalando).

Durante su permanencia en la unidad de cuidado intensivo:	A	B	C
1 ¿Ha sido difícil para usted comunicarse o que le entiendan?	No	Si, un poco	Si, bastante
2 ¿Ha sentido dificultades para dormir?	No	Si, un poco	Si, bastante
3 ¿Se ha estado sintiendo estresado o tenso?	No	Si, un poco	Si, bastante
4 ¿Se ha estado sintiendo triste?	No	Si, un poco	Si, bastante
5 ¿Se ha estado sintiendo con mucho miedo?	No	Si, un poco	Si, bastante
6 ¿Ha estado sintiendo pérdida de la esperanza?	No	Si, un poco	Si, bastante
7 ¿Se ha sentido desorientado (que no sepa dónde se encuentra)?	No	Si, un poco	Si, bastante
8 ¿Ha tenido alucinaciones (ha visto o ha escuchado cosas que usted cree que no estaban allí)?	No	Si, un poco	Si, bastante
9 ¿Ha sentido que las personas han tratado de lastimarlo(a) o de hacerle daño intencionalmente?	No	Si, un poco	Si, bastante
10 ¿Tiene repetitivamente recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo?	No	Si, un poco	Si, bastante

¿Tiene algún comentario adicional con respecto a alguna de las preguntas?

PUNTAJE:

Cualquier respuesta en la columna A= 0 puntos

Cualquier respuesta en la columna B= 1 punto

Cualquier respuesta en la columna C= 2 puntos

Sume el puntaje de cada uno de los ítems para obtener un puntaje. El puntaje máximo es de 20.

Un puntaje > o igual a 7, indica un(a) paciente con riesgo.

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ESTUDIANTES DE
TECNICATURA EN ENFERMERÍA****HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG TECHNICAL NURSING
STUDENTS****QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM ESTUDANTES DE
TÉCNICA DE ENFERMAGEM**

Carlos Jesús Canova-Barrios^{1a} , **José Antonio Almeida**¹ , **Erik Ricardo Condori-Aracayo**¹ , **Mariel Alejandra Mansilla**¹ , **Débora Noe Garis**¹ 

¹ Escuela Metropolitana de Altos Estudios (EMAE), Buenos Aires, Argentina.

^a **Autor de correspondencia:** ccanova@emae.edu.ar 

Como citar: Canova-Barrios JC, Almeida JA, Condori-Aracayo ER, Mansilla MA, Garis DN. Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes de tecnicatura en enfermería. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):44-56. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.72003>

Fecha de recepción: 13 de septiembre del 2023

Fecha de aceptación: 08 de noviembre del 2023

Fecha de publicación: 13 de noviembre del 2023

Editor: Matías Faúndez Aedo 

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de vida relacionada con la salud y sus factores asociados en los estudiantes de la carrera de Tecnicatura en enfermería de una institución de educación superior no universitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 204 estudiantes de Tecnicatura en enfermería elegidos mediante muestreo no probabilístico quienes respondieron al instrumento SF-36 durante el primer cuatrimestre del 2023. **Resultados:** Los encuestados tuvieron una media de edad de 29,87 años (DE: 8,41) y fueron mayormente mujeres (78,92%), solteras (79,41%), sin hijos (59,31%), de segundo año del plan de estudios de la carrera (43,14%) y del turno mañana (40,69%). Relativo al autocuidado, se halló una baja prevalencia de tabaquismo (18,14%) y alta de sedentarismo (67,16%), la mayoría concurren a consulta médica 2 veces al año (58,33%) y se realizan exámenes de sangre anuales (57,35%). Al analizar las dimensiones que componen la calidad de vida relacionada con la salud, se encontró que la Función Física fue la mejor puntuada con una media de 89,95 (DE: 13,45), mientras, Vitalidad obtuvo la valoración más baja con una media de 49,12 (DE: 17,24).

Conclusiones: Con excepción de la Vitalidad, todas las dimensiones evaluadas presentaban una valoración positiva. El sexo (hombre), el año del plan de estudios (tercero), el turno (vespertino), el índice de masa corporal (normal) y la implementación de actividades de autocuidado se relacionaron positivamente con la calidad de vida.

Palabras claves: Calidad de Vida Relacionada con la Salud; Estudiantes de Enfermería; Salud del Estudiante.

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life related to health and its associated factors in technical nursing students of a non-university higher education institution in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, and quantitative study. The sample consisted of 204 technical nursing students, selected by non-probabilistic sampling, who responded to the SF-36 instrument during the first quarter of 2023. **Results:** Respondents had a mean age of 29.87 years (SD: 8.41) and were predominantly female (78.92%), single (79.41%), without children (59.31%), in the second year of the career (43.14%), and working the morning shift (40.69%). Regarding self-care, a low prevalence of smoking (18.14%) and a high prevalence of sedentary lifestyle (67.16%) were found. Most of the students had medical examinations twice a year (58.33%) and had annual blood tests performed (57.35%). When analyzing the dimensions that make up health-related quality of life, it was found that physical function obtained the best evaluation, with a mean of 89.95 (SD: 13.45), while vitality received the lowest evaluation with a mean of 49.12 (SD: 17.24). **Conclusions:** Except for vitality, all dimensions received a positive evaluation. Gender (male), year of the career (third), shift (evening), Body Mass Index (normal), and self-care activities were positively associated with quality of life.

Keywords: Health-Related Quality of Life; Nursing Students; Student Health.

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade de vida relacionada com a saúde e seus fatores associados em estudantes de técnica de enfermagem de uma instituição de ensino superior não universitária da Cidade Autónoma de Buenos Aires, Argentina. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo. A amostra foi composta por 204 estudantes de técnica de enfermagem escolhidos por amostragem não probabilística que responderam ao instrumento SF-36 durante o primeiro quadrimestre de 2023. **Resultados:** Os entrevistados tinham idade média de 29,87 anos (DP: 8,41) e eram em sua maioria do sexo feminino (78,92%), solteiros (79,41%), sem filhos (59,31%), no segundo ano do curso de enfermagem (43,14%) e no turno da manhã (40,69%). Relativamente ao autocuidado, verificou-se uma baixa prevalência de tabagismo (18,14%) e uma alta prevalência de sedentarismo (67,16%), a maioria foi ao médico duas vezes por ano (58,33%) e fez análises sanguíneas anuais (57,35%). Ao analisar as dimensões que compõem a qualidade de vida relacionada com a saúde, verificou-se que a Função Física foi a mais bem classificada com uma média de 89,95 (DP: 13,45), enquanto a Vitalidade obteve a classificação mais baixa com uma média de 49,12 (DP: 17,24). **Conclusões:** Com exceção da Vitalidade, todas as dimensões avaliadas foram avaliadas positivamente. O sexo (masculino), o ano curricular (terceiro ano), o turno (noturno), o índice de massa corporal (normal) e a realização de atividades de autocuidado estavam positivamente relacionados com a qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde; Estudantes de Enfermagem; Saúde do Estudante.

INTRODUCCIÓN

Los procesos formativos en las carreras de ciencias de la salud demandan de una inversión considerable de tiempo para cumplir con las exigencias académicas, lo cual, sumado a las obligaciones laborales, sociales, familiares,¹ y cambios en los estilos de vida,²⁻⁴ pueden comprometer la salud del estudiantado, afectándola negativamente.⁵

La percepción del sujeto sobre su propia salud, tanto física como psíquica, es referida por la literatura como Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).⁶ Este término es subjetivo, amplio y multidimensional y busca integrar de forma holística las definiciones dadas a la salud y a la calidad de vida a lo largo del tiempo, aludiendo a la influencia del estado de salud en la percepción de bienestar del sujeto.⁷

La Organización Mundial de la Salud⁸ define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, mientras, la Calidad de Vida es definida en función de “la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones”. Este último término, involucra la valoración subjetiva de aspectos físicos, psicológicos, sociales, ambientales, las creencias personales y el grado de independencia.⁹

La medición de la CVRS se erige como una herramienta valiosa para poder identificar los factores que ponen en riesgo la salud y el bienestar global de las personas, y poder diseñar e implementar estrategias tendientes a intervenir, eliminando o minimizando los factores de riesgo detectados.¹⁰

En el caso de los futuros estudiantes de enfermería la valoración de la CVRS es equivalente a la medición de la “salud”, y busca la descripción de la salud en términos de funcionalidad y bienestar. Esta medida resulta relevante de valorar dada la gran cantidad de desafíos a los que se enfrentan los estudiantes,¹⁻⁴ haciendo imperativa la medición de la salud física y mental en un contexto de valoración integral.

Se han realizado diversas investigaciones cuya finalidad ha sido conocer la CVRS de los estudiantes de nivel superior y los factores que la afectan. En general, se describe que estos tienen una peor CVRS en términos de salud mental, vinculada principalmente con condiciones de salud y variables educativas.¹¹⁻¹³ Por lo anterior, la educación en salud mental, la consejería psicológica, el soporte social y la promoción de estilos de vida saludable se han erigido como intervenciones válidas para mantener y mejorar la CVRS.¹⁴

La bibliografía disponible sobre la CVRS en los estudiantes de enfermería es escasa y los trabajos han sido realizados en población universitaria. Al respecto, un estudio realizado en Brasil con una muestra de 256 estudiantes de enfermería identificó relación entre un deterioro de la CVRS y la presencia de síntomas depresivos,¹¹ mientras, otro estudio realizado en Arabia Saudí el cual incluyó a 283 estudiantes avanzados de enfermería relacionó la valoración de la CVRS con el éxito académico.¹² Por otro lado, un trabajo realizado en nueve países (Chile, Egipto, Grecia, Hong Kong, India, Kenia, Omán, Arabia Saudí y Estados Unidos de América) encontró que los estudiantes de enfermería obtuvieron una valoración positiva de su función física, mientras, el dominio social obtuvo una valoración negativa. La edad, el país de residencia y el ingreso familiar mostraron influir en la calidad de vida.¹³

Por lo anterior, el presente trabajo se realizó con el objetivo de analizar la calidad de vida relacionada con la salud y sus factores asociados en los estudiantes de la carrera de Tecnicatura en enfermería de una institución de educación superior no universitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

METODOLOGIA

El presente trabajo responde a un estudio de tipo descriptivo con componentes analíticos, cuantitativo y transversal. El universo estuvo constituido por 431 estudiantes de la carrera de Tecnicatura en Enfermería de una institución de educación superior no universitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina durante el primer cuatrimestre de 2023. La muestra, estuvo integrada por 204 estudiantes y permitió un nivel de confianza del 95%, error del 5% y potencia superior al 80%. El muestreo implementado fue de tipo no probabilístico, dado que se buscó incluir a la mayor cantidad de población posible, accediendo a participar la muestra previamente referida.

Se incluyó a los estudiantes de la carrera de Tecnicatura en Enfermería, de cualquier sexo, matriculados en los tres turnos de la institución (mañana, tarde y vespertino) y que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. Fueron excluidos los estudiantes en estado de gestación y aquellos que no concurren el día de la toma de datos debido a la necesidad de implementar el proceso de consentimiento el cual fue personal.

Se implementó el instrumento SF-36 desarrollado durante el Medical Outcomes Study (MOS), integrado por 36 reactivos y que proporciona un perfil del estado de la salud mental y física de los encuestados. Las propiedades psicométricas del instrumento han sido evaluadas en diversos estudios, y se encuentra validado en la población argentina.^{10,15,16} El SF-36 cuenta con un alfa de Cronbach de 0,93, lo cual implica que tiene una alta consistencia para medir la CVRS.¹⁷

El SF-36 es un instrumento de carácter autoadministrado para su aplicación y requiere de un tiempo aproximado de 20 minutos para ser completamente diligenciado. Los reactivos que componen el constructo son respondidos mediante una escala tipo Likert de entre dos y seis alternativas de respuesta las cuales responden a ocho dimensiones o escalas multi-ítem (Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental) y una pregunta que no responde a ninguna dimensión denominada Transición del estado de salud. Los 36 ítems o reactivos se encuentran agrupados en once preguntas que responden a las dimensiones de la siguiente forma^{10,17}:

- Función física: incluye los ítems 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i y 3j. Esta dimensión valora el grado en que la salud limita actividades físicas de autocuidado, caminar o levantar cosas, así como esfuerzos moderados e intensos.
- Rol físico: incluye los ítems 4a, 4b, 4c y 4d. Esta dimensión valora el grado en que la salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias.
- Dolor corporal: incluye los ítems 7 y 8. Esta dimensión valora la intensidad del dolor y cómo ello afecta al trabajo y la realización de actividades sociales y en el hogar.
- Salud general: incluye los ítems 1, 11a, 11b, 11c y 11d. Esta dimensión analiza la valoración personal de la salud actual, sus perspectivas a futuro y la resistencia a enfermar.
- Vitalidad: incluye los ítems 9a, 9e, 9g y 9i. Esta dimensión evalúa la percepción de energía y vitalidad frente a los sentimientos de cansancio o agotamiento.
- Función social: incluye los ítems 6 y 10. Esta dimensión valora el grado en que los problemas de salud afectan la vida social.
- Rol emocional: incluye los ítems 5a, 5b y 5c. Esta dimensión valora el grado en el cual los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, reduciendo el tiempo destinado a ellas.

- Salud mental: incluye los ítems 9b, 9c, 9d, 9f y 9h. Esta dimensión valora la salud mental general, incluyendo los sentimientos de depresión, ansiedad, el control de la conducta y de las emociones.
- Transición de la salud: incluye el ítem 2. Este ítem valora la salud actual comparada con la del año anterior.

Se complementó la recolección de datos con 14 preguntas que buscaban caracterizar sociodemográfica, educativa y laboralmente a la muestra. Además, se realizó la evaluación de la implementación de actividades de autocuidado como la realización de actividad física regular, el hábito tabáquico, la asistencia regular a consulta médica y la realización de controles/exámenes de sangre anuales, así como el cálculo de índice de masa corporal (IMC). El peso y la talla fueron medidos el día de la recolección de datos utilizando instrumentos adecuados y calibrados para tal fin, y se calculó el IMC con la fórmula peso en kilogramos dividido talla en metros al cuadrado (kg/m^2). Se clasificó a los alumnos de acuerdo con los valores de IMC en seis categorías: bajo peso ($<18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$), normopeso ($18,5 - 24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$), sobrepeso ($25,0 - 29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$), obesidad grado I ($30 - 34,9 \text{ kg}/\text{m}^2$), grado II ($35 - 39,9 \text{ kg}/\text{m}^2$) y grado III ($\geq 40 \text{ kg}/\text{m}^2$).¹⁸

Para la recolección de datos, se solicitó la firma del consentimiento informado posterior a brindar la información necesaria para tomar una decisión respecto a la participación, y a quienes accedieron a diligenciar el instrumento se les envió el mismo vía correo electrónico o campus institucional (Google Classroom). Se utilizó el software Google Forms para volcar el instrumento y facilitar la recolección de datos.

Para el análisis del instrumento, las respuestas de los reactivos fueron homogeneizadas, se calcularon los puntajes brutos para sus escalas, y se realizó la sumatoria y transformación lineal requerida para el análisis del instrumento de acuerdo con el manual de análisis del SF-36. El valor final de las escalas oscila entre 0 y 100 puntos y son interpretados de modo que, a mayor puntaje, mejor estado de salud, siendo el punto de corte entre mejor-peor estado el puntaje 50.¹⁷

Los datos fueron analizados en el software para análisis estadístico Infostat en su versión libre. Para las variables cuantitativas se realizó el cálculo de medias y su correspondiente desviación estándar, mientras, para el análisis de las variables categóricas, se calcularon las frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Dado el comportamiento de las variables evaluado mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk modificado, se optó por el uso de pruebas paramétricas, implementándose las pruebas t de Student, ANOVA y test de Correlación de Pearson, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Respecto a los recaudos éticos, el estudio contó con la autorización del Departamento de Investigación bajo la resolución 05 de 2023. Se implementó el Consentimiento Informado escrito y no se recolectaron datos personales ni filiarios de los sujetos como nombres, apellidos, números de documentos o cualquier otra información que permitiese filiar al encuestado con el instrumento diligenciado, asegurando el anonimato. Se respetaron las leyes nacionales e internacionales en materia de ética de la investigación y protección de sujetos en investigación. El presente trabajo es considerado como “sin riesgo” puesto que es un trabajo observacional y que no se recopilaron datos filiarios.¹⁹

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 204 estudiantes de la carrera de Tecnicatura en Enfermería con una edad promedio de 29,87 años (DE: 8,41) con un mínimo de 17 y un máximo de 55 años. Los encuestados son mayormente mujeres (78,92%), de estado civil solteros (79,41%), sin hijos (59,31%),

de segundo año del plan de estudios de la carrera (43,14%), del turno mañana (40,69%), que conviven con su familia nuclear -padres y hermanos- (40,20%) y activos laboralmente (81,37%) (Tabla 1).

Tabla 1: Caracterización de la muestra (variables sociodemográficas, educativas y estado laboral), 2023. (n = 204)

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Hombre	42	20,59
	Mujer	161	78,92
	Otro	1	0,49
Estado civil	Soltero(a)	162	79,41
	Unión libre o Casado(a)	33	16,18
	Divorciado(a) o Viudo(a)	9	4,41
Tenencia de hijos	Si	83	40,69
	No	121	59,31
	Ninguno	121	59,31
Cantidad de hijos	Uno	34	16,67
	Dos	37	18,14
	Tres o más	12	5,88
Año del plan de estudios que cursa	Primero	56	27,45
	Segundo	88	43,14
	Tercero	60	29,41
Turno	Mañana	83	40,69
	Tarde	36	17,65
	Vespertino	85	41,67
	Solo(a)	29	14,22
	Pareja	45	22,06
Con quién convive	Pareja e hijo(s)	9	4,41
	Hijo(s)	21	10,29
	Padres y/o hermanos	82	40,20
	Abuelo/a(os) y/o tío/a(s)	5	2,45
	Otro familiar	6	2,94
Estado laboral	Con amigos	7	3,43
	Si	166	81,37
	No	38	18,63
Total		204	100,00

Fuente: Elaboración propia.

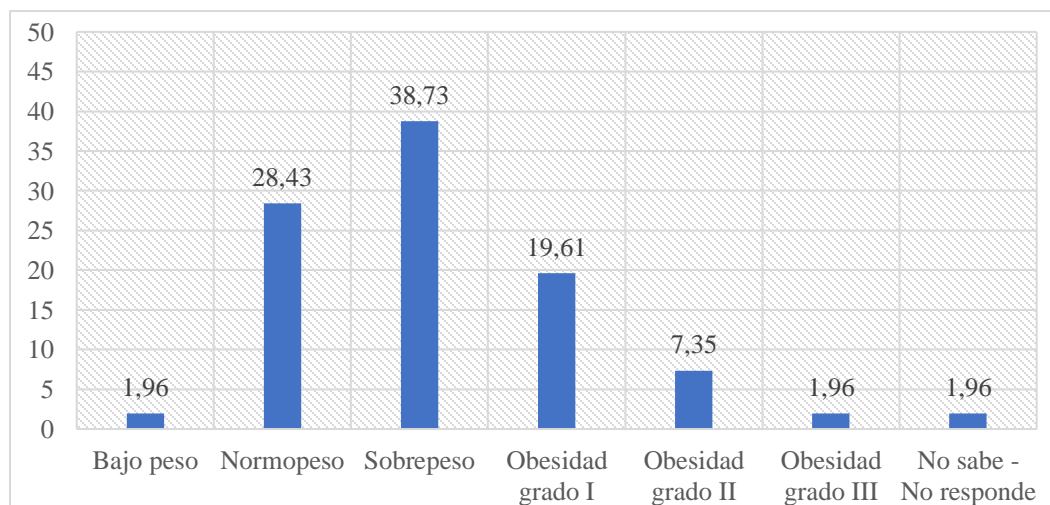
Relativo a la implementación de actividades de autocuidado, se halló que el 18,14% de los encuestados fuman regularmente, con una media de 5 cigarrillos/día, el 67,16% son sedentarios, el 58,33% asisten regularmente (2 veces al año o más) a consulta médica y el 57,35% se realizan exámenes de sangre anuales (Tabla 2). Se halló una media de Índice de Masa Corporal (IMC) de 27,91 Kg/m² (DE:5,47) y el 69,61% presenta sobrepeso u obesidad (Gráfico 1). El 7,84% presenta diagnóstico de enfermedad crónica.

Tabla 2: Implementación de actividades de autocuidado, 2023. (n = 204)

Variable	Categoría	n	%
Hábito tabáquico	Si	37	18,14
	No	167	81,86
	No regularmente	137	67,16
Actividad física	Si, 1-3 veces/semana	52	25,49
	Si, 4-7 veces/semana	15	7,35
Asistencia regular a consulta médica	Si	119	58,33
	No	85	41,67
Realización de controles/exámenes de sangre anuales	Si	117	57,35
	No	87	42,65
Total		204	100,00

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1: Distribución de las categorías del Índice de Masa Corporal de los estudiantes, 2023. (n = 204)



Nota: Categorías asignadas según las directrices de la Organización Mundial de la Salud.

Fuente: Elaboración propia.

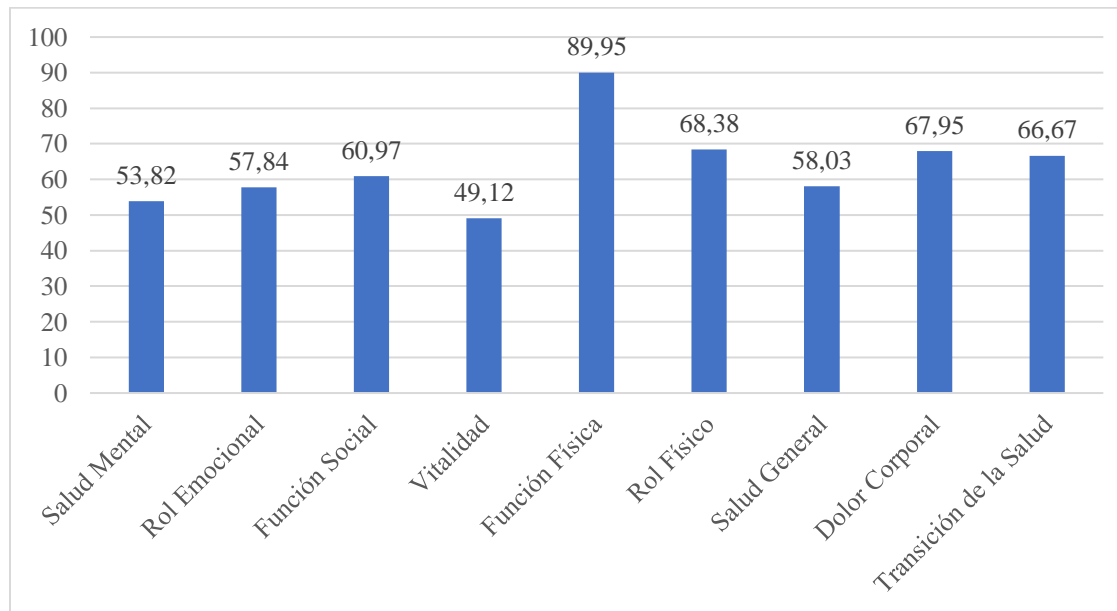
Al analizar las dimensiones que componen la CVRS, se encontró que la Función Física fue la mejor puntuada con una media de 89,95 (DE: 13,45), mientras, Vitalidad obtuvo la valoración más baja con una media de 49,12 (DE: 17,24). Con excepción de Vitalidad, todas las dimensiones de la CVRS obtuvieron medias por encima de los 50 puntos, valorándose como positivas en la escala de valoración (Gráfico 2).

Al realizar el análisis inferencial, se identificó que, en los hombres, las medias de las dimensiones Función Física, Salud General, Vitalidad y Salud Mental fueron superiores. Respecto al año de cursado, los estudiantes de primer año obtuvieron medias inferiores en las dimensiones Dolor Corporal y Rol Emocional, mientras, los de tercer año obtuvieron medias superiores en Función Física y Salud General (Tabla 3).

Los encuestados del turno vespertino (nocturno) presentaron medias superiores en la dimensión Salud Mental, y los que reportaron tener hijos, obtuvieron medias más altas en Rol Emocional y Transición del estado de salud. Los estudiantes que trabajan obtuvieron una media más alta en la dimensión

Función Física y más baja en Dolor Corporal. Quienes reportaron tener una enfermedad crónica diagnosticada, presentaron una media inferior en la Función Física, y finalmente, el estado civil, no se halló relacionado con las dimensiones de la CVRS (Tabla 3).

Gráfico 2: Medias de las dimensiones de la CVRS, 2023. (n = 204)



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3: Dimensiones de la CVRS y variables sociodemográficas, educativas y estado laboral, 2023. (n = 204)

Variable	Categorías	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE	SM	TS
Sexo	Hombre	94,29*	NS	NS	65,64*	55,71*	NS	NS	61,33*	NS
	Mujer	88,76			56,08	47,24			51,80	
Año de cursado	Primero	89,91		74,14*	59,71			42,86*		
	Segundo	87,78	NS	63,03	57,7	NS	NS	65,53	NS	NS
	Tercero	93,17*		69,37	61,33*			60,56		
Tenencia de hijos	Si	NS	NS	NS	NS	NS	NS	66,67*	NS	69,64*
	No							51,79		64,63
Trabaja	Si	90,90*	NS	66,25	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	No	85,79		75,34*						
Turno de estudio	Mañana								50,76	
	Tarde	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	51,66	NS
	Vespertino								57,74*	
Enfermedad crónica	Si	87,50	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	No	90,16*								

Nota: *p:<0,05. NS: No significativo. FF: Función física, RF: Rol físico, DC: Dolor corporal, SG: Salud general, VT: Vitalidad, FS: Función social, RE: Rol emocional, SM: Salud mental, TS: Transición de la salud.

Fuente: Elaboración propia.

La edad obtuvo índices de correlación positivos de muy bajas a bajas con las dimensiones Salud General (r:0,15, p:0,032), Vitalidad (r:0,39, p:<0,001), Función Social (r:0,16, p:0,022), Rol Emocional (r:0,25, p:<0,001) y Salud Mental (r:0,27, p:<0,001), mientras, el IMC obtuvo una correlación positiva baja con las dimensiones Dolor Corporal (r:0,15, p:0,028) y Rol Emocional (r:0,17, p:0,018). De lo anterior, se resalta que, si bien el hallazgo resulta significativo estadísticamente, la magnitud del efecto es pequeña en cuanto al nivel de correlación de las variables.

Respecto a los hábitos de autocuidado y su relación con las dimensiones de la CVRS, se halló que quienes presentan conductas sedentarias, presentaron medias inferiores en las dimensiones Dolor Corporal, Salud General y Transición del estado de salud, mientras, quienes reportaron realizar actividad física regularmente, obtuvieron medias superiores en las dimensiones Salud Mental, Función Social y Función Física (Tabla 4).

Se encontró que los fumadores presentaban medias inferiores en la totalidad de las dimensiones de la CVRS, sin embargo, dichos hallazgos no fueron estadísticamente significativos.

Los encuestados que dormían entre 7 y 8 horas por día, presentaron una media superior en la Salud General; quienes asistían regularmente al médico (al menos dos veces por año) para chequear su estado de salud, presentaron medias más altas en casi todas las dimensiones, excepto en Función Física, Rol Físico y Función Social, en las cuales no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de medias; y quienes reportaron realizarse análisis sanguíneos al menos una vez por año, presentaron medias superiores en la Salud General, Vitalidad, Salud Mental y Dolor Corporal (Tabla 4).

Tabla 4: Autocuidado y dimensiones de la CVRS, 2023. (n = 204)

Variable	Categorías	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE	SM	TS
Hábito tabáquico	Si									
	No	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Actividad física	No regularmente	88,32		63,49*	54,64*		57,85		51,36	64,23*
	Si, 1-3 veces/semana	94,81*	NS	75,98	64,88	NS	66,83	NS	59,08*	70,77
	Si, 4-7 veces/semana	88,00		80,80	65,20		69,17*		58,13	74,67
Asistencia regular a consulta médica	Si			71,61*	60,65*	52,18*		63,59*	57,01*	68,74*
	No	NS	NS	62,82	54,36	44,82	NS	49,80	49,36	63,76
Realización de controles/exámenes de sangre anuales	Si			73,38*	61,53*	53,76*			58,05*	NS
	No	NS	NS	60,63	53,32	42,87	NS	NS	48,14	
Horas de sueño diarias	≤6 horas				56,34					
	7-8 horas	NS	NS	NS	64,31*	NS	NS	NS	NS	NS
	≥9 horas				47,57					

Nota: *p:<0,05. NS: No significativo. FF: Función física, RF: Rol físico, DC: Dolor corporal, SG: Salud general, VT: Vitalidad, FS: Función social, RE: Rol emocional, SM: Salud mental, TS: Transición de la salud.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Durante el periodo formativo de los futuros profesionales de la enfermería, estos se enfrentan a una serie de desafíos que pueden afectar su salud física y mental, los cuales incluyen una alta carga académica, la responsabilidad en el cuidado de la salud de sus pacientes, la combinación de la vida académica, familiar, social y laboral, el elevado estrés y la presión emocional de las actividades realizadas, y los cambios en los patrones de autocuidado. Lo anterior, puede afectar negativamente a su salud psíquica y física en distintas aristas y, como consecuencia, impactar en su desempeño académico. Los estudiantes con un deterioro en su calidad de vida a menudo experimentan problemas para concentrarse, tomar decisiones acertadas y brindar cuidados de calidad a los pacientes, lo cual sienta la relevancia de realizar estudios en esta área.^{11-13,20,21} Resulta importante resaltar que los estudios consultados fueron realizados en población universitaria, representando el presente trabajo un antecedente en la población no universitaria.

En el presente trabajo si bien se identificó que las dimensiones de la CVRS obtuvieron valoraciones positivas, la Vitalidad obtuvo un puntaje por debajo del valor de corte, concluyéndose una baja calidad de vida en esta escala. Este hallazgo contrasta con diversos estudios como el de Fuentes-Heredia & Pastor-Ramírez²⁰ quienes encontraron un nivel medio de vitalidad en una muestra de 356 estudiantes de enfermería de Perú. Se ha descrito que aspectos como la carga académica y clínica, el estrés y los cambios en el estilo de vida, se relacionan con el deterioro en la vitalidad de esta población.²¹ Algunos estudios²²⁻²⁴ han vinculado la obesidad y el sobrepeso, con la percepción de baja vitalidad, siendo un área relevante de profundización para futuros trabajos.

Relativo a las actividades de autocuidado, resulta relevante destacar la baja prevalencia de tabaquismo (18,14%), lo cual es similar a los hallazgos en estudios similares.²⁵ Una revisión de literatura realizada en 2018 encontró que el tabaquismo en estudiantes universitarios de la salud es un hábito que presentan entre el 1,2% y el 51,3% de los estudiantes encuestados.²⁵

Por otro lado, la prevalencia de sobrepeso, posiblemente relacionado con el alto índice de sedentarismo hallado, resultan aspectos preocupantes que ameritan de intervención.^{25,26} Diversos estudios han mencionado que la reducción del tiempo libre, el agotamiento por el patrón de sueño inadecuado y la sobrecarga de actividades académicas, propias de la vida universitaria, se relaciona con el desarrollo e instauración de la conducta sedentaria y con el deterioro en la calidad de vida derivado.^{4,25,27} Un estudio realizado en Argentina² con estudiantes de enfermería, encontró que solo el 24,14% de los encuestados obtuvo una buena valoración del nivel de actividad física realizada, similar a los resultados del presente trabajo. Por otra parte, se encontró una relación entre la realización regular de actividad física con una evaluación positiva en las dimensiones que integran la CVRS. Este hallazgo es corroborado por un metaanálisis que incluyó 30 estudios y 19731 estudiantes que concluyó la existencia de una relación entre los dominios de la calidad de vida: Función Física, Función Social, Salud Mental y Vitalidad, y la actividad física.²⁸

La cantidad de horas destinadas al sueño y descanso mostraron estar vinculadas con la valoración de la salud general en los estudiantes encuestados. Respecto a lo anterior, un trabajo realizado en el noreste de China halló que un adecuado descanso y buena higiene del sueño se relacionaba con una mejor valoración de la calidad de vida en una muestra de 926 estudiantes de pregrado.²⁹ Estos hallazgos son ampliamente confirmados por la bibliografía.^{14,30}

Un estudio realizado en Colombia identificó que el 29,1% de los estudiantes de enfermería reportaron realizarse controles de salud periódicos.⁴ Al respecto, en el presente trabajo se encontró que más de la mitad de los encuestados asisten regularmente a consulta médica y se realizan controles o exámenes de sangre anuales. Si bien se halló un mayor compromiso con esta conducta, resulta importante destacar que el autocuidado es en general poco implementado.

Se requiere de tomar en consideración la calidad de vida de los estudiantes al momento de planificar la currícula, teniendo en consideración los aspectos que puedan afectarla negativamente.³¹ Asimismo, es importante promover el autocuidado en los espacios formativos, de modo que el futuro profesional no solo promueva la salud de los sujetos de cuidado, sus familias y la comunidad, sino que implemente estas actividades en su vida cotidiana.²⁵

Como limitaciones del estudio se resalta que el mismo fue realizado en una única institución superior no universitaria de carácter privado ubicada en una ciudad capital de Argentina. Asimismo, el alto número de estudiantes que estudian y trabajan, muy común en Argentina debido a variables socioeconómicas del país, puede ser un aspecto que no se vea representado en estudiantes de otros niveles educativos o localidades.

CONCLUSIONES

La CVRS de los estudiantes de enfermería fue evaluada en sus distintas dimensiones de forma positiva, con excepción de la dimensión Vitalidad. La Función Física fue la dimensión mejor evaluada, mientras, Vitalidad fue la peor percibida.

Se vincularon a una mala valoración (medias inferiores) de la CVRS en los estudiantes de enfermería las variables edad (mayor), sexo (femenino), turno de estudio (mañana), tenencia de enfermedad crónica, no tener hijos, no trabajar, ser sedentario, tener un patrón de sueño inadecuado, no concurrir a consulta médica regularmente, no realizarse estudios sanguíneos anuales y tener un índice de masa corporal alto.

Puede concluirse, además, que la promoción de un estilo de vida saludable (adecuada duración de sueño, realización de actividad física, cesación del tabaquismo, disminución del consumo de alcohol, mejorar los hábitos de alimentación, la concurrencia regular al médico y la realización de estudios sanguíneos anuales) es una estrategia clave para mantener y mejorar la CVRS en los estudiantes de nivel superior dado el impacto que estas tienen en el mantenimiento de la salud.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores no declaran tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

CBJC: Concepción y análisis formal de datos, recolección/obtención de resultados, investigación, metodología y recursos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión.

JAA: Concepción, investigación, metodología y recursos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión.

ECA: Concepción, investigación, metodología y recursos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión.

MAM: Concepción, investigación, metodología y recursos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión.

DNG: Concepción y análisis formal de datos, recolección/obtención de resultados, investigación, metodología y recursos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión.

REFERENCIAS

1. Leitón-Espinoza ZE, Cáceda-Nazco GS, Pérez-Valdez CL, Gómez-Luján M, González VF, Villanueva Benites ME. Calidad de vida del estudiante universitario antes y durante la pandemia de Covid-19. Salud Uninorte. 2022;38(3):675-692. <https://doi.org/10.14482/sun.38.3.614.59>

2. Ortigoza A, Canova-Barrios C. Estilos de vida de estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. *Rev Finlay.* 2023;13(2):199-208.
3. Mendoza Silva YO, Moreno Rodríguez AR, Zambrano Plata GE, Ruiz Roa SL. Jóvenes universitarios estilos de vida y biología humana. ¿Predisponen al desarrollo de enfermedad cardiovascular? *Rev Chil Enferm.* 2021;3(2):56-78. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2021.65590>
4. Canova-Barrios C. Estilo de vida de estudiantes universitarios de enfermería de Santa Marta, Colombia. *Rev Colomb Enferm.* 2017;14:23-32. <https://doi.org/10.18270/rce.v14i12.2025>
5. Cassaretto Bardales M, Martínez Uribe P, Tavera Palomino M. Aproximación a la salud y bienestar en estudiantes universitarios: importancia de las variables sociodemográficas, académicas y conductuales. *Revista de Psicología.* 2020;38(2):499-528. <https://doi.org/10.18800/psico.202002.006>
6. Ebrahim S. Clinical and Public Health Perspectives and Applications of Health-Related Quality of Life Measurement. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1383-94. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00116-O](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00116-O)
7. Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological aspects of health-related quality of life measurement: Tests and scales. En: B. Spilker, *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials.* New York: Lippincott-Raven; 1996. p. 117-131
8. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequentlyasked-questions>.
9. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud. 1996;17:385-387.
10. Canova-Barrios C, Oviedo-Santamaría P. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva.* 2021;32(4):181-188. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.11.002>
11. Mendes Souza IM, da Sillva Paro HB, Rizo Morales R, Costa Pinto R, Martins da Silva CH. Calidad de vida relacionada a la salud y síntomas depresivos de estudiantes del curso de graduación en enfermería. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(4). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400014>
12. Grande RA, Berdida DJ, Maniago JD, Ablao JN, Llaguno MB, Manood EG. Predictors of quality of life of nursing internship students from five Saudi universities. *J Taibah Univ Med Sci.* 2021;16(5):747-754. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2021.05.004>
13. Preposi Cruz J, Felicilda-Reynaldo R, Lam SC, Machuca-Contreras F, John Cecily H, Papatthaniou IV, et al. Quality of life of nursing students from nine countries: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today.* 2018;66:135-142. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.016>
14. Li HM, Zhong BL. Quality of life among college students and its associated factors: a narrative review. *AME Med J.* 2022;7:38. <https://doi.org/10.21037/amj-22-96>
15. Augustovski F, Lewin G, García-Elorrio E, Rubinstein A. The Argentine-Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(12):1279-1284. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.05.004>
16. Ayala A, Basualdo R, Salazar J, Núñez R, Manzitto G, Canova-Barrios C. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Enfermeros de Unidad de Cuidados Intermedios Moderados Pediátricos. *Ibero-American Journal of Health Science Research.* 2023;3(1):50-56. <https://doi.org/10.56183/iberojhr.v3i1.593>
17. Canova-Barrios C, Ramos de la Cruz E, Álvarez-Miño L, González Noguera TC, Osorio Duran EM. Relación entre condiciones de trabajo con la calidad de vida relacionada con la salud de trabajadores de enfermería y medicina de unidades de cuidados intensivos durante la pandemia


- COVID 19 en Santa Marta, Colombia. *Enf Global.* 2023;22(70):64–90. <https://doi.org/10.6018/eglobal.540111>
18. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev Méd Clín Condes.* 2012;23(2):124-128. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70288-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70288-2)
 19. Canova-Barrios C. Aspectos éticos en la publicación de manuscritos científicos: Una revisión de literatura. *Salud Cienc Tecnol.* 2022;2:81. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202281>
 20. Fuentes-Heredia AE, Pastor-Ramírez N. Autopercepción del estado de salud y capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería. *Rev Méd Panacea.* 2022;11(3):84-89. <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.502>
 21. Gómez-Urquiza JL, Velando-Soriano A, Membrive-Jiménez MJ, Ramírez-Baena L, Aguayo-Estremera R, Ortega-Campos E, et al. Prevalence and levels of burnout in nursing students: A systematic review with meta-analysis. *Nurse Educ Pract.* 2023;72:103753. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103753>.
 22. Ruiz Acacio E, Rojas Russell M, Serrano Alvarado K, López M. Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: el rol mediador y moderador de la ansiedad y la depresión. *Psicología y Salud.* 2017;27(2):189–198.
 23. García García JA, Cufarfán López J. Calidad de vida en estudiantes universitarios con sobrepeso y obesidad: Diferencias por sexo. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología.* 2019;5(3):e195. <https://doi.org/10.24016/2019.v5n3.195>
 24. Bautista Cueva J, Velasco Acurio E, Herrera López J, Analuisa Jimenez E, Martínez Garcia D, Cobo Sevilla V. Prevalencia del síndrome metabólico en el personal de salud. *Salud, Ciencia y Tecnología.* 2023;3:473. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023473>
 25. Canova-Barrios C, Quintana-Honores M, Álvarez Miño L. Estilos de Vida y su implicación en la salud de los estudiantes Universitarios de las Ciencias de la Salud: Una revisión sistemática. *Revista Científica de UCES.* 2018;23(2):98-126.
 26. Moya TE, Sánchez Zurita MA. Hábitos de vida de sobrepeso y obesidad en el período de pandemia por COVID-19. *Salud, Ciencia y Tecnología.* 2022;2:85. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202285>
 27. Salazar Ceballos A, Ardila Argüello K, Prado Perea L, Álvarez Miño L. Relación entre el transporte y la actividad física en universitarios, Santa Marta, Colombia, 2013: estudio de corte transversal. *Arch Med (Manizales).* 2015;15(2):250-9. <https://doi.org/10.30554/archmed.15.2.824.2015>
 28. Abrantes LCS, de Souza de Moraes N, Gonçalves VSS, Ribeiro SAV, de Oliveira Sedyama CMN, do Carmo Castro Franceschini S, et al. Physical activity and quality of life among college students without comorbidities for cardiometabolic diseases: systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res.* 2022;31(7):1933-1962. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03035-5>
 29. Ge Y, Xin S, Luan D, Zou Z, Liu M, Bai X, Gao Q. Association of physical activity, sedentary time, and sleep duration on the health-related quality of life of college students in Northeast China. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(1):124. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1194-x>
 30. Patel R, Kademane A, Dadheech S. Implicaciones para la práctica enfermera de la asociación entre el sueño y los resultados de salud. *Salud, Ciencia y Tecnología.* 2023;3:449. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023449>
 31. Torres GCS, Paragas ED Jr. Social determinants associated with the quality of life of baccalaureate nursing students: A cross-sectional study. *Nurs Forum.* 2019;54(2):137-143. <https://doi.org/10.1111/nuf.12306>

**SOBRECARGA EN CUIDADORES CHILENOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA****BURDEN AMONG CHILEAN CAREGIVERS OF PEDIATRIC PATIENTS
DIAGNOSED WITH EPILEPSY****SOBRECARGA EM CUIDADORES CHILENOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
COM DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA**

Tihare Burgos Osés¹ , **Francisco Márquez Ortega^{1a}** ,
Patricio Oliva Moresco² 

¹ Hospital Clínico Herminda Martin. Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Magíster en Salud Pública, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.

² Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Departamento de Nutrición y Salud Pública, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.

^a **Autor de correspondencia:** francisco.marquez.o@redsalud.gob.cl 

Como citar: Burgos TO, Márquez FO, Oliva PMG. Sobrecarga en cuidadores de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia, Chillán-Chile, 2021. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):57-68. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.72291>

Fecha de recepción: 13 de octubre del 2023

Fecha de aceptación: 21 de diciembre del 2023

Fecha de publicación: 26 de diciembre del 2023

Editor: Matías Faúndez Aedo 

RESUMEN

Introducción: Ser cuidador informal de pacientes pediátricos con epilepsia, implica una serie de desafíos que pueden repercutir en su salud, uno de ellos es el nivel de sobrecarga que experimenta.

Objetivo: Determinar el nivel de sobrecarga, características sociodemográficas y de cuidado del cuidador informal de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia. **Metodología:** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. Participaron 89 cuidadores de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia durante el 2021. Se aplicó una encuesta que consultaba datos sociodemográficos, del cuidado y la Escala de Zarit para medir el nivel de sobrecarga del cuidador. Se utilizó estadística descriptiva para presentar resultados. **Resultados:** Existe predominio del género femenino en un 97% para el cuidado del paciente pediátrico con diagnóstico de epilepsia. La mayoría

de las cuidadoras perciben bajos ingresos económicos y dedican más de 8 horas al cuidado, además de no tener apoyo permanente en el rol de cuidado. Seis de diez cuidadores poseen algún nivel de sobrecarga. **Conclusiones:** Los cuidadores de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia están sometidos a sobrecarga, ya sea ligera o intensa. El perfil de los cuidadores es género femenino, estado civil de soltera, ingreso económico por bajo el sueldo mínimo de Chile, alto porcentaje de ausentismo laboral y falta de apoyo para el cuidado. Se identifica desigualdad de género en materia de este cuidado y la imperiosa necesidad de reformar las actuales políticas públicas de cuidado enfatizando el apoyo a los cuidadores informales.

Palabras claves: Carga del Cuidador; Niño; Epilepsia; Cuidadores; Cuidado del Niño.

ABSTRACT

Introduction: Informal caregivers of pediatric patients with epilepsy confront a myriad of challenges that may adversely affect their health, with one prominent challenge being the magnitude of the burden they experience. **Objective:** This study aims to ascertain the level of burden, sociodemographic characteristics, and caregiving attributes among informal caregivers of pediatric patients diagnosed with epilepsy. **Methodology:** A descriptive, quantitative, and cross-sectional study was conducted, involving the participation of 89 caregivers of pediatric patients diagnosed with epilepsy in 2021. A survey was administered to gather sociodemographic and caregiving-related information, along with the application of the Zarit Scale to quantify the caregiver burden. Descriptive statistics were employed to present the findings. **Results:** Among the caregivers of pediatric patients with epilepsy, 97% were female. The majority of caregivers had a low income, dedicated more than 8 hours to caregiving responsibilities, and lacked consistent support in their caregiving role. Six out of ten caregivers reported experiencing some degree of burden. **Conclusions:** Caregivers of pediatric patients diagnosed with epilepsy encounter varying degrees of burden, ranging from mild to intense. The prevalent caregiver profile is characterized by females, often single, with incomes below the Chilean minimum wage, high rates of absenteeism, and insufficient support in their caregiving responsibilities. Gender disparities in caregiving are evident, emphasizing the urgent need to reform current public policies on caregiving, with a particular focus on bolstering support for informal caregivers.

Keywords: Caregiver Burden; Child; Epilepsy; Caregivers; Child Care.

RESUMO

Introdução: Ser um cuidador informal de pacientes pediátricos com epilepsia envolve uma série de desafios que podem ter repercussões em sua saúde, sendo um deles o nível de sobrecarga experimentado. **Objetivo:** Determinar o nível de sobrecarga, as características sociodemográficas e de cuidado dos cuidadores informais de pacientes pediátricos com diagnóstico de epilepsia. **Metodologia:** estudo descritivo, quantitativo e transversal. Oitenta e nove cuidadores de pacientes pediátricos com diagnóstico de epilepsia durante 2021 participaram. Foi aplicada uma pesquisa que consultou dados sociodemográficos e de cuidados e a Escala Zarit para medir o nível de sobrecarga do cuidador. Estatísticas descritivas foram usadas para apresentar os resultados. **Resultados:** 97% dos cuidadores eram do sexo feminino, e 97% eram do sexo feminino quando cuidavam de pacientes pediátricos com epilepsia. A maioria dos cuidadores tem baixa renda e gasta mais de 8 horas no cuidado, além de não ter apoio permanente na função de cuidador. Seis em cada dez cuidadores apresentam algum nível de sobrecarga. **Conclusões:** Os cuidadores de pacientes pediátricos com diagnóstico de epilepsia estão sujeitos a sobrecarga, seja ela leve ou intensa. O perfil dos cuidadores é do sexo feminino, solteiros, com renda inferior ao salário-mínimo chileno, uma alta porcentagem de absenteísmo e falta de apoio para o cuidado. É identificada a desigualdade de gênero no cuidado

e a necessidade urgente de reformar as políticas públicas atuais sobre o cuidado, com ênfase no apoio aos cuidadores informais.

Palavras-chave: Fardo do Cuidador; Criança; Epilepsia; Cuidadores; Cuidado da Criança.

INTRODUCCIÓN

El cuidador de personas enfermas puede presentar una serie de complicaciones que afectarían su salud en distintos ámbitos, siendo uno de ellos el nivel de sobrecarga.¹ Se denomina cuidador informal al individuo que realiza la tarea de cuidado de personas enfermas, en situación de discapacidad o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria.² En el contexto internacional el cuidador informal, se caracteriza por ser del género femenino, edad adulta y paralelamente cumplir labores en el hogar.³ Entre 2015 y 2020 en Estados Unidos la cantidad de cuidadores aumentó de 43 a 53 millones y el 61% de estos correspondía a mujeres.⁴ En Chile el 97,7% de los cuidadores informales son mujeres, y el 68% de ellas presenta sobrecarga intensa.⁵

Zarit, Reever y Bach-Peterson definieron sobrecarga como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica.⁶ De los instrumentos que permiten medir la sobrecarga, la Escala de Zarit, es la más utilizada y con mayor validez en países de Latinoamérica, tanto en su versión completa como abreviada.⁷

La epilepsia es reconocida como una enfermedad cerebral en la que ocurren convulsiones no provocadas.⁸ En Chile está incorporada en las Garantías Explícitas en Salud (GES) en su tipo no refractario y en pacientes pediátricos abarca las edades desde 1 hasta 15 años;⁹ asimismo, se han generado políticas estatales que intentan dar soporte a la labor del cuidador, siendo la más reciente la creación del Sistema Nacional de Cuidados el 2022.¹⁰

La edad del cuidador informal del paciente pediátrico con diagnóstico de epilepsia suele estar entre 30 y 40 años¹¹ la que puede extenderse hasta los 50 años en edad adulta; cumpliendo su rol de cuidado en un promedio de 7 a 11 años cuando se prolonga a la edad adulta.¹² El género predominante es el femenino y en una muy alta proporción corresponde a la madre del paciente,¹³⁻¹⁵ quienes, en mayor medida, conviven en matrimonio con otras personas.¹⁶ En Estados Unidos estos cuidadores tienen mayores gastos en comparación a la población general, por persona se puede gastar hasta \$2000 dólares en consumos sanitarios y perder hasta \$5000 dólares por improductividad.¹² Igualmente, un alto porcentaje se encuentran desempleados, y cumplen el rol de cuidado en promedio 11 horas diarias,¹⁶ y hasta 70 horas semanales de su propio tiempo, así también cuidando a más de una persona.¹⁷

Por otro lado, los cuidadores de pacientes epilépticos pueden recibir apoyo en su labor,¹⁶ la principal fuente de apoyo emocional es la familia y otro porcentaje buscan apoyo en internet o en el equipo sanitario.¹⁷ Las redes de apoyo que recibe el cuidador en su rol, sea hombre o mujer, tiende a ser en la mayoría del género femenino.¹⁸

Una revisión bibliográfica evidenció que cuidadores de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia están expuestos a una sobrecarga humana y financiera alta,¹⁹ y las mujeres han presentado mayor sobrecarga en su labor de cuidador informal, incluso de mayor impacto en relación a los varones.^{20,21} En Latinoamérica García-Galicia et al. evidenciaron que la sobrecarga de este cuidador y un núcleo familiar íntegro mediante matrimonio tienen una relación estadísticamente significativa;²² mientras que, en otros estudios, variables como el ingreso económico y la escolaridad no evidencian relación estadísticamente significativa con la sobrecarga del cuidador.¹³ Por otro lado, se ha

determinado que la edad y las horas semanales de cuidado tienen una relación positiva con la sobrecarga del cuidador, así también una relación negativa con la presencia de más familiares para cumplir el cuidado.¹⁶ En otro estudio realizado por Edelstein et al reafirmaron que la sobrecarga y el apoyo social tienen una relación estadística negativa.¹¹

En otros diagnósticos neurológicos, un estudio internacional realizado a pacientes pediátricos con Atrofia Medular Espinal afirma que la presencia de otro hijo con alguna situación de discapacidad afecta las necesidades del núcleo familiar, teniendo a su vez una moderada correlación con la sobrecarga del cuidador.²³ Por otra parte, un estudio realizado a cuidadores de pacientes adultos con Alzheimer evidenció que existe relación significativa entre la presencia de sobrecarga y los años como cuidador,²⁴ mientras que en un grupo cuidadores de pacientes pediátricos en situación de discapacidad se evidenció mayor prevalencia de sobrecarga al cumplir este rol por más de cinco años, aunque sin una relación estadísticamente significativa.²⁵

Por lo anteriormente expuesto, el objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de sobrecarga, características sociodemográficas y de cuidado del cuidador informal de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia.

METODOLOGIA

Diseño descriptivo, cuantitativo de corte transversal. La población estuvo constituida por 118 cuidadores informales de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia que tuvieron consulta o control en el policlínico de neuropsiquiatría de un establecimiento de salud alta complejidad en Chillán entre julio-diciembre de 2021. La muestra fue constituida por 89 cuidadores. Se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, basándose en disponibilidad y accesibilidad a la información.

Como criterio de inclusión se consideró a un cuidador directo de un usuario con diagnóstico de epilepsia dentro del GES y que posea control activo en el Policlínico de Neuropsiquiatría del centro hospitalario de Ñuble. Se excluyeron a cuidadores de usuarios institucionalizados y de pacientes con diagnóstico de epilepsia descartada, de alta o fallecidos al momento de recolectar los datos.

Luego de definir la muestra, se contactó por vía telefónica a los participantes del estudio para presentar el proyecto. Una vez realizado el contacto, se les solicitó un correo electrónico para enviar el consentimiento informado y los cuestionarios mediante Google Forms. Se recopiló información sociodemográfica del cuidador y sobre las características del cuidado a través de 11 preguntas que abordaban las variables edad, género, parentesco con el paciente, estado civil, ingreso económico, escolaridad, situación laboral, horas destinadas al cuidado, años dedicados al cuidado, personas adicionales bajo su cuidado y apoyo en la labor del cuidado.

Para medir el nivel de sobrecarga del cuidador se utilizó la escala de Zarit, instrumento que consta de 22 preguntas con cinco posibles respuestas: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre. Estas alternativas puntúan de 1 a 5 con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, estableciendo los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56).²⁶ La escala de Zarit se validó en Chile el año 2009 mediante un estudio donde se logró una validez de constructo mediante una fuerte correlación en el indicador de sobrecarga y depresión (Coeficiente de correlación de Pearson = 0,51 – 0,7; $p < 0,05$) y validez de criterio con una correlación casi perfecta entre la versión original y la abreviada (Coeficiente de correlación de Pearson = 0,92; $p < 0,001$) y en lo que respecta a la confiabilidad, se logró una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,87) y una confiabilidad en estabilidad de 0,91 (Kappa en test-retest) y confiabilidad inter observador de 0,86 (Coeficiente correlación intraclase), siendo el valor $>0,8$ casi perfecto entre las dos evaluaciones.²⁷

Esta investigación contó con la aprobación del Comité Ético Científico del establecimiento sanitario donde se realizó la investigación con fecha 27 de diciembre de 2022 (CEC-HCHM 32-2022). Luego se solicitó la información requerida al Servicio de Salud Ñuble a través de la plataforma de la Ley de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado Ley 20.285, la cual permite a cualquier persona acceder a la información pública, es decir aquella que se encuentra en poder de cualquier Institución Pública, solicitando los antecedentes de los usuarios pediátricos con diagnóstico de epilepsia atendidos en el principal establecimiento sanitario de Ñuble durante el periodo julio-diciembre 2021.

Para efectos de resguardo de la información y confidencialidad de esta, se creó un correo electrónico Gmail para la recepción de los formularios con las respuestas de los participantes, siendo los investigadores los responsables de custodiar la información.

Todos los análisis de las variables fueron realizados en el programa Excel. Para las variables categóricas se utilizó estadística descriptiva con números y porcentajes.

RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 89 cuidadores informales, mayoritariamente en edad de 35 años o más, correspondiendo en un 97% al género femenino, en específico a la madre del paciente pediátrico con diagnóstico de epilepsia, constituyéndose como la figura principal en la labor del cuidado. Respecto al estado civil, la mitad de los encuestados eran solteros y un tercio estaban casados. En cuanto al ingreso económico, un cuarto de la muestra percibe ingresos sobre el sueldo mínimo en Chile, que actualmente es de \$460.000 (cuatrocientos sesenta mil pesos chilenos), equivalente aproximadamente a 540 USD. La mitad de los cuidadores tiene estudios de enseñanza media y cerca de dos tercios no se encontraba trabajando. En la tabla 1 se presentan los datos de caracterización sociodemográfica de los cuidadores.

En la tabla 2 se exponen los resultados de las características de la labor del cuidado, donde es importante destacar que seis de cada diez cuidadores dedican más de ocho horas al cuidado del paciente pediátrico con diagnóstico de epilepsia y cuatro de cada diez lleva más de ocho años como cuidador. Del total de la muestra, la mitad de los cuidadores tienen dos y más personas adicionales a su cuidado. Finalmente, un tercio de los cuidadores no recibe apoyo en las labores del cuidado.

En relación con el nivel de sobrecarga detectado (Tabla 3), se pudo establecer que cuatro de cada diez cuidadores presentan ausencia de esta condición, sin embargo, es importante destacar que un tercio de la muestra presenta un nivel de sobrecarga intensa, el que, sumado al nivel de sobrecarga ligera, representa el 70,6 % del grupo estudiado, lo que es fundamental a señalar por la labor que les corresponde desarrollar.

Hay que destacar además que, del grupo de cuidadores con nivel intenso de sobrecarga, el 94% de ellas son madres de los pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia, el 35% se encuentra trabajando y el 39% recibe menos de \$ 476.253 como ingreso económico mensual. Adicionalmente, hay que señalar que nueve de cada diez cuidadores con el mismo nivel de clasificación de sobrecarga, dedican más de ocho horas al cuidado del paciente, y que sólo el 13% obtiene apoyo en la labor del cuidado y el 49% tiene más de dos personas adicionales bajo su cuidado.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los cuidadores de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia.

Características sociodemográficas	n (%)
Edad	
20-34	40 (44,9)
35 y más	49 (55)
Género	
Femenino	86 (96,6)
Masculino	3 (3,37)
Parentesco	
Madre	83 (93,2)
Padre	3 (3,3)
Abuela/o	3 (3,3)
Estado civil	
Casado/a	27 (30,3)
Separado/a	8 (8,98)
Soltero/a	52 (54,4)
Ingreso económico	
\$0-145.631	31 (34,8)
\$145.631-476.253	38 (42,6)
\$476.523 y más	20 (22,4)
Escolaridad	
Básica	9 (10,1)
Media	49 (55)
Superior	31 (34,8)
Situación laboral (activo/a)	
No	59 (66,2)
Si	30 (37,7)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Caracterización de la labor del cuidado de los cuidadores de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia.

Características de la labor del cuidado	n (%)
Horas destinadas al cuidado	
Menor a 8 horas	17 (19,1)
8 horas y más	52 (58,4)
Años dedicados al cuidado	
1-4	29 (32,5)
5-7	27 (30,3)
8 y más	33 (37,0)
Personas adicionales bajo su cuidado	
0	14 (15,7)
1	28 (31,4)
2 y más	47 (52,8)
Apoyo en la labor del cuidado	
Esporádico	37 (41,5)
No	31 (34,8)
Permanente	21 (23,5)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Nivel de sobrecarga de los/las cuidadores informales

Nivel de Sobrecarga	n (%)
Ausencia de sobrecarga	35 (39,3)
Sobrecarga ligera	23 (25,8)
Sobrecarga intensa	31 (34,8)

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Se destaca la mayor prevalencia de ausencia de sobrecarga en el cuidador, lo cual condice con otros estudios internacionales.^{13,15,20,22} Sin embargo, un tercio de la muestra manifiesta sobrecarga intensa y por consiguiente son sujetos con riesgo de presentar mayores complicaciones en su salud mental¹³ como ansiedad, cefalea, insomnio y una marcada sintomatología depresiva,²⁸ situación que podría generar mayor gasto públicos en salud.

El promedio de edad de los cuidadores fue 37 años, similar a estudios internacionales en la misma materia.^{13,15,20} En Chile, este valor es poco menor respecto a estudios en cuidadores de pacientes pediátricos con otros diagnósticos.²⁹

Al igual que otros estudios internacionales el género femenino es el que predomina en el rol de cuidador del paciente pediátrico con epilepsia^{13,15} y hasta tres cuartos sienten que su vida está subordinada al rol de cuidador, obligando a abandonar sus planes y pasatiempo. Además, reportan que la condición de sus hijos tuvo impacto perjudicial en la relación parental, familiar y con niños sanos,³⁰ siendo un patrón que puede extenderse hasta la adultez del paciente en este diagnóstico^{14,16,31} y con otras afecciones neurológicas³². En Chile esta pauta también se repite en cuidadores de pacientes pediátricos con otros diagnósticos.^{28,33} Culturalmente existe una visión estereotipada donde la mujer es considerada por naturaleza quien posee la característica para otorgar el cuidado, postura que según una revisión bibliográfica realizada por Gascella Carbó y García-Orellan favorece de forma inevitable una desigualdad de género en nuestra sociedad.³⁴

Al igual que en la presente investigación, la evidencia demuestra que es la madre del usuario quien tiende a asumir el rol de cuidador en estos pacientes.^{13,15} Además, el estado civil de soltera de estas madres fue notoria en la presente investigación al representar más de la mitad de la muestra, patrón que difiere a la evidencia encontrada en otros países donde hay mayor tendencia al matrimonio;²⁰ además, un estudio latinoamericano evidenció que las mayores desventajas que manifiestan las madres solteras se centran en las críticas sociales, la falta de apoyo y las repercusiones económicas.³⁵ Lo cual demuestra un eventual escenario en el que podría desarrollarse el rol del cuidado y el poco reconocimiento que tienen las mujeres al cumplir esta función, denotando la importancia de que el Estado ofrezca instancias de preparación, capacitación y retribuciones a las mujeres cuidadoras.

El ingreso económico de la muestra no presentó una tendencia, sin embargo, el mayor porcentaje se concentró en el menor rango de ingreso \$145.631-476.253 (157 y 513 USD), cifra que redondea el sueldo mínimo en Chile correspondiente a \$460.000 (540 USD) para la población adulta.³⁶ Este antecedente podría tener relación también con el alto porcentaje

de cuidadores que no se encuentran trabajando, cifra que difiere en estudios internacionales donde los cuidadores activos laboralmente superan más de la mitad de la muestra.^{14,16}

De las cuidadoras que no se encuentran trabajando, un poco más de la mitad completaron enseñanza media, cifra similar a la reportada en un estudio chileno²⁸ y otro país latinoamericano.²⁰ En este contexto, según datos de la Encuesta Nacional de Empleo realizada por el Instituto Nacional de Estadística de Chile entre noviembre 2021 y enero 2022 existe una menor participación laboral de la mujer en comparación al hombre, siendo uno de los principales motivos las responsabilidades familiares permanentes como el cuidado de un hijo.³⁷ A nivel internacional la situación es similar, como se demostró en una revisión bibliográfica realizada por Yu et al donde se denota una tendencia al abandono de estudios y/o trabajos por parte del cuidador de paciente con epilepsia,³⁸ así también una mayor tendencia al desempleo según reportaron Sullivan et al.²¹ Algunos autores plantean la alternativa de ampliar la visión del rol del cuidador como un trabajo, lo cual aumentaría el valor profesional y social de quienes lo realizan.²⁹

Respecto a las características del cuidado, un alto porcentaje de la muestra dedica más de ocho horas al día en esta función, cifra similar en estudios internacionales¹⁵ y extrapolable además a los pacientes adultos con diagnóstico de epilepsia.¹⁶ El mayor porcentaje de los cuidadores lleva menos de ocho años cumpliendo el rol de cuidador, cifra que se puede explicar por una mayor tendencia a asumir este rol desde el primer ciclo vital del paciente afectado.²⁸

Un aspecto relevante de destacar es que la presente investigación al igual que en otros estudios del contexto latinoamericano evidenció que el cuidador del paciente con diagnóstico de epilepsia además cumple con este rol en otras personas.²⁹ Complementando, dos tercios de los cuidadores reciben apoyo ya sea permanente o esporádico, lo cual también se evidencia en cuidadores de pacientes adultos con epilepsia.^{16,29} Sin embargo, aproximadamente un tercio no recibe apoyo en el rol de cuidador, cifra que destaca otra desigualdad de género al considerar que casi el total de la muestra está compuesta por mujeres y que los varones tienden a recibir mayor apoyo en el rol de cuidador¹⁸ y sufren un menor impacto social, familiar y de salud en comparación a las mujeres.²¹

Considerando lo expuesto anteriormente y la poca experiencia con la que cuenta Chile en materia de cuidado,⁶ es importante la implementación de políticas públicas que se enfoquen en el apoyo al cuidador y seguir el modelo de países europeos como Alemania y España quienes se enfocan en el bienestar del cuidador de adultos mayores y se preocupan de mantenerlos inmersos en el mercado laboral adaptando las leyes laborales.³⁹

La presente investigación exhibe limitaciones en algunos aspectos que constituyen un punto de inflexión para ser abordados en estudios posteriores, al respecto destacar lo concerniente al tamaño muestral, lo cual dificultó el análisis impidiendo establecer diferencias estadísticas entre algunas variables estudiadas tal como, el género del cuidador. Por otra parte, las medidas preventivas generadas por la pandemia de COVID-19 restringieron ciertos aspectos en lo que respecta de la logística de los investigadores como dificultades de traslado para la aplicación encuestas de forma presencial, optando por un instrumento auto aplicado de forma online y la conformación de una muestra por conveniencia.

La metodología utilizada para el levantamiento de información permitió acceder de forma directa a la población estudiada, a quienes fue posible presentar la investigación propuesta y de esta forma recolectar los datos necesarios cumpliendo además la planificación calendarizada que para el efecto se establecía en la Carta Gantt del estudio. No obstante, se plantea la idea de replicar similar investigación considerando contextos con agregado de otras variables, distintos grupos poblacionales, aspectos clínicos y factores psicosociales del cuidador/a, lo cual requiere considerar un diseño observacional analítico, con un número muestral mayor y considerar un adecuado análisis estadístico de asociatividad y/o relacional.

Otra limitación metodológica que se observó fue la dificultad para comprender el contexto situacional de la persona bajo el cual tuvieron la posibilidad y factibilidad de responder el instrumento encuesta.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se logró caracterizar aspectos sociodemográficos del cuidador y las características del cuidado hacia los pacientes pediátricos con diagnósticos de epilepsia, así también conocer el nivel de sobrecarga que presentan al ejercer este rol. Destaca la alta presencia del género femenino en el rol de cuidadoras, quienes, con un mínimo de ingresos económicos, abandono de actividades laborales y escaso apoyo de terceros cumplen un rol que es vital para el paciente pediátrico y que repercute los distintos ámbitos de su salud.

La sobrecarga del cuidador de un paciente con epilepsia se puede presentar en cualquier momento de su ciclo vital. Esta actividad repercute en el desempeño de las actividades diarias y el desarrollo personal, laboral y de salud del cuidador. Para el profesional de enfermería se hace imperante la detección temprana y seguimiento del núcleo familiar del paciente, así también la elaboración de estrategias con equipos multidisciplinarios para no desencadenar otros problemas como lo son ansiedad, complicaciones de sueño o incluso depresión.

Por otra parte, se denota en esta investigación las diferencias de género en materia económica, laboral y de redes de apoyo a las que se ve sometida la mujer, por no mencionar que son prácticamente las únicas personas que ejercen la labor del cuidador tanto en la patología estudiada como en otras condiciones. Se destaca la importancia de que las políticas estatales reconozcan el desempeño de la mujer en el cuidado como una condición laboral, en la que los gobiernos adopten un rol activo de soporte, capacitación, entrega de recursos monetarios para el ejercicio de este y el reconocimiento que merecen.

Mediante esta investigación se hace una reflexión respecto a las estrategias implementadas como políticas públicas, la importancia de mejorar la asignación de recursos monetarios, la necesidad de fortalecer las intervenciones tempranas desde la Atención Primaria en Salud y potenciar el fortalecimiento del rol del cuidador desde un enfoque de género.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores no declaran tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AGRADECIMIENTOS: A familia y entorno.

AUTORÍA:

TBO: Concepción, análisis formal de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión.

FMO: Concepción, análisis formal de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión.

POM: Supervisión, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión.

REFERENCIAS

1. Fernández MB, Herrera MS. El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Rev Med Chil.* 2020; 148(1):30–6. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000100030>
2. García E. Puesta al día: Cuidador Informal. *Rev enferm CyL.* 2016 8(1):71–7.
3. García-Morán GA, García-Campos ML, Beltrán-Campos V, Patiño-López ME. Características del cuidador familiar del niño con discapacidad intelectual: Revisión integradora. *SANUS.* 2022;7. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.287>
4. Weber-Raley L, Haggerty K, McLaurin R, Baydaline C. 2020 Report Caregiving in the U.S. USA: The National Alliance for Caregiving; 2020.107p
5. Sepúlveda G, Castro S. Informe 1era Encuesta sobre Cuidadores Informales: La mirada de quienes cuidan en Chile. Santiago, Chile: Fundación Mamá Terapeuta y Asociación Yo Cuido; 2018. 27p
6. Solabarrieta J, Gómez I, Carrasco M, Larrinoa P, Martínez S, Ortiz N. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema.* 2011;23(3):388-393.
7. García Rodríguez LC, Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L. Instrumentos para la medición de sobrecarga del cuidador en pacientes con enfermedad crónica: revisión psicométrica. *Salud UIS.* 2023;55: e23005. <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23005>
8. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia.* 2014;55(4):475–482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>
9. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19966 Establece un régimen en garantías en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: 2012. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834&idParte=>
10. Gobierno de Chile. Así funcionará el Sistema Nacional de Cuidados anunciado por el Presidente Boric. *Gob.cl.* 2022. <https://www.gob.cl/noticias/asi-funcionara-el-sistema-nacional-de-cuidados-anunciado-por-el-presidente-boric/>
11. Edelstein OE, Shorer T, Shorer Z, Bachner YG. Correlates of caregiving burden among Bedouin-Muslim mothers of children diagnosed with epilepsy. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(18):11595. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811595>
12. Hussain SA, Ortendahl JD, Bentley TKG, Harmon AL, Gupta S, Begley CE, et al. The economic burden of caregiving in epilepsy: An estimate based on a survey of US caregivers. *Epilepsia.* 2020;61(2):319–329. <https://doi.org/10.1111/epi.16429>

13. Pokharel R, Poudel P, Lama S, Thapa K, Sigdel R, Shrestha E. Burden and its predictors among caregivers of patient with epilepsy. *J Epilepsy Res.* 2020;10(1):24–30. <https://doi.org/10.14581/jer.20005>
14. Oliveira MC, Lima EM, de Paiva MLN, Valente KDR. Factors associated with caregiver burden of adults with epilepsy in a middle-income country. *Seizure.* 2022;98:1–7. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2022.03.015>
15. Samia M. Abd El-Mouty, and Nagwa M. Salem. Burden and Quality of Life among Caregivers to Children with Epilepsy, *Am J Nurs Res.* 2019; 7(5): 817-823. <https://doi.org/10.12691/ajnr-7-5-15>
16. Lai S-T, Tan W-Y, Wo MC-M, Lim K-S, Ahmad SB, Tan C-T. Burden in caregivers of adults with epilepsy in Asian families, *Seizure.* 2019;71:132–9. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.07.008>
17. Domaradzki J, Walkowiak D. Emotional experiences of family caregivers of children with Dravet syndrome. *Epilepsy Behav.* 2023;142:109193. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2023.109193>
18. Rodríguez-Madrid M, Río-Lozano M, Fernández Peña R, Elizalde-Sagardia B, García-Calvente M. Redes personales de apoyo y cuidador informal: ¿diferencia por sexo y territorio? (estudio CUIDAR-SE II). *Gac Sanit.* 2021;35(6):515–524. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.011>
19. Jensen MP, Brunklaus A, Dorris L, Zuberi SM, Knupp KG, Galer BS, et al. The humanistic and economic burden of Dravet syndrome on caregivers and families: Implications for future research. *Epilepsy Behav.* 2017;70(Pt A):104–9. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.02.003>
20. González-Araujo A, Ruiz-Carlo JR. Funcionalidad familiar y sobrecarga en cuidadores de niños con epilepsia. *Rev Mex med fam.* 2021;8(2):56-61. <https://doi.org/10.24875/RMF.20000211>
21. Sullivan J, Deighton AM, Vila MC, Szabo SM, Maru B, Gofshteyn JS, et al. The clinical, economic, and humanistic burden of Dravet syndrome - A systematic literature review. *Epilepsy Behav.* 2022;130(108661):108661. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108661>
22. Garcia A, Toral L, Martinez O, Montiel A, González A, Parra J. Calidad de vida del paciente con epilepsia y sobrecarga de su cuidador. *Rev Hosp Jua Mex.* 2020;81–86. <https://doi.org/10.24875/RHJM.20000023>
23. Evkaya Acar A, Karadağ Saygı E, İmamoğlu S, Öztürk G, Ünver O, Ergenekon P, et al. The burden of primary caregivers of spinal muscular atrophy patients and their needs. *Turk Arch Pediatr.* 2021;56(4):366–373. <https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatr.2021.20117>
24. Chamba Ortiz PA, Ojeda Orellana KP. Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. *Chordeleg*, 2017. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.* 2019;37(1):11–9. <https://doi.org/10.18537/RFCM.37.01.02>
25. Gómez-Ramírez E, Calvo-Soto AP, Dosman BT, Ángulo MDLÁ. Sobrecarga del cuidado y morbilidad sentida en cuidadores de niños con discapacidad. *Duazary.* 2019;16(1):67. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2508>

26. Regueiro Martínez AA, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Carmen Ferreiro Cruz M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria, *Aten Primaria*. 2007;39(4):185–8
27. Breinbauer K H, Vásquez H V, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Original and abbreviated Zarit caregiver burden scales. Validation in Chile. *Rev Med Chil*. 2009;137(5):657–65. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>
28. Hussain SA, Ortendahl JD, Bentley TGK, Harmon AL, Gupta S, Begley CE, et al. The economic burden of caregiving in epilepsy: An estimate based on a survey of US caregivers. *Epilepsia*. 2020;61(2):319–29. <http://dx.doi.org/10.1111/epi.16429>
29. Arias Reyes C, Muñoz-Quezada MT. Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores de escolares con discapacidad intelectual. *Interdiscip Rev Psicol Cienc Afines*. 2019;36(1)
30. Domaradzki J, Walkowiak D. Emotional experiences of family caregivers of children with Dravet syndrome. *Epilepsy Behav*. 2023;142:109193
31. De La Concepción Fournier del Castillo M, Orduña BE, Barrio SC. Implicaciones Neuropsicológicas de la Epilepsia Pediátrica en el Ámbito Educativo. *RNNN*. 2021. 21(1):227–263
32. Abou-Khalil BW. Update on Antiseizure Medications 2022. *Continuum (Minneapolis)*. 2022 Apr 1;28(2):500-535. <http://dx.doi.org/10.1212/CON.0000000000001104>
33. Toffoletto MC, Reynaldos Grandón KL. Determinantes sociales de salud, sobrecarga familiar y calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2019;21(2):154–160. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.76845>
34. Cascella Carbó GF, García-Orellán R. Burden and Gender inequalities around Informal Care. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n1e10>
35. Miele Anchundía GA, Menéndez Menéndez FG, Guillén de Romero JC. Madres solteras: estigma sexista desde el imaginario cultural: caso Universidad Técnica de Manabí. *Socialium*. 2020;4(2):79–96. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2020.4.2.568>
36. Dirección del Trabajo. ¿Cuál es el valor del ingreso mínimo mensual? Gobierno de Chile; 2023. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-60141.html>
37. Instituto Nacional de Estadística. ¿Cuál es la realidad actual de las mujeres en Chile en el ámbito laboral? Gobierno de Chile; 2022. <https://www.ine.gob.cl/sala-de-prensa/prensa/general/noticia/2022/03/04/cu%C3%A1l-es-la-realidad-actual-de-las-mujeres-en-chile-en-el-%C3%A1mbito-laboral>
38. Yu Z, Shao Q, Hou K, Wang Y, Sun X. The experiences of caregivers of children with epilepsy: A meta-synthesis of qualitative research studies. *Front Psychiatry*. 2022;13:987892. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.987892>
39. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Políticas dirigidas a los cuidadores y cuidadoras principales de adultos mayores dependientes: comparado de países (Alemania, España, Japón, Suecia y Estados Unidos). BCN: Asesoría Técnica Parlamentaria;2020. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/29295/1/BCN_092020_Políticas_dirigidas_a_las_cuidadoras_y_cuidadores_Comparado_paises.pdf




DECISIONES POR SUSTITUCIÓN EN PERSONAS MAYORES CON
DETERIORO COGNITIVO Y SU DELEGACIÓN DE AUTONOMÍA
¿REPRESENTADA?

SURROGATE DECISION-MAKING IN OLDER PEOPLE WITH COGNITIVE
IMPAIRMENT AND THE DELEGATION OF THEIR AUTONOMY: IS IT
REPRESENTED?

AS DECISÕES DE SUBSTITUIÇÃO EM IDOSOS COM DEFICIÊNCIA
COGNITIVA E SUA DELEGAÇÃO DE AUTONOMIA
¿REPRESENTADA?

Claudia Rodríguez-Torres^{1a} 

¹Doctoranda Escuela Salud Pública, Universidad de Chile, Chile.

^aAutora de correspondencia: milevatrice@gmail.com 

Citar como: Rodríguez-Torres C. Decisiones por sustitución de personas mayores con deterioro cognitivo y su delegación de autonomía ¿representada? Rev. chil. enferm. 2023;5(2):69-77. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.70840>

Fecha de Recepción: 01 de Junio del 2023

Fecha de Aprobación: 30 de Agosto del 2023

Fecha de Publicación: 6 de septiembre del 2023

Editora: Denisse Parra-Giordano 

RESUMEN

Objetivo: Analizar las consideraciones éticas que surgen en situaciones donde las personas mayores con deterioro cognitivo delegan sus decisiones a terceros. **Desarrollo:** Trabajo de reflexión basado en una revisión narrativa desde diferentes fuentes de información. El envejecimiento de la población es un fenómeno donde se evidencian múltiples desafíos a atender. Chile se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzado estimando una esperanza de vida sobre los 85 años para el 2050. La Organización Mundial de la Salud promueve el envejecimiento saludable mediante el fortalecimiento de la capacidad funcional como indicador de bienestar. Existen ocasiones donde las personas mayores delegan a un tercero su capacidad de decidir. Las decisiones por sustitución, que abordan dimensiones éticas y legales deben proteger la dignidad de la persona en todo momento, independientemente de su condición de salud y representar plenamente el derecho de autonomía cedido. **Conclusiones.** La discusión sobre las decisiones por sustitución y la protección de la autonomía, incluso en situaciones de limitaciones cognitivas, subraya la necesidad de tratar a las personas mayores con respeto y ética,

desafiando los estereotipos negativos y evitando conductas discriminatorias y estigmatizantes. La importancia de promover la igualdad, inclusión, información y el respeto de los derechos de las personas mayores tiene un impacto directo en el bienestar y calidad de vida, elemento fundamental que la salud pública promueve bajo el contexto del envejecimiento activo, saludable y digno.

Palabras clave: Envejecimiento; Disfunción Cognitiva; Toma de Decisiones; Autonomía Personal.

ABSTRACT

Objective: To analyze the ethical considerations in situations where older people with cognitive impairment delegate their decisions to third parties. **Development:** Reflective practice based on a narrative review of different sources of information. Population aging is a phenomenon where multiple challenges need to be addressed. Chile is at an advanced stage of population aging, with an estimated life expectancy of over 85 years to be reached by 2050. The World Health Organization (WHO) promotes healthy aging by strengthening functional capacity as an indicator of well-being. There are circumstances in which older people delegate their decision-making capacity to a third party. Surrogate decision-making, with its ethical and legal dimensions, should protect the person's dignity at all times, regardless of the state of their health, and fully represent their ceded right of autonomy. **Conclusions:** The discussion on surrogate decision-making and the protection of autonomy, even in the context of cognitive impairment, highlights the need to treat older people ethically and respectfully, challenging negative stereotypes and avoiding discriminatory and stigmatizing behaviors. Promoting equality, inclusion, information, and respect for the rights of older adults has a direct impact on their well-being and quality of life, which are fundamental elements that public health promotes in the context of active, healthy, and dignified aging.

Keywords: Aging; Cognitive Dysfunction; Decision Making; Personal Autonomy.

RESUMO

Objetivo: Analisar as considerações éticas que surgem em situações em que pessoas idosas com deficiência cognitiva delegam as suas decisões a terceiros. **Desenvolvimento:** Trabalho de reflexão baseado numa revisão narrativa a partir de diferentes fontes de informação. O envelhecimento da população é um fenómeno onde existem múltiplos desafios a enfrentar. O Chile encontra-se numa fase avançada de envelhecimento, estimando uma esperança de vida superior a 85 anos até 2050. A Organização Mundial de Saúde promove o envelhecimento saudável através do fortalecimento da capacidade funcional como indicador de bem-estar. Há ocasiões em que os idosos delegam a sua capacidade de decisão a terceiros. As decisões de substituição, que abordam as dimensões éticas e legais, devem proteger a dignidade da pessoa em todos os momentos, independentemente do seu estado de saúde, e representar plenamente o direito concedido à autonomia. **Conclusões:** A discussão sobre as decisões de substituição e a proteção da autonomia, mesmo em situações de limitações cognitivas, sublinha a necessidade de tratar os idosos com respeito e ética, desafiando estereótipos negativos e evitando comportamentos discriminatórios e estigmatizantes. A importância da promoção da igualdade, da inclusão, da informação e do respeito pelos direitos dos idosos tem impacto direto no bem-estar e na qualidade de vida, elemento fundamental que a saúde pública promove no contexto do envelhecimento ativo, saudável e digno.

Palavras-chave: Envelhecimento; Disfunção Cognitiva; Tomada de Decisões; Autonomia Pessoal.

INTRODUCCIÓN

Chile se encuentra en medio de un acelerado proceso de envejecimiento poblacional planteando diversos desafíos a atender. Estudios recientes indican que el país no está adecuadamente preparado

para afrontar esta nueva realidad.^{1,2} Uno de los temas pendientes a abordar es el cuidado a largo plazo que está estrechamente relacionado con el aumento en el número de personas dependientes en Chile, pero no se debe asociar automáticamente el deterioro cognitivo con el envejecimiento.³

La toma de decisiones es una actividad cotidiana en la vida de cualquier individuo, orientada a prever las consecuencias y alcanzar los resultados más favorables dentro de las opciones disponibles. Sin embargo, se ha enfocado en gran medida en el deterioro cognitivo debido a su estrecha asociación con la demencia. En el caso de las personas mayores que experimentan deterioro cognitivo o demencia, se enfrentan a una serie de decisiones cruciales, como la hospitalización, la institucionalización o la evolución de su estado de salud.⁴ Estas decisiones pueden resultar en la disminución de su autonomía y capacidad de cuidado personal, lo que lleva a la delegación de su derecho a decidir a otras personas.

Las personas mayores no están exentas de tomar decisiones permanentemente, las cuales a menudo están relacionadas con la medicación de un tratamiento de salud, jubilación, asuntos domésticos o financieros. Sin embargo, las dificultades pueden aumentar cuando las habilidades cognitivas están deterioradas, especialmente en el caso de la demencia.⁴ Por lo tanto, tomar decisiones relacionadas con individuos en un contexto de pérdida de funcionalidad plantea una serie de cuestionamientos éticos, sociales y clínicos a considerar.

En octubre de 2017, se inicia la implementación de los acuerdos de la "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" (CIDH) en Chile.⁵ Esta convención impone al estado chileno una serie de desafíos legislativos para promover, proteger y garantizar el reconocimiento y el pleno ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, con el objetivo de lograr su inclusión, integración y participación en la sociedad. Desafíos complejos de alcanzar, considerando que el edadismo está arraigado en la sociedad, y se presenta como un fenómeno generalizado en las instituciones, legislaciones y políticas a nivel mundial.⁶

Según el informe mundial sobre el edadismo de 2021 de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), surge cuando se utiliza la edad para categorizar y dividir a las personas, lo que causa daño, desventajas o injusticia, socava la solidaridad intergeneracional; perjudica la salud, el bienestar y obstaculiza la formulación de políticas eficaces y la adopción de medidas relacionadas con un envejecimiento saludable. Esto perjudica la salud y la dignidad de las personas, así como la economía y la sociedad en general, y niega a las personas sus derechos humanos, impidiéndoles alcanzar su máximo potencial. En este contexto, es responsabilidad del Estado tomar todas las medidas necesarias para garantizar el máximo nivel de salud posible, al reconocer y respetar la vejez de manera digna.⁶

La toma de decisiones es una actividad cotidiana en la vida de cualquier persona, orientada a prever las consecuencias y alcanzar los resultados más favorables dentro de las opciones disponibles. En el caso de las personas mayores que experimentan deterioro cognitivo o demencia, se enfrentan a una serie de decisiones cruciales, como la hospitalización, la institucionalización o la evolución de su estado de salud, que pueden resultar en la disminución de su autonomía y capacidad de cuidado personal, lo que lleva a la delegación de su derecho a decidir a otras personas.⁴ Estas consideraciones éticas resultan complejas cuando es un tercero quien debe tomar diversas decisiones respecto por ejemplo al cuidado de salud de un paciente o persona mayor. El estado chileno reconoce una serie de desafíos legislativos para promover, proteger y garantizar el reconocimiento pleno de los derechos humanos.⁵

Frente a estos antecedentes se plantea la pregunta ¿Cuáles son las consideraciones éticas presentes cuando una persona mayor con deterioro cognitivo no puede ejercer su derecho a la libertad de acción y lo delega a un tercero? El objetivo de este artículo es Analizar las consideraciones éticas que surgen

en situaciones donde las personas mayores con deterioro cognitivo delegan sus decisiones a terceros. Se plantea incluso la interrogante de si aquellos que toman decisiones en su nombre son adecuados para representar el derecho de autonomía que las personas mayores dependientes han cedido.

DESARROLLO

Este artículo corresponde a una reflexión basada en una revisión narrativa que representa un tipo de publicación amplia y adecuada para exponer y debatir el progreso o el estado actual de un tema específico desde una perspectiva teórica o contextual. En este ensayo, no se detalla la estrategia de búsqueda de las fuentes de información empleadas, ya que, constituyen un análisis de la literatura publicada en libros, revistas impresas, electrónicas o publicaciones científicas y se basan en la interpretación y análisis crítico personal del autor.⁷

Envejecimiento poblacional

La población chilena está experimentando un rápido proceso de envejecimiento en el siglo XXI. Según los resultados del CENSO 2017, más de 3 millones de personas en Chile tenían 60 años o más, lo que representaba aproximadamente el 17,3% de la población total.⁸ Las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño demografía - Comisión Económica para América Latina y el Caribe CELADE-CEPAL (2017) indican que para el año 2025, cerca del 20% de la población chilena superará los 60 años, siendo notable el incremento en el grupo de mayores de 80 años, que representarán alrededor del 25% del total de personas mayores y donde predominarán las mujeres.⁹

Este proceso de envejecimiento se debe a la combinación de tres factores principales: la reducción de la mortalidad antes de los 60 años, la disminución de la mortalidad después de los 60 años y la disminución de la tasa de natalidad.¹⁰ Según los datos de la encuesta CASEN 2017, alrededor del 41,7% de los hogares chilenos cuentan con al menos una persona mayor, y en el 86,6% de esos casos, la persona mayor es el jefe de hogar. Además, se observa un aumento en el número de personas mayores que viven solas, lo que implica un menor acceso a opciones de cuidado. Entre los años 2000 y 2017, la proporción de personas mayores que viven solas en Chile ha aumentado del 9% al 18,9%.¹¹

Uno de los aspectos claves en las políticas de salud para promover un envejecimiento saludable es considerar la salud desde una perspectiva que tenga en cuenta la trayectoria y la capacidad funcional de las personas, que resulta de la interacción entre las capacidades físicas y mentales de cada individuo, considerada como su capacidad intrínseca junto con los factores ambientales, convirtiéndolo en el mejor indicador de salud y bienestar, más allá de la simple presencia o ausencia de enfermedad.¹

Deterioro cognitivo en las personas mayores, un abordaje de salud pública

Dada la creciente edad promedio y los índices de longevidad, se evidencia un alto porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo leve, surgiendo la interrogante cuántos van a progresar en años posteriores a deterioro moderado o demencia.⁴

El Deterioro Cognitivo (DC) se considera una condición patológica y no un proceso normal asociado al envejecimiento, utilizado para describir a personas con déficits cognitivos que no cumplen los criterios para ser diagnosticadas con demencia.¹² Se estima que entre el 5% y el 20% de las personas mayores de 65 años sufren de DC manifestándose de diversas formas, pero en la mayoría de los casos, la memoria es la función más afectada.¹³ El DC se divide en dos categorías según el grado de afectación funcional debido a las alteraciones cognitivas. El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se refiere a aquellos casos en los que no se observa compromiso en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) ni en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en cambio la demencia se caracteriza por deterioro progresivo de las AIVD y las ABVD a medida que avanza la enfermedad.¹²

El abordaje de las personas mayores con algún grado de DC plantea problemas éticos con mayor frecuencia que en otros grupos de edad, debido a su mayor vulnerabilidad en términos de discapacidad y dependencia.¹³ La calidad de las decisiones tomadas puede agravar dicha fragilidad. Uno de los principios éticos más mencionados en el ámbito de la bioética es el respeto a la autonomía, el cual a menudo se ve comprometido en las personas mayores con DC o demencia. Respetar la autonomía de una persona implica reconocer su capacidad cognitiva y sus preferencias, incluyendo su derecho a mantener ciertos puntos de vista, tomar decisiones específicas y llevar a cabo acciones basadas en sus valores y creencias propias.¹⁴

Decisiones por sustitución

En ocasiones, hay situaciones en las que las personas no están en condiciones de tomar decisiones libres o autónomas, debido a la afectación de sus funciones cognitivas delegan en un tercero sus decisiones. Según la Real Academia Española (RAE), el concepto de representar implica "sustituir a alguien y desempeñar su función". En toda representación o sustitución, hay una variable importante que no se menciona en la definición, dado que puede implicar una delegación voluntaria de poder por parte del representado o sustituido hacia su representante, para que este último actúe en su nombre en un ámbito específico. Las decisiones por sustitución son éticamente relevantes para las personas involucradas, ya que tienen un impacto directo en la autonomía.¹⁵

La autonomía, a su vez, es un factor fundamental en la consideración de la dignidad personal, por lo que, sólo en caso de que las ayudas posibles no puedan superar la limitación, se debe considerar la opción de sustitución.¹⁵ En la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), se observa que no se establece una definición clara de lo que se entiende respecto a "decisiones por sustitución". El derecho considera la condición de "demente" como una situación excepcional en la cual la persona pierde todos sus derechos de disposición, incluyendo la capacidad de realizar actos relacionados con sus bienes. Sin embargo, la legislación civil chilena no aborda adecuadamente el DC progresivo de una persona, limitándose únicamente a permitir la exclusión total de la persona en la administración de sus bienes.¹⁶

El objetivo fundamental es proteger a las personas mayores de posibles abusos por parte de terceros, salvaguardando así su autonomía, especialmente cuando se trata de personas con deterioro cognitivo, quienes son particularmente vulnerables.¹⁶ El sistema legal designa a los responsables de tomar decisiones en nombre de estas personas, otorgándoles representación legal y la responsabilidad de administrar la autonomía limitada de las personas con discapacidad intelectual, con el fin de buscar su máximo beneficio.¹⁷ Sin embargo, surge la pregunta de si los representantes legales designados son las personas más adecuadas para asumir ese rol.

Las decisiones de sustitución sólo son éticamente válidas cuando se basan en el respeto adecuado hacia la dignidad de la persona. Estas decisiones se presentan como una opción cuando resulta imposible que la persona tome decisiones por sí misma, incluso con el apoyo necesario, debido a limitaciones insuperables en su capacidad de autodeterminación. En estos casos, la decisión se toma en beneficio significativo de la persona.¹⁸

Consideraciones éticas

Es fundamental garantizar que las personas mayores puedan ejercer sus derechos, incluyendo el derecho a la autonomía. Cada decisión tomada por una persona mayor es el resultado de su autonomía.¹⁹ En el ámbito de la salud, el Consentimiento Informado se ha establecido para preservar la autonomía y dignidad del paciente.²⁰ Sin embargo, surgirán cuestiones éticas complejas cuando se toma una decisión en lugar de otra persona sin su consentimiento, argumentando que es "por su propio

bien". En estos casos, los problemas relacionados con las decisiones de sustitución pueden ser una expresión de dominación más que una interdependencia solidaria acorde con las circunstancias.¹⁷

La Convención Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha reconocido el derecho de las personas mayores a tomar decisiones, definir su plan de vida, vivir de manera autónoma e independiente, de acuerdo con sus tradiciones y creencias en igualdad de condiciones y tener mecanismos para ejercer sus derechos, incluso cuando se requiera asistencia.⁶

En el ámbito de la salud mental, existen varios modelos que buscan preservar la autonomía en estas situaciones, como la toma de decisiones compartidas, los documentos de voluntades anticipadas y la planificación anticipada de decisiones.³⁰ Se debe garantizar que las personas con discapacidad tengan la posibilidad de planificar sus decisiones futuras en igualdad de condiciones que las demás personas. El objetivo fundamental es el respeto y promoción de la autonomía y dignidad de las personas mayores con algún grado de deterioro cognitivo. Sin embargo, en ocasiones, no siempre está claramente especificado o definido, por lo que, bajo ciertas circunstancias, es necesario tomar decisiones prudentes que intenten respetar al máximo a la persona.¹⁶ Ante ello, se debe establecer las normas de actuación y las normas de intervención para alcanzar el máximo respeto por la persona vulnerable.

Normas de actuación

En las decisiones de sustitución, existen factores que determinan el enfoque de acción. Puede haber información explícita sobre los deseos de la persona, conocimiento limitado de sus valores y preferencias o incluso desconocimiento completo sobre ella identificando tres enfoques de acción: el criterio subjetivo, aplicar las instrucciones previas que la persona ha expresado, el criterio del juicio sustitutivo, cuando una persona competente toma decisiones en nombre de otra persona que es incompetente teniendo en cuenta lo que la persona misma decidiría y el criterio del mejor interés, cuando no se conoce como la persona desea ser tratada eligiendo lo que más le podría beneficiar.^{6,21}

Normas de intervención

Se presentan situaciones en las que los representantes no pueden desempeñar adecuadamente su cargo, no existe una voluntad expresa por parte del paciente o las decisiones futuras pueden ser cuestionables. Estas circunstancias revelan la existencia de normas que pretenden identificar familias no calificadas, normas que identifican casos especiales que requieren una vigilancia especial durante el proceso de toma de decisiones, así como normas que identifican decisiones tomadas por el sustituto que pueden ser objeto de cuestionamiento.^{6,21}

El artículo presenta ciertas limitaciones. Al ser ensayo, se generan sesgos por la estrategia de incorporación y selección no sistematizada, dejando algunas ideas o conceptos muy generales, otros simplificados u omitidos, sujetos a los criterios del autor. Esto podría ocasionar una representación menos completa de la discusión original o del problema central. Por otro lado, no se abordan enfoques específicos, programas o intervenciones que podrían marcar la diferencia en el bienestar de las personas mayores ante las consideraciones éticas declaradas.

CONCLUSIONES

Este artículo tuvo como objetivo analizar las consideraciones éticas que surgen en situaciones donde las personas mayores con deterioro cognitivo delegan sus decisiones a terceros, reflexionando respecto a las consideraciones éticas que garantizan el bienestar integral de las personas mayores, incluso cuando su autonomía para tomar decisiones se ve disminuida o limitada. Se destaca que Chile enfrenta un envejecimiento de su población en un contexto de desigualdad socioeconómica, de género y/o territorial, lo cual plantea desafíos integrales a abordar.

El aumento de la longevidad implica no solo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sino también un incremento en la prevalencia de discapacidad funcional y deterioro cognitivo, afectando el grado de autonomía de las personas mayores en su vida diaria a nivel personal, familiar, social y/o económico.

Las personas mayores se encuentran en riesgo de ser excluidas y privadas de ejercer sus derechos. Esta situación puede llevar a considerarlos como personas no competentes, cuando en realidad lo que han perdido es su autonomía, pero aún mantienen su capacidad y facultades mentales para tomar decisiones relacionadas con su propia vida. Un ejemplo clásico es la "institucionalización", una decisión tomada por los familiares sin consultar a la persona afectada, que evidencian dilemas éticos que trasgreden sus derechos fundamentales.

Las decisiones por sustitución, que se refieren a las decisiones que toma una persona en nombre de otra debido a que esta última ha delegado voluntariamente su capacidad de decidir, deben alcanzar en todo momento proteger la dignidad de la persona, independientemente de su condición de salud y representar plenamente el derecho de autonomía cedido.

En consecuencia, las decisiones de sustitución sólo son éticamente válidas cuando se basan en el respeto adecuado hacia la dignidad de la persona. Estas decisiones se presentan como una opción cuando resulta imposible que la persona tome decisiones por sí misma, incluso con el apoyo necesario, debido a limitaciones insuperables en su capacidad de autodeterminación. En estos casos, la decisión se toma en beneficio significativo de la persona.

Por otro lado, a las personas mayores que tienen plena capacidad para otorgar su consentimiento se les deben aplicar las reglas generales que rigen este proceso. Estas reglas se centran en garantizar que la voluntad, tanto en su formación como en su expresión, sea consciente y libre al tomar una decisión.

No es apropiado asumir automáticamente que las personas con deterioro cognitivo carezcan de la capacidad de tomar decisiones. En ocasiones, resulta necesario apoyarlos en sus decisiones, mientras que, en otros casos sería responsable tomar decisiones en su nombre.

En definitiva, este artículo pretende evidenciar desde la salud pública, la contribución en el fomento del bienestar integral de las personas mayores y a la promoción y respecto de sus derechos y autonomía. Al abordar las consideraciones éticas relacionadas con el envejecimiento de la población en Chile y sus desafíos socioeconómicos y de salud, se subraya la necesidad de garantizar la dignidad y los derechos de las personas mayores. La discusión sobre las decisiones por sustitución y la protección de la autonomía incluso en casos de limitaciones cognitivas resalta la importancia de tratar a las personas mayores de manera respetuosa y ética.

Al desafiar los estereotipos negativos y evitar conductas discriminatorias y estigmatizantes, el texto aborda la igualdad y el respeto hacia las personas mayores. La importancia de promover la igualdad, inclusión, información y el respeto de los derechos de las personas mayores tiene un impacto directo en el bienestar y calidad de vida, elemento fundamental que la salud pública promueve bajo el contexto del envejecimiento activo, saludable y digno.

CONFLICTO DE INTERESES: La autora declara no tener conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO: No hay fuentes de financiamiento.

AUTORÍA:

CRT: Conceptualización, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Thumala D, Kennedy BK, Calvo E, Gonzalez-Billault C, Zitko P, Lillo P, et al. Aging and health policies in Chile: New agendas for research. *Health Syst Reform*. 2017;3(4):253–60. <http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2017.1353844>
2. Villalobos Dintrans P. Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE. *Rev Panam. Salud. Pública*. 2017;41e86.
3. Villalobos Dintrans P. Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. *Rev Med Chil*. 2019;147(1):83–90. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000100083>
4. Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Petermann-Rocha F, Troncoso-Pantoja C, Villagrán M, Lanuza-Rilling F et al. Factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores en Chile. *Rev. méd. Chile*. 2019;147(8): 1013-1023. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000801013>.
5. Mora T, Herrera F. (Ed). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores: análisis de brechas legislativas y propuestas para su implementación en Chile. Santiago. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2018.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre el edadismo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>
7. Salinas F. Mauricio. Sobre las revisiones sistemáticas y narrativas de la literatura en Medicina. *Rev. chil. enferm. respir*. 2020;36(1):26-32. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482020000100026>.
8. Instituto Nacional de Estadísticas Chile. Resultados CENSO 2017.cl. <http://resultados.censo2017.cl/>
9. CEPAL. Actualización de las estimaciones y proyecciones de población para los países de América Latina y el Caribe. Cepal.org. 2019. <https://www.cepal.org/es/notas/actualizacion-estimaciones-proyecciones-poblacion-paises-america-latina-caribe>
10. Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2017. Adultos Mayores: Síntesis de Resultados. Observatorio Social; 2017. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf
11. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS; 2015. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
12. Schade Y, Nieves, Medina J, Fernando, Ramírez-Vielma Raúl, Sanchez-Cabaco Antonio, De La Torre L, Lizbeth. Detección temprana de Deterioro Cognitivo Leve en personas mayores durante la pandemia: protocolo cribado online. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2022; 60(4):403-412. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000400403>
13. Olivares-Tirado P. Deterioro Cognitivo y Trastornos Metabólicos en Adultos Mayores. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud; 2020.
14. Mauleon XE. Autonomy and Substitute Decision-Making with People with Intellectual Disabilities. *Siglo Cero*. 2016;47(1):55-66. <http://dx.doi.org/10.14201/scero201615566>
15. United Nations. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Office of the high Commissioner; 2021. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>
16. Flores LCG, Godoy L. Autonomía y capacidad jurídica: análisis del estatuto de capacidad de los “dementes” en Chile y su incidencia en la aplicación de la norma general técnica No. 71, sobre normas de esterilización quirúrgica en personas con discapacidad intelectual [Tesis Pregrado Investigación para optar al grado de Licenciada en Ciencias Jurídica y Sociales] Universidad de Chile. 2019.
17. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 20.422 Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. 2010. <https://bcn.cl/2irkh>

18. Pozón S. Una visión más realista de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Acta bioethica*. 2017;23(1):119-128. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000100119>
19. Weidenslauffer C, Truffello P. Derecho de las personas con discapacidad al reconocimiento de la capacidad jurídica. *Derecho internacional y comparado. Asesoría Técnica Parlamentaria*. 2019.
20. Hernández Paulsen G, Chahuán Zedan F. Consentimiento informado en las prestaciones de salud. *Acta bioeth*. 2021;27(1):17-25. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000100017>
21. Zaragoza-Martí MF, Julià-Sanchis R, García-Sanjuán Sofía. El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Rev. Bioética y Derecho*. 2020;(49): 25-40. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.49.28451>

**ROL DEL COORDINADOR DE ENFERMERÍA EN LAS SUBDIRECCIONES DE GESTIÓN DEL CUIDADO****THE ROLE OF NURSING COORDINATORS WITHIN CARE MANAGEMENT SUB-DIRECTORATES****PAPEL DO COORDENADOR DE ENFERMAGEM NAS SUBDIRETORIAS DE GESTÃO ASSISTENTE**Nicolas Ramírez Aguilera^{1a} ¹ Subdirección de Gestión del Cuidado, Hospital Clínico Félix Bulnes.^a **Autor de correspondencia:** nicolasramirez.enf@gmail.com **Citar como:** Ramírez Aguilera N. Rol del coordinador de Enfermería en las subdirecciones de gestión del cuidado. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):78-85. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.71452>

Fecha de Recepción: 22 de julio del 2023

Fecha de Aprobación: 20 de septiembre del 2023

Fecha de Publicación: 25 de septiembre del 2023

Editora: Denisse Parra-Giordano **RESUMEN**

Objetivo: El objetivo de esta reflexión fue explorar de acuerdo con la evidencia científica disponible, las funciones y atributos del rol de las enfermeras coordinadoras en atención cerrada. **Desarrollo:** En Chile la gestión del cuidado de enfermería para atención cerrada de establecimientos hospitalarios de mediana y alta complejidad se encuentra regulada por la norma general administrativa N° 19, con resolución exenta 1127 de 2007. A más de 15 años de su implementación se ha cuantificado una desigualdad en cuanto a estructura y alta heterogeneidad de las funciones enmendadas a través de la norma que las regula. A nivel internacional y nacional no existe consenso en relación con la estructura de enfermería y con ello el rol de coordinadoras de enfermería dentro de las subdirecciones de gestión del cuidado. Esta investigación demuestra divergencia en las estructuras de Enfermería y las definiciones con respecto a las coordinaciones de Enfermería, aspecto fundamental para la gobernanza de Enfermería. El estilo de liderazgo, motivación, comunicación efectiva, acompañamiento y el conocimiento de sistemas complejos, pueden determinar características de las enfermeras coordinadoras. **Conclusiones:** La definición y funciones del desarrollo del rol de la coordinación de enfermería es divergente. En la actualidad las estructuras son disímiles entre los establecimientos hospitalarios. Se sugiere establecer una estructura orgánica general desde el nivel central para la universalidad de las subdirecciones de enfermería, considerando las diferencias de acuerdo con carteras de servicios, complejidad y especialidad de los hospitales chilenos.

Palabras clave: Enfermería; Rol de la Enfermera; Liderazgo; Gestión en Salud.

ABSTRACT

Objective: This reflection aimed to explore, based on the existing scientific evidence, the functions and attributes of the nurse coordinator's role in hospital care. **Development:** In Chile, nursing management for hospital care in medium- and high-complexity establishments is regulated by general administrative standard No. 19 through the exempt resolution 1127, 2007. More than 15 years after its implementation, some inequalities have been detected in its structure, as well as high heterogeneity in the functions that have been amended through the norm that regulates them. There is no consensus regarding the structure of nursing roles, whether at the international or national level; this includes the role of nursing coordinators within care management sub-directorates. This reflection reveals the divergence that exists among the structures of Nursing and the definitions related to nursing coordination, a fundamental aspect of governance in Nursing. Leadership style, motivation, effective communication, support, and knowledge of complex systems can determine the characteristics of nursing coordinators. **Conclusions:** The definition and functions of the nursing coordination role are divergent. Currently, the structures are dissimilar among hospital facilities. It is suggested that a general organizational structure is developed from a central level and universalized to all nursing sub-directorates, considering differences according to the service portfolios, complexity, and specialty of hospitals in Chile.

Keywords: Nursing; Nurse's Role; Leadership; Health Management.

RESUMO

Objetivo: O objetivo desta reflexão foi explorar, de acordo com a evidência científica disponível, as funções e atributos da atuação dos enfermeiros coordenadores no cuidado fechado. **Desenvolvimento:** No Chile, a gestão da assistência de enfermagem para atendimento fechado em estabelecimentos hospitalares de média e alta complexidade é regulamentada pela norma administrativa geral nº 19, com isenção da resolução 1.127 de 2007. Mais de 15 anos após sua implementação, quantificou-se uma desigualdade em termos de estrutura e elevada heterogeneidade das funções alteradas pela norma que as regulamenta. A nível internacional e nacional não existe consenso em relação à estrutura de enfermagem e, portanto, ao papel dos coordenadores de enfermagem nas subdireções de gestão do cuidado. Esta reflexão demonstra divergências nas estruturas e definições de enfermagem em relação à coordenação de enfermagem, um aspecto fundamental para a governança em enfermagem. O estilo de liderança, a motivação, a comunicação eficaz, o suporte e o conhecimento de sistemas complexos podem determinar características dos enfermeiros coordenadores. **Conclusões:** A definição e funções do desenvolvimento do papel da coordenação de enfermagem são divergentes. Atualmente, as estruturas são díspares entre os estabelecimentos hospitalares. Sugere-se estabelecer uma estrutura orgânica geral a partir do nível central para a universalidade das subdireções de enfermagem, considerando as diferenças segundo carteiras de serviços, complexidade e especialidade dos hospitais chilenos.

Palavras-chave: Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem; Liderança; Gestão em Saúde.

INTRODUCCIÓN

En Chile, se ha descrito que en el periodo de 1940-1980 ya existía una estructura relacionada a la jefatura de Enfermería en los hospitales chilenos, caracterizado por habilitación y organización de servicios clínicos, la resolución de problemas domésticos del equipo de Enfermería, dirección del recurso humano y supervisión directa de los colaboradores para el cuidado de las personas.¹

A su vez, existen antecedentes históricos de los años 1950-1955, emanados desde el ex Servicio Nacional de Salud (SNS), donde se informan procesos de selección para enfermeras con responsabilidad administrativa en diferentes áreas de salud, inclusive, se desprende que para locaciones de mayor densidad de población, la publicación estuvo determinada como “Subdirectora o subjefa de hospitales”, indicado los primeros esbozos de una estructura de Enfermería denominada Sub-departamento de enfermería del SNN.²

Para el año 1997, en Chile a través de un proceso legislativo, se reconoce que el problema social que resuelven las Enfermeras es la satisfacción de la necesidad de cuidados de Enfermería, considerado como un bien esencial y presente en los diferentes niveles de atención en salud y participante en todo el ciclo vital del ser humano.³

Mediante la norma general administrativa N 19, resolución exenta 1127 del año 2007, se define que la gestión del cuidado de enfermería tiene como propósito “establecer las normas generales para operacionalizar el modelo de gestión del cuidado de enfermería en los establecimientos hospitalarios de alta y mediana complejidad, e implementar los procedimientos técnicos y administrativos que aseguren los mejores resultados en la atención de los usuarios” y esta se establece como un requisito mínimo para los hospitales públicos autogestionados en red.⁴

Sin embargo, a más de 15 años de esta exenta, no se ha logrado plantear una estructura organizacional universal en los hospitales a nivel nacional que comprenden la red de salud pública dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL). Esto se hace imprescindible para una mejor eficiencia de los servicios de Enfermería y consecuente impacto de la gestión clínica y hospitalaria.

En este sentido en Chile, se ha descrito que la implementación de la estructura de Subdirecciones de Enfermería ha sido dispar en cuanto a su implementación, considerando una investigación publicada en 2023, que indica que solo 75% de los hospitales que participaron en el estudio, cuentan con esta estructura de Subdirección de gestión del cuidado, además de presentar una alta heterogeneidad en el cumplimiento de las funciones de la norma que las regula.⁵

Cuando se habla de estructura de Enfermería chilena, es importante señalar dos conceptos fundamentales, en este sentido la real academia española (RAE), define coordinar a “Unir dos o más cosas de manera que formen una unidad o un conjunto armonioso” o “Unir sintácticamente dos o más elementos del mismo nivel jerárquico”, a su vez, define supervisar “Ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros”. Esta mención puede clarificar las funciones de las Coordinaciones de Enfermería y Supervisiones de Enfermería o jefaturas de servicios clínicos que hoy existen en las diferentes estructuras de Enfermería de hospitales públicos chilenos.

La definición de coordinación de la atención carece de claridad de roles entre diferentes disciplinas y también dentro de la profesión de Enfermería, describiendo sus funciones y rol en un marco ambiguo y heterogéneo.⁶ El mando medio de Enfermería “supervisor de un servicio o unidad clínica” juega un papel fundamental dentro de la estructura de Enfermería, ya que es responsable de difundir y cumplir la visión estratégica, los valores y los objetivos de la organización a nivel de unidad.⁷

La Coordinación de Enfermería en tanto debe conocer y acompañar las políticas organizacionales en las cuales se desarrolla, tanto a mediano y largo plazo para facilitar la consecución de estos objetivos, a través de competencias personales de liderazgo en los equipos, conocimiento clínico y de la organización, como también el acompañamiento, comprensión y motivación de las personas, influyendo en los equipos de salud que coordina y las personas a las cuales prestan servicios de cuidado.⁸

Actualmente, en ausencia de una estructura universal de las subdirecciones de gestión del cuidado de hospitales públicos chilenos y de la variabilidad de las definiciones que existen a las funciones del

rol de la coordinación de Enfermería para atención cerrada, se plantea la siguiente reflexión que tiene como objetivo explorar de acuerdo con la evidencia científica disponible, las funciones y atributos del rol de las enfermeras y enfermeros coordinadores en atención cerrada para hospitales públicos chilenos.

DESARROLLO

Se realizó una búsqueda dirigida en PubMed, SciELO, CINALH, durante marzo a junio de 2023, mediante los descriptores “Rol de la Enfermera”, “Liderazgo”, “Gestión en Salud” y cuyos artículos cumplieran con el objetivo general de esta reflexión, incorporando estudios de acceso libre a nivel internacional y nacional. Esta reflexión se guió por el objetivo general propuesto, y al ser una reflexión se establece desde una mirada exploratoria y no tiene como fin lograr un análisis de la metodología de los artículos seleccionados.

Divergencia de la estructura de Enfermería en los establecimientos hospitalarios.

En Chile, existen diferentes estructuras asociadas a las Subdirecciones de gestión del cuidado, algunas cuentan en la línea de dependencia con coordinaciones de Enfermería que articulan diferentes supervisores o jefes de enfermería a nivel de servicios clínicos, otros, se enmarcan en la gestión del cuidado como proceso, tal como se expresa en las figuras.¹⁻⁵

No obstante, establecer una estructura universal y conocer sus funciones de las líneas de dependencia, con variaciones de acuerdo a complejidad, especialidad y cartera de servicios, facilitaría la gobernanza profesional de Enfermería, entendida como un proceso de acción colectiva en el que la organización define los mecanismos de toma de decisiones y las estructuras institucionales formales e informales de funcionamiento, dándole a la estructura de enfermería autonomía, control y autoridad a las prácticas en el ejercicio profesional de cada institución, con un modelamiento estándar para toda atención cerrada.⁹

En este sentido, la coordinación ha sido caracterizada como una verdadera fortaleza para las Enfermeras que realizan gestión de equipos en las diferentes unidades o servicios clínicos, pues permite la continuidad, oportunidad y armonía entre los profesionales que lo componen.¹⁰

La coordinación de Enfermería está vinculada a la gestión de equipos a nivel de meso gestión, retribuyendo información válida y consistente al nivel gerencial o subdirectorías de enfermería en los establecimientos hospitalarios, por lo tanto, se hace fundamental que la enfermera coordinadora conozca de sistemas complejos como las organizaciones hospitalarias, diagnósticos de las necesidades de la comunidad, del apoyo al equipo de enfermería y multidisciplinario.¹¹

Factores que contribuyen al desarrollo del rol de las coordinaciones de Enfermería

El apoyo social o acompañamiento y el compromiso, se ha sido definido como un predictor de compromiso organizacional de enfermería, favoreciendo el vínculo afectivo de los profesionales de enfermería con las organizaciones de salud en las cuales participan. Este tipo de acompañamiento por parte de las coordinaciones de enfermería se ha determinado como elemento fundamental en contextos de crisis, alto estrés y de vulnerabilidad como escasez de recursos humanos.¹² En esta línea, el acompañamiento de nuevas enfermeras con rol de liderazgo, también se entiende como un rol esencial dentro de esta figura dentro de la estructura de enfermería, para acompañar y apoyar en la adopción de estrategias de posicionamiento y liderazgo que optimicen la eficacia de nuevas líderes dentro de las subdirecciones de enfermería y en la organización en su conjunto.

El liderazgo centrado únicamente en las tareas es insuficiente para lograr resultados exitosos en los equipos de enfermería, por tanto, se hace primordial que el ejercicio profesional de enfermeras coordinadoras se acentúen y revitalicen en aspectos relacionales con los equipos de trabajo,

fomentando resultados positivos en la fuerza laboral de enfermería y mejores resultados organizacionales.¹³

La comunicación efectiva en las coordinaciones ha sido evaluada positivamente, entre enfermeras y equipos de salud, esto contribuyendo al fortalecimiento del cuerpo de enfermería, sus relaciones humanas, mejoramiento de entornos laborales, lo que ha permitido facilitar el correcto desarrollo de las actividades de los equipos de enfermería, además de un impacto positivo en los pacientes y en la gestión administrativa.¹⁰

La elaboración de manuales, protocolos y guías clínicas en forma transversal a cada coordinación constituye una función esencial dentro de las coordinaciones de enfermería, no solo a nivel hospitalario, sino que también se ha descrito en la atención primaria de salud. Esta organización permite mayor fluidez del ejercicio profesional de enfermeras, favoreciendo la comunicación, direccionamiento a las jefaturas intermedias y equipos, continuidad y estandarización de los cuidados.¹⁴

El estilo de liderazgo ha sido descrito como un factor esencial en la rotación de las enfermeras en las organizaciones de salud, por tal razón, es un factor fundamental que la coordinación de enfermería debe tener en cuenta. La importancia de este punto es que las tasas altas de rotación de enfermeras tienen un impacto significativo en las lesiones por presión y errores médicos de las personas con necesidad de cuidado en el ámbito hospitalario. Además, de un impacto organizacional y económico, el cual se ha calculado que cada rotación de una enfermera equivalente a tres salarios por cada rotación de una enfermera en países como Estados Unidos (EE. UU.), Corea, Nueva Zelanda, Australia y Brasil o bien correspondiente al 25,1% el salario del personal de enfermería.¹⁵

Las Enfermeras que desarrollan sus funciones con líderes caracterizados por dar dirección a equipos, mentoría y monitorización continua, presentan mayor satisfacción laboral, menos intención de irse del puesto actual y de la organización,¹⁶ por ende, son características que la coordinación de enfermería debe a considerar.

Otra de las funciones descritas tiene relación a la elaboración, monitorización, control y mejoramiento de indicadores sensibles del cuidado, permitiendo el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de políticas públicas, además de fortalecer la calidad y seguridad de las personas que reciben servicios de enfermería, considerando estos indicadores sensibles de la gestión del cuidado por coordinación como una herramienta científica para evaluar objetivamente la calidad de la Enfermería clínica y la efectividad de los cuidados otorgados a las personas hospitalizadas.¹⁷ A modo de ejemplo, se ha cuantificado que mientras más fortalecida es la coordinación de enfermería en los establecimientos de salud, el cuidado enfermero perdido es menor ($p < 0,001$) entre los pacientes hospitalizados.¹⁸

A nivel institucional, los establecimientos hospitalarios con caracterizados por ser organizaciones complejas, en donde la capacidad de resolución de conflictos y el desarrollo del respaldo del equipo de enfermería se establece como una cualidad necesaria para el desarrollo del rol, identificándolo como una competencia fundamental para la figura de la coordinación de enfermería.¹⁹

La identificación de partes interesadas o stakeholders también juegan una estrategia primordial para el correcto desarrollo del rol de coordinación de enfermería, la participación de las partes interesadas es un factor importante para comprender los recursos humanos para los diferentes procesos de planificación en salud y el posicionamiento del rol,²⁰ de esta manera realizar una articulación del cuidado de forma efectiva y eficiente con los diferentes colaboradores que componen los equipos de trabajo.

Una de las principales limitaciones de este artículo, es la escasez de artículos publicados en relación con la estructura de Enfermería chilena, como también, la variabilidad en el uso del concepto de la

coordinación de Enfermería en el mundo, tanto para enfermería como para otras disciplinas, dificultando un análisis más exhaustivo de la estructura de Enfermería y con el rol de las coordinaciones de enfermería dentro de las subdirecciones de gestión del cuidado.

CONCLUSIONES

La estructura de Enfermería en Chile actualmente carece de universalidad o estructura macro, sin embargo, se han desarrollado esbozos de acuerdo con cada institución pública de salud autogestionada con relación a los modelos de estructura de enfermería internos de las organizaciones.

Las definiciones del rol de los coordinadores de enfermería a nivel internacional y nacional son divergentes y diversos, lo cual puede conducir a la confusión entre las estructuras de enfermería de los diferentes establecimientos hospitalarios y el conocimiento de la estructura de enfermería con la comunidad, con variabilidad de definiciones en cuanto a funciones del rol en las líneas de dependencia.

En Chile, las estructuras de las subdirecciones de enfermería son disímiles entre los diferentes establecimientos hospitalarios, como se presentó en las figuras disponibles de las estructuras de enfermería de hospitales públicos chilenos. Actualmente, no existe una estructura orgánica general desde el nivel central que indique una estructura universal, adaptada a cada cartera de servicios de los hospitales públicos de mediana y alta complejidad.

Es imperativo unificar y llegar a consenso sobre la estructura y definiciones de las figuras incluidas en la estructura de enfermería en los establecimientos hospitalarios públicos, con el fin de aclarar las diferencias expuestas en relación a las figuras de coordinadores y supervisores de enfermería, tal como lo define la real academia española, en donde el coordinador de enfermería es quien orquesta dos o más unidades con jefaturas intermedias del mismo nivel jerárquico, a su vez, que el supervisor de enfermería se relaciona a la jefatura de enfermería de una unidad o servicio clínico, para el cumplimiento a nivel de “unidad” de los objetivos organizacionales y la operatividad de los servicios clínicos.

La estructura universal de las subdirecciones de enfermería debe considerar algunas variaciones impostergables, de acuerdo a carteras de servicios y especialidades de cada centro hospitalario, en este sentido es fundamental contar con las figuras de coordinadores de enfermería que dependan administrativamente y técnicamente de las Subdirecciones de enfermería, para facilitar el cumplimiento de los planes estratégicos de cada subdirección responsable de los cuidados, sin embargo, se hace necesario definir las competencias, funciones y atributos de esta figura dentro de la estructura y relevar el rol de las coordinaciones como colaboradores estratégicos en el logro de los objetivos propuestos por cada organización y los mejores resultados para las personas, tanto equipo de enfermería como comunidad usuaria.

Para responder a la pregunta de investigación, se puede objetivar que las características y atributos de la figura de la coordinación de enfermería como: el estilo de liderazgo, el apoyo social, acompañamiento, mentoría, monitorización continua de los indicadores sensibles, dirección de equipos, comunicación efectiva, conocimiento de las organizaciones de salud, son elementos esenciales a considerar por las enfermeras coordinadoras, que deben establecerse como atributos o competencias estratégicas dentro de los perfiles de los cargos de esta figura, dado el impacto que tienen en los resultados de los equipos de enfermería y las personas que requieren servicios de enfermería.

Al definir una estructura universal de enfermería fortalece la gobernanza de esta a nivel local, facilitaría la mejorar las buenas prácticas de gestión en forma universal y también de responder a las

necesidades de cuidado y la alta demanda de servicios de enfermería en los establecimientos públicos de salud.

Esta reflexión es un aporte para la elaboración de los perfiles de cargo para las figuras de coordinaciones de enfermería de atención cerrada, permitiendo dirigir los esfuerzos a estandarizar la estructura de enfermería de los establecimientos públicos de salud.

CONFLICTO DE INTERESES: El autor declara no tener conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO: No hay fuentes de financiamiento.

AUTORÍA:

RAN: Conceptualización, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Paredes M P, Rivas R E. Historia Del ejercicio profesional DE enfermeras hospitalarias Del Sur DE Chile (1940-1980). Cienc Enferm. 2014;20(1):9–21. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532014000100002>
2. Núñez Carrasco E, Videla Bravo E, Caba Mella P, Navarro Torres R, Castillo Lobos L. Llamado a concurso de Enfermeras, 1955: La implementación del Sub-departamento de Enfermería del Servicio Nacional de Salud de Chile. Cult Cuid Rev Enferm Humanid. 2022;(64):67–79. <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.%2064.07>
3. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. Rev médica Clín Las Condes. 2018;29(3):270–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.03.003>
4. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Norma General Administrativa N° 19, “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada” 2007.
5. Ramírez Aguilera N, García Jara R, Machuca-Contreras F. Diagnóstico de la implementación de la gestión de cuidados de enfermería para la atención cerrada en Chile. Salud Cienc Tecnol. 2023;3:348. <http://dx.doi.org/10.56294/saludcyt2023348>
6. Anderson A, Hewner S. Care coordination: A concept analysis. Am J Nurs. 2021;121(12):30–8. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000803188.10432.e1>
7. González-García A, Pinto-Carral A, Villorejo JS, Marqués-Sánchez P. Competency model for the middle nurse manager (MCGE-logistic level). Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):3898. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18083898>
8. Laverde Contreras OL, Sanchez Herrera B. Fortalecer la coordinación de enfermería para mejorar el cuidado hospitalario. Rev Cuid. 2020;11(2). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.826>
9. Dos Santos JLG, Alacoque LE. La gobernanza en la práctica profesional del enfermero en el ámbito hospitalario: estudio de métodos mixtos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(6):1024-32. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0482.2645>
10. Prieto Silva R. Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena. Av Enferm. 2016;34(1):19. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.56132>
11. Luther B, Barra J, Martial M-A. Essential nursing care management and coordination roles and responsibilities: A content analysis: A content analysis. Prof Case Manag. 2019;24(5):249–58. <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0000000000000355>
12. Orgambidez A, Almeida H. Predictors of organizational commitment in nursing: Results from Portugal. Invest Educ Enferm. 2018;36(1):e14. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e14>
13. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2018;85:19–60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>

14. Lanzoni GM de M, Celuppi IC, Metelski FK, Vendruscolo C, Costa VT, Meirelles BHS. Coordinación del cuidado: un análisis desde la perspectiva del enfermero de atención primaria. *Index Enferm.* 2022;31(2):82–6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000200007&lng=es&tlng=es
15. Bae S-H. Noneconomic and economic impacts of nurse turnover in hospitals: A systematic review. *Int Nurs Rev.* 2022;69(3):392–404. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12769>
16. Perkins RT, Bamgbade S, Bourdeanu L. Nursing leadership roles and its influence on the millennial psychiatric nurses' job satisfaction and intent to leave. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2023;29(1):15–24. <http://dx.doi.org/10.1177/1078390320979615>
17. Ramírez Aguilera N. Indicadores sensibles para la gestión del cuidado: un importante reto para la Enfermería Chilena. *Cuid. enferm. educ. salud.* 2023;8(1). <https://doi.org/10.15443/ceyes.v8i1.1790>
18. Kim SY, Ko Y. Influence of the team effectiveness of nursing units on nursing care left undone and nurse-reported quality of care. *Healthcare (Basel).* 2023;11(10). <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11101380>
19. Grubaugh ML, Flynn L. Relationships among nurse manager leadership skills, conflict management, and unit teamwork. *J Nurs Adm.* 2018;48(7–8):383–8. <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000633>
20. North N, Brysiewicz P, Coetzee M. Nursing stakeholder identification guidelines for human resources for health and health workforce development: A scoping review. *Int Nurs Rev.* 2022;69(3):272–84. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12772>